

Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja

Društvo: Triglav osiguranje d.d.
sa sjedištem u RH

Proizvod: Specijalističko-ambulantno liječenje

Svrha ovog dokumenta je pružiti sažetak informacija o određenom proizvodu osiguranja i nije prilagođen Vašim individualnim potrebama i zahtjevima. Informacije u ovom dokumentu trebale bi Vam pomoći da razumijete osnovne značajke i uvjete osiguranja.

Upozorenje: ovaj dokument sadrži samo najvažnije informacije o Vašem osiguranju. Potpune predugovorne i ugovorne informacije možete pronaći u slijedećim dokumentima:

- u ponudi,
- na polici,
- u općim uvjetima osiguranja,
- pripadajućim klauzulama.
- ostaloj dokumentaciji koju ste zaprimili prije ili nakon zaključenja ugovora o osiguranju.

Vrsta osiguranja

Specijalističko-ambulantno liječenje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje temeljem osnovane medicinske indikacije u slučaju novonastale bolesti, stanja ili ozljeda, pokriva troškove pruženih ambulantnih usluga, specijalističke obrade, dijagnosticanja i liječenja te ambulantne rehabilitacije i u ljekarni izdavanje lijekova.



Pokriće osiguranja

Osiguranje pokriva troškove:

- ✓ Specijalističke obrade koja se sastoji od specijalističkih pregleda, pripadajuće jednostavne dijagnostike (npr. laboratorijske pretrage, rendgen, ultrazvuk, EKG) i pripadajućih jednostavnih ambulantnih zahvata (npr. punkcija, odstranjivanje madeža);
- ✓ Zahtjevnih dijagnostičkih postupaka (npr. CT, MR);
- ✓ Zahvata u dnevnoj bolnici (npr. dijagnostička i terapijska artroskopija lakta, koljena ili gležnja, operacija kile, mretna na oku, operativno liječenje proširenih vena);
- ✓ Ambulantna rehabilitacija (npr. fizikalna terapija, radna terapija, govorna terapija);
- ✓ Lijekovi potrebni za liječenje novonastalih bolesti.



Što nije pokriveno osiguranjem

Osiguranje ne pokriva troškove:

- ✗ Sistematskih pregleda;
- ✗ Bolesti, stanja i liječenja koja su postojale prije sklapanja osiguranja;
- ✗ Bolesti i stanja koje su nastale za vrijeme trajanja osiguranja i prešle su u kronične bolesti i stanje ili su nastupila za vrijeme karence (počeka) ili su navedene u isključenjima obveze Osiguratelja u Uvjetima osiguranja;
- ✗ Hitna stanja (nužna medicinska pomoć);
- ✗ Zdravstvene usluge na primarnoj razini zdravstvene zaštite, preventivni pregledi i genetsko testiranje.



Ograničenja pokrića

- ! Godišnji osigurani iznos je 29.862,63 EUR (225.000 HRK*), od toga za rehabilitaciju i za troškove lijekova 305,26 EUR (2.300 HRK*);
- ! U osigurateljnoj godini iz istog razloga pokrivaju se troškovi do 3 specijalističke obrade, 2 zahtjevna dijagnostička postupka, 2 zahvata i prvo izdavanje lijeka u količini potrebnoj za liječenje novonastale bolesti (najviše za 30 dana);
- ! Kada novonastala bolest, stanje ili ozljeda postane kronična, osiguratelj u svezi s time nema više obvezu;
- ! Karencu u trajanju od 3 mjeseca;
- ! Gubitkom osnovnog osiguranja poništava se polica;
- ! Zdravstvene usluge koriste se u ugovornim ustanovama uz prethodnu najavu Zdravstvenoj točki;
- ! Osiguranje traje do kraja osigurateljne godine u kojoj osiguranik navršava 65 god. ukoliko nije drugačije ugovoreno;

! Ako dospjela premija nije u cijelosti plaćena, osigurateljno jamstvo se prekida danom koji slijedi danu dospjeća premije a ponovno se uspostavlja slijedeći dana nakon dana plaćanja cjelokupne dospjele premije.

* Za preračunavanje premije je primijenjen službeni fiksni tečaj konverzije 1 EUR = 7,53450 HRK



Zemljopisni opseg osiguranja

✓ Osiguratelj pokriva troškove zdravstvene zaštite, koje su napravljene u Republici Hrvatskoj i državama Europske unije.



Obveze osiguranika

- Prije korištenja usluge iz pokrića osiguranja obavezna je prethodna najava Zdravstvenoj točki – asistentskom centru osiguratelja;
- Pridržavanje uputa osiguratelja i pružatelja zdravstvenih usluga te po potrebi dostavljanje potrebne medicinske dokumentaciju;
- Redovito plaćanje premije osiguranja;
- Promptno i ažurno dostavljanje promjena osobnih podataka i drugih podataka bitnih za osiguranje.
- Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti Osiguratelju sve okolnosti i podatke koju su od značaja za ocjenu rizika i sklapanja ugovora;
- Prijaviti Osiguratelju gubitak ili otuđenje iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja;
- Vratiti iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja po prestanku osiguranja.



Kada i kako platiti osiguranje

Kada: Premiju možete plaćati putem uplatnice ili fakture do datuma dospjeća ili izravnim terećenjem, a u iznimnim slučajevima i putem obustave s plaće. Prvi obrok premije ili cjelokupnu premiju potrebno je platiti prilikom ugovaranja osiguranja.

Kako: Dinamika plaćanja može biti mjesečna, kvartalna, polugodišnja i godišnja. Bez obzira na dinamiku plaćanja prva rata seplaća prilikom potpisa ponude.



Datum početka i završetka pokrića

Početak: Osiguranje počinje u 00.00 sati onog dana koji je naveden na ponudi/polici osiguranja kao datum početka osiguranja.

Završetak: Osiguranje ističe u 24.00 sati onog dana koji je naveden na ponudi/polici osiguranja kao datum isteka osiguranja.



Raskid ugovora

- Osiguratelj tijekom trajanja osiguranja ugovor o osiguranju ne može jednostrano raskinuti. Raskidanje je moguće samo sporazumno i ako za to postoje utemeljeni razlozi.
- Prijevremeni raskid ugovora o osiguranju moguć je isključivo u slučaju gubitka statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju, smrti osiguranika te prestankom plaćanja premije osiguranja sukladno odredbama Zakona o obveznim odnosima.
- Ako je osiguranje zaključeno na razdoblje dulje od 5 godina, svaka ugovorna strana po isteku tog vremena smije, s otkaznim rokom od 6 mjeseci, odustati od ugovora o osiguranju.
- U slučaju promjene Općih uvjeta osiguranja, visine premije osiguranja, odnosno premijskog cjenika osiguranja, visine učešća i visine godišnjeg osiguranog iznosa, ugovaratelj osiguranja ukoliko se ne slaže s izmjenom ima pravo u roku 30 dana nakon obavijesti izjavom odstupiti od ugovora o osiguranju.
- Kod ugovora sklopljenog posredstvom sredstva daljinske komunikacije Ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ne navodeći za to razlog, u roku od 14 dana od dana sklapanja ugovora, ako do tada nije koristio prava iz osiguranja.