

DODATNI UVJETI ZA DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OSOBA AKTIV

Članak 1. - OPĆE ODREDBE

- (1) Uz Opće uvjete dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti) sastavni dio ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik sklapa s TRIGLAVOM su i Dodatni uvjeti za program AKTIV (u daljnjem tekstu: Dodatni uvjeti) za osiguranje većeg opsega prava.
- (2) Prava navedena u Dodatnim uvjetima pripadaju isključivo osiguranicima te se ne mogu prenositi na druge osobe niti nasljeđivati.
- (3) Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se veći opseg prava od onog predviđenog Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i viši standard medicinskih usluga.
- (4) Dodatno zdravstveno osiguranje mogu ugovoriti samo osobe koje temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju imaju status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja.
- (5) Osigurateljna godina je razdoblje od jedne (1) godine koja počinje danom i mjesecom početka osiguranja.
- (6) Prema ovim Dodatnim uvjetima mogu se osigurati osobe od 14 godina starosti do maksimalno 70 godina starosti.

Članak 2. - OPSEG OBVEZE TRIGLAVA

Osiguranik, temeljem Dodatnih uvjeta, ima pravo u dogovoru sa Zdravstvenom točkom TRIGLAVA, na:

- (1) sistematski pregled jednom u osigurateljnoj godini, uz karencu od 15 dana,
- (2) pregledi kod različitih, odabranih i ugovorenih specijalista ili subspecijalista određene medicinske struke, na osnovu medicinske indikacije, navedenih u članku 3., st. 2 do limita od 500,00 kuna unutar jedne osigurateljne godine, uz karencu od 15 dana,
- (3) kontrolni pregledi po obavljenom specijalističkom ili sistematskom pregledu, do limita od 500,00 kuna unutar jedne osigurateljne godine, uz karencu od 15 dana,
- (4) dijagnostički postupci sukladno članku 3. stavku 4. prema indikaciji liječnika do limita od 1.500,00 kuna unutar jedne osigurateljne godine, uz karencu od 15 dana.
- (5) laboratorijske pretrage iz članka 3., st. 5. prema indikaciji liječnika specijaliste do limita od 2.000,00 kuna unutar jedne osigurateljne godine, uz karencu od 15 dana.
- (6) Kod produljenja trajanja ugovora o osiguranju, karencu se ne primjenjuje.
- (7) Nakon potrošenog limita unutar osigurateljne godine osigurana osoba ostvaruje pravo na specijalističke pretrage i dijagnostičke postupke iz članka 3. stavka 2. i 4 uz učešće od 50%.

Članak 3. - OPSEG USLUGA

- (1) Sistematski pregled za:
 - ŽENE: pregled interniste, EKG, UZV abdomena, pregled ginekologa, PAPA test, transvaginalni ultrazvuk, usluge laboratorija (sedimentacija, kompletna krvna slika, kompletna pretraga urina, GUK, urea, kreatinin, bilirubin, transaminaze /AST, ALT, GGT/, kolesterol, trigliceridi), a prema medicinskoj indikaciji proširuje se s dijagnostičkim pretragama u okviru prava iz police uz prethodno odobrenje TRIGLAVA d.d.
 - ZA MUŠKARCE: pregled interniste, EKG, UZV abdomena, pregled prostate, PSA (za muškarce starije od 40 godina) usluge laboratorija (sedimentacija, kompletna krvna slika, kompletna pretraga urina, GUK, urea, kreatinin, bilirubin, transaminaze /AST, ALT, GGT/, kolesterol, trigliceridi), a prema medicinskoj indikaciji proširuje se s dijagnostičkim pretragama u okviru prava iz police uz prethodno odobrenje TRIGLAVA

Sistematski pregled se obavlja isključivo u zdravstvenim ustanovama koje odredi TRIGLAV.

- (2) Specijalisti svih specijalnosti do ugovorenog limita unutar jedne osigurateljne godine. Specijalisti medicinske struke su npr. internist (kardiolog, nefrolog, endokrinolog, gastroenterolog, imunolog, pulmolog, hematolog), neurolog, oftalmolog, ortoped, dermatovenerolog, kirurg (opći, abdominalni, torakalni, vaskularni, traumatolog), radiolog, ginekolog, fizijatar, otorinolaringolog, urolog, anesteziolog, onkolog, neurokirurg, psihijatar i specijalist nuklearne medicine.
- (3) Kontrolni pregledi u smislu Dodatnih uvjeta su pregledi koji se obavljaju u roku od 60 (šezdeset) dana od dana specijalističkog ili sistematskog pregleda u ustanovi gdje je obavljen i prvi specijalistički ili sistematski pregled.
- (4) Svi dijagnostički postupci do ugovorenog limita unutar jedne osigurateljne godine.
- (5) Sve laboratorijske pretrage iz područja biokemijskog i hematološkog laboratorija do ugovorenog limita unutar jedne osigurateljne godine.
- (6) Na zahtjev TRIGLAVA, osiguranik je dužan dostaviti na uvid relevantnu medicinsku dokumentaciju iz koje će se moći utvrditi postojanje indikacije za određenu medicinsku uslugu.
- (7) Ukoliko se uvidom u dostavljenu medicinsku dokumentaciju utvrdi da ne postoji medicinska indikacija za traženu uslugu, osiguranik ne može ostvariti pravo na naknadu troškova prema ovim Uvjetima.
- (8) Osiguranici imaju pravo na sljedeće medicinske usluge preventivnog karaktera bez medicinske indikacije: ginekološki pregled, UZ vaginalnom sondom i PAPA test – jednom godišnje, te pregled onkologa, UZ dojki, mamografija iznad 40.god., UZ prostate i PSA iznad 40.g. jednom u dvije godine. Ukoliko se navedene usluge obavljaju u sklopu sistematskog pregleda iste nije moguće preventivno obaviti unutar osigurateljne godine u kojoj je obavljen sistematski pregled.
- (9) Pregledi se obavljaju u ugovornim ustanovama TRIGLAVA.

Članak 4. - ISKLJUČENJE OBVEZE TRIGLAVA

Isključena je obveza TRIGLAVA ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica:

- obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih zahvata bilo koje vrste,
- bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera,
- eksperimentalnog liječenja,
- odvikavanja osiguranika od ovisnosti bilo koje vrste,
- djelovanja alkoholnih i/ili narkotičkih sredstava kod osiguranika,
- pokušaja samoubojstva osiguranika,
- potresa,
- rata i ratnih događanja svih vrsta bez obzira da li je rat objavljen ili nije,
- revolucije, građanskog rata, pobune, sabotaže, terorizma i drugih sličnih događaja,
- ostalih slučajeva utvrđenih Zakonom i podzakonskim aktima ili dopunskim uvjetima osiguranja

Članak 5. - TERITORIJALNA VALJANOST

Ovo osiguranje vrijedi na području Republike Hrvatske, ako se drugačije ne ugovori.

Članak 6. - ZAVRŠNE ODREDBE

Ovi Uvjeti vrijede uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje i Dodatne uvjete za osiguranje povećanih rizika bolesti (RB). Ako se njihov sadržaj razlikuje od Općih uvjeta za dodatno zdravstveno osiguranje, važeći su ovi Uvjeti.

Na ugovor o osiguranju sklopljen po ovim Uvjetima primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o osiguranju i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Za provođenje nadzora nad osiguravajućim društvom nadležna je Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA).