

Posebni uvjeti zdravstvenog osiguranja za osiguranje naknade za vrijeme boravka u bolnici (2020)

Članak 1.

Opće odredbe

1. Ako u ovim posebnim uvjetima nije drukčije ugovoreno, za osiguranje naknade za vrijeme boravka u bolnici primjenjuju se odredbe Općih uvjeta zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti).
2. Temeljem ovih posebnih uvjeta osiguraniku se, neovisno o stvarnim troškovima boravka i liječenja, isplaćuje ugovorena naknada za svaki dan proveden u bolnici zbog nužnog stacionarnog liječenja (članak 7. stavak 3. Općih uvjeta).
3. Vrsta i visina naknade iz osiguranja proizlazi iz ovih uvjeta i police osiguranja.

Članak 2.

Naknada za vrijeme boravka u bolnici

1. Za svaki dan proveden u bolnici zbog nužnog stacionarnog liječenja isplaćuje se naknada ugovorena u polici osiguranja.
2. Ako je stacionarni boravak osiguranika u bolnici trajao najmanje 5 dana, naknada se isplaćuje osiguraniku od 1. dana boravka u bolnici.
3. Naknada se ne isplaćuje osiguraniku ako je stacionarni boravak u bolnici trajao manje od 5 dana.
4. Pravo na naknadu za vrijeme boravka u bolnici završava istekom posljednjeg dana boravka u bolnici.
5. Ugovorena naknada isplaćuje se samo za vrijeme nužnog stacionarnog liječenja u Republici Hrvatskoj, ostalim zemljama članicama Europske Unije, SAD-u, Švicarskoj i Švedskoj.
6. Ugovorena naknada isplaćuje se za najviše 182 dana provedena u bolnici tijekom jedne osiguravateljne godine.

Članak 3.

Novčana pomoć prilikom rođenja djeteta

1. Umjesto naknade za vrijeme boravka u bolnici iz članka 2. ovih posebnih uvjeta, osiguravatelj isplaćuje osiguraniku uz predočenje rodnog lista novčanu pomoć prilikom rođenja djeteta u visini peterostrukog ugovorenog iznosa dnevne naknade za vrijeme boravka u bolnici.
2. Za svako sljedeće dijete rođeno tijekom iste osiguravateljne godine isplaćuje se polovica naknade iz prethodnog stavka.

Članak 4.

Obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika

1. Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je pisanim putem prijaviti osiguravatelju nastup osiguranog slučaja i priložiti dokaz o uplati posljednje premije osiguranja.
2. Isplata osiguravateljne naknade vrši se po predočenju otpusnog pisma i cjelokupne medicinske dokumentacije koju osiguravatelj zatraži.

Članak 5.

Osobe koje se ne mogu osigurati

1. Ne mogu se osigurati i u svakom slučaju nisu osigurane osobe kod kojih postoji opća nesposobnost za rad.
2. Ako osiguranik tijekom trajanja osiguranja postane osoba koja se ne može osigurati, prestaje osiguravateljno pokrivenje i ugovor o osiguranju.

Članak 5.

Osobe koje se mogu osigurati

1. Osigurati se mogu samo osobe od navršene 14. do navršene 64. godine života koje imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj. Ostale osobe se mogu osigurati samo na temelju posebnih dogovora.
2. Ugovor o osiguranju prestaje, osim iz razloga navedenih u Općim uvjetima i kada osiguranik navrší 64. godinu života.

Članak 6.

Prilagođavanje naknade i premije

Za prilagođavanje naknade i premije osiguranja primjenjuju se odredbe članka 22. Općih uvjeta.

Članak 7.

Ograničenja osiguravateljnog pokrivenja

1. Uz ograničenja osiguravateljnog pokrivenja iz Općih uvjeta osiguravateljno pokrivenje ne postoji u prvoj godini osiguranja za stacionarno liječenje u bolnici zbog niže navedenih oboljenja, neovisno je li osiguranik znao ili nije znao da boluje od istih:
 - 1.1. bilo koji oblik kile;
 - 1.2. sve vrste tumora;
 - 1.3. endometrioza;
 - 1.4. hemeroidi;
 - 1.5. bolesti nosne šupljine;
 - 1.6. uvećanje tonzila i adenoida;
 - 1.7. povišena razina hormona štitnjače u krvi;
 - 1.8. mreže;
 - 1.9. dobroćudni tumori mišićnog i vezivnog tkiva maternice;
 - 1.10. analna fistula;
 - 1.11. odstranjenje maternice;
 - 1.12. upala žučne vrećice;
 - 1.13. kamenci bubrega, mokraćovoda i žući;
 - 1.14. povišeni krvni tlak ili srčano-krvožilne bolesti;
 - 1.15. ulkus želuca ili dvanaesnika;
 - 1.16. hallux valgus;
 - 1.17. hernija intervertebralnog diska;

- 1.18.varikokela i hidrokela;
- 1.19.proširene vene;
- 1.20.ozljeda meniska;
- 1.21.tuberkuloza.
2. Osiguravateljno pokrće u svakom slučaju ne postoji u sljedećim slučajevima:
- 2.1. liječenja koja su povezana s predoboljenjima (bolestima i stanjima koja su postojala u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju);
- 2.2. liječenja koja su povezana s tjelesnim oštećenjima koja su postojala u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju;
- 2.3. trudnoće, prirodnog poroda, poroda carskim rezom i pobačaja;
- 2.4. neinvazivnog karcinoma in-situ i svih kožnih karcinoma osim invazivnog malignog melanoma;
- 2.5. neonatalnih tretmana;
- 2.6. urođenih nedostataka i anomalija ili nasljednih oboljenja;
- 2.7. dijagnostičkih tretmana putem biopsije, endoskopije, laparoskopije i artroskopije;
- 2.8. zubnih tretmana i operacija;
- 2.9. otvaranje upaljene kože, tkiva i zglobova;
- 2.10.uklanjanja materijala koji su implementirani kroz prijašnje operacije;
- 2.11.šavova na koži (konci);
- 2.12.devijacije nosne pregrade, resekcije nosne školjke, operacije na donjoj ili gornjoj čeljusti uključujući operacije temporomandibularnog zgloba, operacije čeljusnog zgloba, ortodontski tretmani osim direktnih tretmana akutnih ozljeda ili karcinoma;
- 2.13.kozmetičkih i plastičnih kirurških operacija, osim ako su one posljedica nesretnog slučaja koji je pokriven ovim ugovorom o osiguranju. Tretman se treba izvršiti unutar roka od najviše 9 mjeseci nakon nesretnog slučaja, uz uvjet da se prethodno pribavi pisano odobrenje osiguravatelja. Rekonstrukcija dojke kao posljedica mastektomije koja je izvršena zbog karcinoma je uključena u osiguravateljno pokrće, ali je nadomjestak postojećih implantata isključen iz osiguravateljnog pokrća;
- 2.14.liječenja koji su u direktnoj ili indirektnoj vezi s AIDS-om. Time je isključena bilo koja bolest koja je nastala kao direktna ili indirektna posljedica ili je u svezi sa seropozitivnom infekcijom HIV virusa, stečenim sindromom AIDS-a ili bilo kojim drugim sličnim ili s AIDS-om povezanim sindromom;
- 2.15.liječenja radi smanjenja tjelesne težine kao npr. bolničke dijete ili operativni postupci;
- 2.16.postupaka koji se odnose na sterilizaciju ili obrnutih postupaka, umjetne oplodnje ili promjene spola;
- 2.17.liječenja spolnih bolesti;
- 2.18.liječenja ozljeda uzrokovanih samoranjavanjem ili pokušajem samoubojstva;
- 2.19.liječenja mentalnih oštećenja svih vrsta;
- 2.20.kod prometnih nezgoda, ako je osiguranik bio vozač vozila i ako mu je u vrijeme prometne nezgode utvrđena razina alkohola u krvi iznad zakonom dozvoljene granice ili je upravljao vozilom bez odgovarajuće vozačke dozvole ili je vozilo bilo tehnički neispravno;
- 2.21.profesionalnih nezgoda kod sljedećih poslova i zanimanja: rad u klaonici, na visokim pećima, ljevaonici, u tvornici eksploziva, na naftnoj bušotini, u kamenolomu, na podizanju građevinske skele više od dva kata, profesionalni vozač, inženjer brodogradnje, lučki radnik, rudar;
- 2.22.bolesti, nesretnih slučajeva i njihovih posljedica nastalih zbog bavljenja opasnim sportovima odnosno drugim rizičnim aktivnostima uključujući ronjenje, motociklizam, padobranstvo, let jedrilicom, alpinizam, rafting, bungee jumping i sve oblike utrka osim trčanja;
- 2.23.eksperimentalnog liječenja ili liječenja od strane neovlaštenog liječnika;
- 2.24.svakog s medicinskog stajališta nepotrebnog liječenja;
- 2.25.zračenja, radio-terapije, kemoterapije;
- 2.26.peritonealne dijalize;
- 2.27.postupaka čija namjena je preventivna, a ne kurativna.

U primjeni od:1.10.2020.