

UVJETI ZA GODIŠNJE PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Uvjeti za putno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu Uvjeti) sastavni su dio ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju, kojeg ugovaratelj osiguranja sklopi s Merkur osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu osiguratelj).

Članak 2.

Pojedini pojmovi u ovim uvjetima znače:

osiguratelj je Merkur osiguranje d.d. koje sklopljenim ugovorom o osiguranju preuzima pokriće osiguranog rizika;

ugovaratelj osiguranja je osoba koja s osigurateljem sklapa ugovor o osiguranju;

osiguranik je fizička osoba na koju se odnosi sklopljeno osiguranje;

korisnik je osoba u čiju korist se osiguranje ugovara i kojoj se isplaćuje osigurnina;

polica je isprava koju izdaje osiguratelj o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

osigurana svota je novčani iznos na koji je sklopljeno osiguranje; osnovica za izračun osigurnine;

premija osiguranja je novčani iznos koji naplaćuje osiguratelj za preuzeti rizik;

osigurani slučaj je nastup događaj s obzirom na koji se sklapa osiguranje;

osigurnina je iznos koji je osiguratelj dužan platiti temeljem ugovora o osiguranju ukoliko nastane osigurani slučaj.

PREDMET I ŠIRINA OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 3.

- (1) Osiguratelj pruža osigurateljno pokriće za slučaj hitne medicinske pomoći koja je potrebna zbog bolesti osiguranika ili posljedica nesretnog slučaja za vrijeme boravka u inozemstvu.
- (2) Osigurani slučaj započinje početkom liječničkog tretmana i završava u trenutku kada, s medicinske strane gledišta, ne postoji više potreba za nužnim tretmanom. U slučaju da se liječnički tretman mora proširiti na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koja nije uzročno povezana s već započetim liječenjem, smatra se da je nastao novi osigurani slučaj. Osigurani slučaj uključuje i neophodni transport u Republiku Hrvatsku (tzv. repatrijacija) zbog potrebe navedenog medicinskog tretmana.
- (3) Osigurateljno pokriće vrijedi u svim zemljama diljem svijeta.

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 4.

- (1) Osiguranici mogu biti osobe čije je stalno mjesto boravka Republika Hrvatska.
- (2) Ugovor o osiguranju mora biti sklopljen prije početka putovanja u inozemstvo. Ugovor o osiguranju koji je sklopljen nakon početka putovanja smatra se nevažećim.
- (3) Ugovor o osiguranju je sklopljen kada je izdana polica osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja.

POČETAK OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 5.

Osigurateljno pokriće počinje dana koji je na polici osiguranja naznačen kao početak osiguranja, ali ne prije nego što je plaćena premija osiguranja ili je dan nalog banci da se premija plati, i ne prije nego što je prijeđena granica Republike Hrvatske.

Period osiguranja je 1 godina. Pojedino putovanje osiguranika u inozemstvo smije maksimalno trajati do 4 tjedna. Osiguratelj neće platiti nikakvu naknadu za događaje koji su se dogodili nakon dopuštenog roka trajanja po 1 putovanju

ili nakon isteka osiguranja.

PLAĆANJE PREMIJE

Članak 6.

Premija osiguranja obračunava se u EUR, a plaća se u kunama po srednjem tečaju Hrvatske narodne banke na dan plaćanja, ali prije izdavanja police osiguranja.

OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 7.

- (1) U smislu ovih Uvjeta osiguratelj će nadoknaditi slijedeće troškove nastale uslijed neophodnog medicinskog tretmana za vrijeme privremenog boravka u inozemstvu (osim isključenja navedenih u članku 9., ali najviše do ugovorene svote osiguranja):
 - a) ambulantni liječnički tretman (van bolničko liječenje);
 - b) lijekove i zavoje prepisane od strane liječnika;
 - c) medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su nužna kao dio tretmana za polomljene ekstremitete i ozljede propisane od strane liječnika;
 - d) radiološku i laboratorijsku dijagnostiku;
 - e) bolničko liječenje, u ustanovi koja se općenito u stranoj zemlji smatra bolnicom (gdje je osiguranik) pod stalnim nadzorom liječnika, koji ima dovoljan broj dijagnostičke i terapijske opreme i ograničava usluge na znanstveno priznate metode, koje su klinički testirane u toj zemlji. U slučaju nastanka osiguranog slučaja koristiti će se bolnica u mjestu u kojem je osiguranik odsjeo ili najbliža prikladna bolnica;
 - f) troškovi prijevoza od strane priznatih uslužnih servisa za hitnu pomoć u najbližu bolnicu ili do najbližeg dostupnog liječnika kao i ostali troškovi prijevoza koji su uvjetovani zdravstvenim stanjem osiguranika;
 - g) troškovi prijevoza u specijalnu kliniku ako je to medicinski neophodno i prepisano od strane liječnika;
 - h) operacije (uključujući i s operacijama povezane troškove);
 - i) stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje;
 - j) troškove telefona za pozive upućene asistenciji ili zdravstvenoj ustanovi;
 - k) troškove nužnog smještaja pratnje malodobnog osiguranika ukoliko je zbog liječenja bilo neophodno produžiti boravak u inozemstvu.
- (2) Osim naknada navedenih u stavku 1. ovog članka, osiguratelj će naknaditi i slijedeće:
 - a) dodatne troškove medicinski neophodnog i prepisanog prijevoza iz strane zemlje do osiguranikovog stalnog mjesta boravka ili najbliže bolnice, u slučaju kada nije moguće osigurati adekvatan medicinski tretman osiguranika izvan njegove zemlje ili kada bi to vodilo ugrožavanju njegovog zdravlja. Osim toga, naknaditi će se dodatni troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na putu, ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno.
 - b) u slučaju smrti, dodatne troškove transporta posmrtnih ostataka u mjesto boravišta ili dodatne troškove za pogreb u mjestu smrti u inozemstvu, ali maksimalno do 3.500 EUR.

Dodatni troškovi u smislu ovih Uvjeta su: troškovi prijevoza u mjesto stalnog boravka; za slučaj smrti, troškovi koji premašuju troškove koji bi nastali da je osiguranik umro u svom mjestu boravka.

OGRANIČENJE OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 8.

- (1) Nije li posebno ugovoreno i nije li plaćena odgovarajuća uvećana premija, naknada se smanjuje u razmjeru između premije koju je trebalo platiti i stvarno plaćene premije u slučaju kada osigurani slučaj nastane:

- a) kod osoba starijih od 60 godina, ukoliko nije plaćena povećana premija,
- b) uslijed profesionalnog bavljenja sportom za vrijeme natjecanja ili treninga,

ISKLJUČENJE IZ OBEVEZE OSIGURATELJA

Članak 9.

Osiguratelj nije u obvezi isplatiti naknade u sljedećim slučajevima:

- (1) za bolesti i posljedice tih bolesti koje su postojale ili za koje se znalo za vrijeme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile liječene, ili za bolesti koje su liječene u posljednjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice, osim ako medicinska pomoć u inozemstvu uključuje nepredvidive hitne mjere za spašavanje osiguranikovog života ili mjere poduzete da se ublaži akutna bol. Isto ograničenje naknada primjenjuje se i na posljedice nesretnog slučaja;
- (2) za troškove koji premašuju razumne i uobičajene troškove. Razumnim i uobičajenim troškovima smatrat će se oni troškovi medicinskog liječenja koji ne premašuju općeniti nivo troškova u sličnim institucijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom tretmanu, uslugama ili pomoći osobama istog spola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili ozljedu;
- (3) za bilo koje troškove koji nastaju vezano na liječenje raka, osim ako medicinska pomoć koja se pruži u inozemstvu uključuje nepredviđene hitne mjere kako bi se spasio osiguranikov život ili hitne mjere poduzete za uklanjanje akutne boli;
- (4) za bolesti i nezgode koje su rezultat rata i ratu sličnih događaja ili aktivnog sudjelovanja u izgedima;
- (5) za bolesti ili nezgode izazvane namjernim ponašanjem, samoranjavanjem, samoubojstvom, pokušajem samoubojstva ili izvršavanjem zločina;
- (6) uslijed djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika, ali samo ako je djelovanje alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika bilo u uzročno posljedičnoj vezi s nastankom nesretnog slučaja. Smatra se da je osiguranik bio pod utjecajem alkohola ako je utvrđena koncentracija alkohola u krvi osiguranika u trenutku nastanka nesretnog slučaja (nezgode) bila viša od 0,5‰ pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima viša od 1,0‰ alkohola u krvi, odnosno utvrđeno je da je bio pod utjecajem narkotičkih sredstava;
- (7) ako je osigurani slučaj nastao uslijed upravljanja letjelicama svih vrsta plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Smatra se da osoba nema odgovarajuće ovlaštenje i kada joj je pravo upravljanja određenim vozilom, unatoč imanja odgovarajuće dozvole, privremeno oduzeto ili joj je zabranjeno upravljanje. Također se smatra da osoba nema propisanu službenu ispravu ako je isteklo njeno važenje;
- (8) za uklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretmani);
- (9) za bilo koje troškove nastale u svezi s oporavkom u toplicama ili zdravstvenim ustanovama takve namjene, sanatorijima, ustanovama za oporavak ili sličnim institucijama;
- (10) za sve troškove vezane uz mentalne, psihijatrijske ili psihosomatske poremećaje;
- (11) za trudnoću, porod i njihove posljedice. No međutim, u slučaju akutnih komplikacija u tijeku trudnoće osiguratelj će naknaditi, u okviru pokrivača police, medicinske mjere kako bi se direktno izbjegla opasnost po život majke i/ili djeteta, pod uvjetom da nije završen trideseti tjedan trudnoće;
- (12) za medicinski tretman tipičnih problema od kojih se pati za vrijeme trudnoće i njihovih posljedica, uključujući promjene u kroničnom stanju;
- (13) za preglede tijekom trudnoće i prekid trudnoće;
- (14) za tretman od strane bračnog druga, roditelja ili djece (osim materijalnih troškova);
- (15) za rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove proteza (umjetni udovi itd);
- (16) liječenje ili njega koja nije posljedica hitne i nužne medicinske intervencije;
- (17) u slučaju da je osigurani slučaj nastao na radu u inozemstvu;
- (18) za bilo koje druge troškove koji nisu navedeni u članku 7.

POSTUPAK U SLUČAJU NESRETNOG SLUČAJA ILI BOLESTI

Članak 10.

U slučaju nesretnog slučaja ili iznenadne bolesti osiguranik treba odmah nazvati dežurni centar asistencije i navesti podatke s police osiguranja. Ako nije moguće hitno telefonirati prije konzultiranja liječnika ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba nazvati dežurni centar što je prije moguće. U oba slučaja, kada je primljen kao pacijent, osiguranik treba pokazati liječniku ili osoblju bolnice policu osiguranja. Troškovi po gore navedenim telefonskim pozivima bit će naknađeni.

NAKNADA ŠTETE

Članak 11.

Hospitalizacija, ambulantno liječenje, prijevoz hitnom pomoći, prijevoz u mjesto boravka, prijevoz posmrtnih ostataka i pogreb.

- (1) Ukoliko je proveden postupak iz članka 10., troškove navedene u članku 7., osim troškova ambulantnog liječenja i lijekova, ne mora platiti sam ugovaratelj osiguranja ili osiguranik, nego će biti namireni direktno od strane asistencije u ime i za račun osiguratelja.
 - (2) U slučaju da postupak naveden u članku 10. nije zadovoljen, osiguranik je dužan obavijestiti osiguratelja o razlozima za to. Nakon utvrđivanja obveze, osiguratelj će osiguraniku naknaditi sve troškove navedene u članku 7. Isto se odnosi i na troškove ambulantnog liječenja i lijekova. Osiguratelj je obavezan isplatiti naknadu ako, osim dokaza o osigurateljnomo pokriću, postoji i dokumentacija prema točkama 2.a) do 2.f) ovog članka:
 - a) Original polica osiguranja,
 - b) Originalni računi na kojima je navedeno ime osiguranika
 - c) Računi/potvrde o uplati/medicinska dokumentacija moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, detalje o pruženom medicinskom tretmanu i datume tretmana; recepti moraju jasno pokazivati koji su lijekovi i za koju osobu su prepisani kao i cijenu ovjerenu pečatom od ljekarne (račun za kupljene lijekove). U slučaju stomatološkog tretmana računi/potvrde o uplati/medicinska dokumentacija moraju pružiti detaljne informacije o liječenom zubu i obavljenom tretmanu.
 - d) Odštetni zahtjev za nadoknadu troškova prijevoza posmrtnih ostataka u mjesto boravišta ili troškova pogreba u inozemstvu mora biti dokumentiran sa službenom potvrdom o smrti i izvjavom liječnika o uzroku smrti. Odštetni zahtjev za nadoknadu troškova prijevoza u mjesto boravka mora biti dokumentiran s medicinskim izvješćem koje potvrđuje medicinsku nužnost prijevoza. Medicinska izvješća od rođaka i supružnika neće se priznati.
 - e) Osiguratelj može zatražiti da se uz račune/potvrde o uplati priloži adekvatan prijevod, čiji trošak snosi ugovaratelj osiguranja
 - f) Osiguratelj je ovlašten potraživati i druge dokaze i dokumentaciju koja je neophodna za utvrđivanje osigurateljeve obveze i njezine visine.
 - (3) Naknada se obračunava u kunskoj protuvrijednosti valute računa po srednjem tečaju HNB na datum koji stoji na računu. No međutim, ako se može dokazati da je potrebna strana valuta za plaćanja računa plaćena po nepovoljnijem tečaju, taj će se uzeti u obzir kod obračuna.
 - (4) Troškovi prijevoda koje je snosio osiguratelj, a bili su nužni mogu se odbiti od obračunate naknade;
 - (5) Osiguratelj je ovlašten potraživati i druge dokaze i dokumentaciju koja je neophodna za utvrđivanje osigurateljeve obveze i njezine visine.
- Računi i potvrde o uplatama ostaju vlasništvo osiguratelja.

OBEVEZE

Članak 12.

- (1) Odštetni zahtjev mora se predati osiguratelju ne kasnije od mjesec dana nakon završetka liječenja ili prijevoza u mjesto boravišta, ili, u slučaju smrti, nakon prijevoza posmrtnih ostataka / pogreba.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik odnosno korisnik će na zahtjev osiguratelja dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili opsega odgovornosti osiguratelja za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inozemstvo.
- (3) Ako osiguratelj to zatraži, ugovaratelj osiguranja i osiguranik će ovlastiti osiguratelja da pribavi sve informacije koje smatra potrebnim od trećih osoba (liječnika, stomatologa, alternativnih liječnika, medicinskih ustanova bilo koje vrste, prijevoznika osiguranika, zdravstvenih ili mirovinskih ustanova).
- (4) Ako osiguratelj zatraži da osiguranik obavi liječničke preglede kod liječnika kojeg odredi osiguratelj, osiguranik je to obavezan učiniti.
- (5) Osiguratelj je oslobođen obveze isplate naknade ukoliko se gore navedene odredbe ne poštuju.
- (6) Ako ugovaratelj, osiguranik ili korisnik ne prijavi osigurani slučaj Osiguratelju, niti dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu dokumentaciju prema odredbama ovih uvjeta već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguratelja, takva tužba nema značaj prijave i smatra se preuranjenom. Svi troškovi ovakvog sudskog postupka (sudske pristojbe, troškovi vještačenja, nagrada i troškovi odvjetnika, svjedoka i druge), bez obzira na ishod sudskog spora, padaju na teret tužitelja. Tužitelj u takvim sporovima nema pravo na naknadu kamata na presuđeni iznos.

ISPLATA OSIGURNINE S OBZIROM NA UGOVORENA POKRIĆA

Članak 13.

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- (2) Ali ako je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osigurninu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
- (3) Ako iznos Osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1. i 2. ovoga članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.
- (4) Osigurnina se isplaćuje u kunsnoj protuvrijednosti valute računa po srednjem tečaju HNB na datum koji stoji na računu. No međutim, ako se može dokazati da je potrebna strana valuta za plaćanja računa plaćena po nepovoljnijem tečaju, taj će se uzeti u obzir kod obračuna.

ISTEK OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 14.

Osigurateljno pokriće prestaje s datumom koji je na polici naznačen kao istek osiguranja, tj. sa završetkom boravka u inozemstvu ili prijevoza u mjesto boravka u skladu s člankom 7. stavak 2a), ali najkasnije s istekom 4. tjedna boravka u inozemstvu po 1 putovanju. Smatra se da je period boravka u inozemstvu završen u onom trenutku kada osiguranik prijeđe granicu i uđe u zemlju čije državljanstvo posjeduje ili koja je njegovo glavno mjesto boravišta. No međutim, ukoliko bolest koja je zadesila osiguranika u inozemstvu zahtjeva dulji liječnički tretman od isteka osigurateljnog pokrića, obveza osiguratelja je isplata naknada i u tom periodu i produžuje se do osam tjedna od datuma isteka osiguranja, ako se može dokazati da nije bio moguć prijevoz u zemlju boravka.

KORISNIK OSIGURANJA

Članak 15.

Korisnikom osiguranja u smislu ovih Uvjeta podrazumijeva se osiguranik, ugovaratelj osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem.

TRANSFER I KOMPENZACIJA ŠTETA

Članak 16.

- (1) U slučaju da ugovaratelj osiguranja ili bilo koji osiguranik ima potraživanje za štete neosigurateljne naravi protiv trećih osoba, takvi odštetni zahtjevi prenijet će se pisano na osiguratelja do iznosa naknade troškova sukladno s ugovorom o osiguranju. Ako ugovaratelj osiguranja ili jedan od osiguranika preda takav odštetni zahtjev ili pravo koje služi da se osigura takav zahtjev bez pristanka osiguratelja, osiguratelj je oslobođen od odgovornosti za naknadu ukoliko bi on mogao ostvariti naplatu iz odštetnog zahtjeva ili prava.
- (2) Ukoliko osiguranik primi naknadu troškova koje je pretrpio ili primi naknadu od treće osobe odgovorne za štetu ili kao rezultat drugih

zakonskih propisa, osiguratelj je ovlašten odbiti taj iznos od naknade plative prema polici osiguranja, odnosno regresirati isplaćeni iznos ako je osiguraniku već isplatio naknadu.

- (3) Zahtjev za naknadu iz osiguranja osiguranik ne može niti založiti niti prenijeti na druge osobe.

POSTUPAK IZVANSUDSKOG RJEŠAVANJA SPOROVA

Članak 17.

- (1) Ugovorne strane suglasne su da će sve sporove koji proizađu iz ovog ugovora o osiguranju, u vezi s njim ili u vezi s njegovim naknadnim izmjenama i dopunama, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede, prestanka ili tumačenja, prvenstveno pokušati riješiti sporazumno u izvansudskom postupku kod Osiguratelja, a prema pravilima Osiguratelja o internom postupku rješavanja pritužbi stranaka.
- (2) Ugovorne strane suglasne su da će o svim prigovorima, zahtjevima ili spornim pitanjima proizašlim iz ugovora o osiguranju osobe ovlaštene za njihovo podnošenje, odnosno koje imaju pravni interes za njihovo podnošenje sukladno stavku 1. ovog članka izvijestiti Osiguratelja u roku od 15 dana od kad su primile odluku s kojom su nezadovoljne odnosno saznale za činjenicu koja je razlog prigovora ili zahtjeva.
- (3) Podnesci iz stavka 2. ovog članka dostavljaju se na adresu sjedišta Osiguratelja isključivo u pisanom obliku, putem pošte, telefax uređaja ili elektroničke pošte uz naznaku osobnog imena, ili ako je pravna osoba: naziva tvrtke, te imena odgovorne osobe podnositelja, adrese odnosno sjedišta podnositelja, predmeta i jasnih razloga podnošenja, jasnog sadržaja zahtjeva, dokaza kada ih je moguće priložiti, kao i isprava ako nisu bile razmatrane, potpisa podnositelja i nadnevka te punomoći ako je podnositelj zastupan po punomoćniku.
- (4) O odlukama postupka rješavanja pritužbi stranaka Osiguratelj će pismeno izvijestiti podnositelja u propisanim rokovima.
- (5) Ako ugovorne strane ne uspiju sporazumno riješiti sporna pitanja mogu nastaviti postupak mirenja u okviru izvansudskog rješavanja sporova pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje. Ako sporovi ne budu riješeni mirenjem pred Centrom za mirenja u roku od 60 dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku koji stranke dogovore, stranke neće imati nikakvih obveza prema ovoj odredbi.
- (6) U slučaju sudskog spora stranke ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu i primjenjuje se hrvatsko pravo.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 18.

Za odnose između Merkur osiguranja d.d., osiguranika, ugovaratelja i korisnika, te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.

U primjeni od 01. prosinca 2015. godine