

Dokument je informativnog karaktera i sadrži bitne informacije o proizvodu. Detaljnije informacije o pokriću i drugim pravima i obvezama iz ugovora o osiguranju nalaze se u ostaloj predugovornoj i ugovornoj dokumentaciji.

Vrsta osiguranja

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem (program BALANCE) osigurava se viši standard zdravstvene zaštite i veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.



Pokriće osiguranja

- ✓ Sistematski pregled jednom godišnje
- ✓ Dentalni preventivni pregled jednom u dvije godine
- ✓ Dva specijalistička pregleda godišnje
- ✓ Dva kontrolna pregleda godišnje po obavljenom specijalističkom ili sistematskom pregledu,
- ✓ Deset usluga medicinske dijagnostike godišnje,
- ✓ Dvije usluge endoskopije godišnje
- ✓ Dvadeset laboratorijskih pretraga godišnje,
- ✓ Pet pretraga hormona i tumorskih markera godišnje,
- ✓ MR pregled
- ✓ CT pregled
- ✓ Usluge dentalne medicine do 1.000,00 kn godišnje, isključivo od posljedica nezgode

Osnovni osiguranik ima pravo na sve navedene usluge, a dodatni osiguranik ima pravo zajedno s osnovnim osiguranikom koristiti navedene usluge izuzev usluge sistematskog i dentalnog preventivnog pregleda.

Uz osnovno pokriće moguće je ugovoriti sljedeće:

- Osiguranje dentalnih usluga (DP2)
- Dopunsko zdravstveno osiguranje (DP4)
- Osiguranje drugog liječničkog mišljenja (DP5)
- Osiguranje troškova liječenja u inozemstvu (DP6)
- Osiguranje dodatnog osiguranika (DP13)
- Osiguranje doplata za lijekove s dopunske liste HZZO-a (DP14)
- Osiguranje drugog liječničkog mišljenja „Diagnose.me“ (DP15)
- Osiguranje naknade zaposlenim osobama uslijed privremene nesposobnosti za rad (DP 16)



Što nije pokriveno osiguranjem

Osigurani slučaj nastao kao posljedica:

- ✗ planiranog liječenja i/ili liječenja, specijalističkih pregleda, dijagnostičkih i drugih postupaka započetih prije početka osiguranja, a najduže 90 dana kod prvog sklapanja osiguranja
- ✗ pružanja medicinskih usluga zbog preventivne zdravstvene zaštite, osim ako dodatnim/posebnim uvjetima nije drugačije propisano
- ✗ obavljanja estetskih i/ili kozmetičkih zahvata bilo koje vrste
- ✗ umjetne oplodnje, medicinski potpomognute oplodnje i liječenja neplodnosti, prekida trudnoće koji nije medicinski indiciran
- ✗ sterilizacije
- ✗ eksperimentalnog liječenja,
- ✗ odvikavanja osiguranika od ovisnosti bilo koje vrste
- ✗ bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera
- ✗ 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, sabotaze, terorizma i drugih sličnih događaja

Obveza osiguratelja isključena je za:

- ✗ sva hitna zdravstvena stanja



Ograničenja pokrića

- ! Osiguranje se može ugovoriti samo za osobe koje imaju status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.
- ! Obveza osiguratelja počinje (osiguranik je u pokriću) nakon isteka 16-tog dana u 00,00 sati, računajući od dana koji je u polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja, ako je do

tog dana plaćena premija ili prvi obrok premije (karenca).

- ! Kod usluga definiranih u pokriću osiguranja primjenjuje se karenca u trajanju 15 do 30 dana ovisno o vrsti medicinske usluge.
- ! Odredba o karenici se ne primjenjuje kod obnove (produljenja trajanja) ugovora o osiguranju.



Zemljopisni opseg osiguranja

- ✓ Republika Hrvatska
- ✓ Kada se ugovori dodatni program Osiguranje troškova liječenja u inozemstvu (DP6) nema teritorijalnog ograničenja (pokriven cijeli svijet).



Obveze osiguranika

Obveze ugovaratelja osiguranja:

- prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate
 - platiti premiju osiguranja u rokovima i na način koji je ugovoren za cijelo vrijeme trajanja osiguranja
 - tijekom osiguranja pisanim putem izvijestiti osiguratelja o promjeni adrese stanovanja i mjestu plaćanja premije
- Ukoliko su ugovaratelj i osiguranik ista osoba obveze ugovaratelja odnose se i na osiguranika.



Kada i kako platiti osiguranje

Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed u ugovorenom roku. Plaćanje premije može se ugovoriti obročno, s time da se prvi obrok premije plaća prilikom potpisa ponude, odnosno police.

Plaćanje premije moguće je uplatnicom, trajnim nalogom te kreditnim i debitnim karticama.



Datum početka i završetka pokrića

Osiguranje počinje u 24:00 sata onog dana koji je u polici označen kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sata onog dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.

Ugovor o osiguranju sklapa se na najmanje godinu dana te se u tom razdoblju ne može otkazati ili raskinuti.

Osiguranje prestaje kod svakog osiguranika na dan kada:

- nastupi smrt osiguranika,
- je raskinut ugovor o osiguranju,
- prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.



Raskid ugovora

Ugovaratelj osiguranja može raskinuti ugovor s danom dospelosti premije, obavještavajući pisanim putem drugu ugovornu stranu najkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije.

Kada je ugovor o osiguranju sklopljen sredstvom daljinske komunikacije ugovaratelj osiguranja može jednostrano raskinuti ugovor o osiguranju, ne navodeći za to razloge, u roku od 14 dana od dana sklapanja ugovora o osiguranju, osim ako je na izričit zahtjev ugovaratelja osiguranja, prije nego što je iskoristio svoje pravo na raskid ugovora, ugovor u potpunosti ispunjen.