

Dodatno zdravstveno osiguranje korisnika RBA FlexiFIT paketa (dalje: FlexiFIT paket).

OSIGURATELJ: UNIQA osiguranje d.d., Planinska 13 A, 10000 Zagreb

UGOVARATELJ OSIGURANJA:

Raiffeisenbank Austria d.d., Zagreb (u daljnjem tekstu RBA).

OSIGURANIK: fizička osoba, korisnik FlexiFIT paketa. Osiguranik može biti samo osoba koja ima status osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja.

OSIGURANA SVOTA:

Specijalistički pregledi do 750,00 HRK po osiguraniku/osigurateljna godina.
Dijagnostički postupci do 750,00 HRK po osiguraniku/osigurateljna godina.

KORIŠTENJE PRAVA IZ OSIGURANJA:

Isključivo pozivom na broj telefona MedUNIQA +385 1 6324 275.

MedUNIQA je medicinska služba osiguratelja, dežurna 24 sata, 7 dana u tjednu, koja za osiguranika ugovara termin obavljanja zdravstvene usluge.

A. UVODNE ODREDBE

Članak 1.

Ovi Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja za korisnike FlexiFIT paketa (u nastavku: Uvjeti) sastavni su dio ugovora o grupnom osiguranju koje ugovaratelj osiguranja sklopi s UNIQA osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu Osiguratelj).

Članak 2.

Dodatno zdravstveno osiguranje je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i/ili veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a u opsegu određenom ugovorom o osiguranju.

Dodatno zdravstveno osiguranje ne obuhvaća hitne slučajeve (hitnu medicinsku pomoć) u bilo kojem obliku.

Članak 3.

Sposobnost za osiguranje

Po ovim Uvjetima mogu se osigurati osobe, korisnici FlexiFIT paketa do navršene 65 godina života pod uvjetom da imaju status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja.

Najviša pristupna dob je 65 godina života.

Prilikom prvog korištenja prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja korisnik FlexiFIT paketa obavezan je dostaviti Osiguratelju matični broj osigurane osobe pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje.

Gubitkom statusa osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja osoba gubi status osiguranika dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Duševno bolesne osobe i osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti se ne mogu osigurati.

Opći uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja za korisnike RBA FlexiFIT paketa

Članak 4.

Osigurani slučaj

Osigurani slučaj je medicinski indicirana potreba osiguranika za specijalističkim liječničkim pregledom ili dijagnostičkim postupkom. Preventivni liječnički pregledi i dijagnostički postupci nisu obuhvaćeni osiguranjem.

Članak 5.

Trajanje osiguranja

Ugovor o osiguranju korisnika FlexiFIT paketa sklapa se na neodređeno vrijeme.

Obveza osiguratelja za svakog pojedinog osiguranika počinje u 00:00 sati prvog dana po isteku ugovorenog općeg roka čekanja od 15 dana.

Pod razdobljem čekanja podrazumijeva se razdoblje u kojem Osiguratelj nije u obvezi ni na kakva davanja zdravstvenih usluga iz osiguranja. Razdoblje čekanja računa se od početka osiguranja. Početak osiguranja je dan ugovaranja i FlexiFIT paketa.

Opće razdoblje čekanja se ne primjenjuje u slučaju nezgode.

Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 00:00 sati bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, prvog slijedećeg dana od onog dana kada:

1. nastupi smrt osiguranika
2. osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti
3. osiguraniku prestane status korisnika FlexiFIT paketa. U slučaju ponovnog aktiviranja FlexiFIT paketa aktivira se i ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju, ali uz primjenu općeg čekanja od 15 dana
4. Osiguranje prestaje u 24:00 sati dana 31.12. godine u kojoj je osiguranik navršio 66 godina života.
Osigurateljna zaštita prestaje u 00:00 sati dana raskida ili prestanka ugovora o osiguranju.

B. PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 6.

Osigurana svota je novčani iznos na koji je sklopljen ugovor o osiguranju, a koji predstavlja najviši iznos (gornju granicu) do kojeg je Osiguratelj u obvezi za sve osigurane slučajeve nastale u jednoj osigurateljnoj godini

- Specijalistički liječnički pregledi

Osiguravajuća zaštita obuhvaća specijalističke preglede svih specijalnosti do ukupno ugovorene osigurane svote od 750,00 kn po osiguraniku u jednoj osigurateljnoj godini.

- Dijagnostički postupci

Osiguravajuća zaštita obuhvaća sve dijagnostičke postupke (npr. laboratorijska dijagnostika: hematologija, biokemija krvi i urina, radiologija, ultrazvuk, kontrastne pretrage i dr.) do ukupno ugovorene svote osiguranja od 750,00 kn po osiguraniku u jednoj osigurateljnoj godini.

Članak 7.

Ostvarivanje prava iz osiguranja

Prava po sklopljenom ugovoru o osiguranju može koristiti jedino osiguranik. Prava se ne prenose na drugu osobu niti se nasljeđuju. Neiskorišteni limiti u jednoj osigurateljnoj godini ne mogu se pre-

nositi u sljedeću osigurateljnu godinu niti se limiti za specijalističke preglede mogu prenositi na dijagnostičke postupke i obrnuto.

Pravo na zdravstvenu zaštitu osiguranik može ostvariti unutar mreže ugovornih zdravstvenih ustanova UNIQA u Republici Hrvatskoj pod uvjetom da za svaki specijalistički pregled i/ili dijagnostički postupak postoji medicinska indikacija koju utvrđuje ovlaštenu liječnik Osiguratelja.

U slučaju nastupa osiguranog slučaja osiguranik ima pravo na vlastiti izbor liječnika unutar mreže ugovornih zdravstvenih ustanova UNIQA.

Sva prava osiguranik ostvaruje isključivo telefonskim pozivom MedUNIQA, koja je jedina ovlaštena za ugovaranje zdravstvenih usluga. Osiguratelj nije u obvezi naknaditi troškove koji su nastali bez posredovanja MedUNIQA.

U slučaju da je osiguranik iz bilo kojih razloga spriječen obaviti zdravstvenu uslugu isti je obvezan najkasnije 24 sata prije ugovorenog termina otkazati ugovorenu uslugu dežurnoj medicinskoj službi u MedUNIQA, osim u slučaju više sile. U protivnom Osiguratelj je ovlašten naplatiti ugovornu kaznu u iznosu od 100,00 kn po ugovorenoj zdravstvenoj usluzi.

Osiguratelj je ovlašten ugovornu kaznu naplatiti s limita za specijalističke preglede odnosno dijagnostičke postupke u tekućoj osigurateljnoj godini. Ukoliko limit nije dovoljan za naplatu ugovorne kazne ista će se naplatiti od limita u idućoj osigurateljnoj godini.

Članak 8.

Isključenje obveze osiguratelja

Osiguravajuća zaštita ne postoji za:

- liječenja, specijalističke preglede i dijagnostičke postupke koja su planirani i/ili započeli prije početka osiguranja;
- redovne i/ili, preventivne specijalističke preglede i dijagnostičke postupke;
- stomatološku zdravstvenu zaštitu;
- kozmetičke tretmane te operacije i posljedice istih;
- liječničke preglede i dijagnostičke postupke vezene uz trudnoću;
- sve oblike umjetne oplodnje, medicinski potpomognute oplodnje te sve preglede i dijagnostičke postupke u svezi liječenja neplodnosti;
- bolesti i nezgode (posljedice nezgoda) koje nastupe ili se pogoršaju zbog konzumiranja alkohola ili opojnih droga;
- bolesti i nezgode i njihove posljedice uzrokovane u neposrednoj ili posrednoj svezi s ratnim događanjima bilo koje vrste, političkim pobunama ili terorizmom;
- stradavanja u obilježnom minskom polju.

D. OBVEZE UGOVARATELJA

Članak 9.

Premija

Ugovaratelj osiguranja dužan je plaćati ugovorenu premiju.

E. MIRNO RJEŠAVANJE SPOROVA

Članak 10.

Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju prvenstveno će nastojati sve svoje eventualne sporove s osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi s ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, u mirnom postupku kod osiguratelja

Osiguranik, ugovaratelj osiguranja i korisnik iz ugovora o osiguranju može podnijeti pritužbu na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju zbog postupanja društva za osiguranje odnosno osobe koje za društvo za osiguranje obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odluke društva za

osiguranje u vezi s ugovorom o osiguranju ili izvršenjem ugovora o osiguranju, postupanja društva za osiguranje u vezi s rješavanjem zahtjeva iz ugovora o osiguranju i to u roku od 15 (petnaest) dana od dana kada je primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe.

Pritužba se podnosi:

- a) usmeno na zapisnik:
 - u sjedištu UNIQA osiguranja d.d.
- b) pisanim podneskom:
 - na adresu sjedišta UNIQA osiguranja d.d.
 - putem faks na broj 01 / 6324 250 ili
 - e-mailom na adresu info@uniqa.hr.

Pritužba treba sadržavati:

- a) ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba,
- b) razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,
- c) dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
- d) datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,
- e) punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Nakon analize i provjere navoda iz pritužbe UNIQA osiguranje d.d. će u pisanom obliku odgovoriti podnositelju najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe.

Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to izričito traži, odgovor na pritužbu može se poslati elektroničkom poštom, uz poštivanje propisa koji uređuju zaštitu osobnih podataka.

Na zahtjev podnositelja pritužbe društvo za osiguranje će obavijestiti podnositelja pritužbe o zaprimljenoj pritužbi i tijeku postupka.

F. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 11.

Pravni okvir

Na pravne odnose između osiguratelja, ugovaratelja osiguranja, osiguranika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima, primjenjivati će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.

Za slučaj spora između ugovaratelja osiguranja/osiguranika i Osiguratelja ugovora se nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu.

Članak 12.

Za nadzor osiguratelja nadležna je Hrvatska agencija za nadzor finansijskih usluga sa sjedištem u Zagrebu, Miramarska 24B.

U primjeni od 15.09.2015.