

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

- 1.1. Dodatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- 1.2. 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.
- 1.3. Dodatno zdravstveno osiguranje ne obuhvaća hitne slučajeve (hitnu medicinsku pomoć) u bilo kojem obliku.
- 1.4. Na polici osiguranja iskazana su ugovorena pokrića iz dodatnog zdravstvenog osiguranja, kao i ugovoreni iznosi osiguranja. Iznosi osiguranja predstavljaju gornju granicu obveze osiguratelja u jednoj osigurateljnoj godini za ugovoreno pokriće (u daljnjem tekstu: godišnji limit) osim ako policom osiguranja nije drugačije ugovoreno.
- 1.5. Važeći Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ovi Posebni uvjeti, polica dodatnog zdravstvenog osiguranja i ponuda za sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju sa zdravstvenim upitnikom sastavni su dio ugovora o osiguranju.
- 1.6. Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju prema ovim Uvjetima osiguranja sklapa se na vrijeme od najmanje godinu dana uz mogućnost produženja sukladno odredbama Općih uvjeta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- 1.7. Iskaznica dodatnog zdravstvenog osiguranja je isprava koju izdaje Osiguratelj, a istom se dokazuje status osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- 1.8. Trošak izdavanja iskaznice snosi Osiguratelj.
- 1.9. Nestanak ili gubitak iskaznice osiguranik je dužan usmeno prijaviti Osiguratelju odmah po saznanju, a potom i pisanim putem u daljnjem roku od 8 dana. Troškove izdavanja nove iskaznice snosi ugovaratelj osiguranja.
- 1.10. U slučaju raskida ugovora o osiguranju, osiguranik je dužan vratiti iskaznicu. Za sve troškove učinjene nakon prestanka osiguranja terećenje se ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik osobno.

SKLAPANJE UGOVORA O DODATNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Članak 2.

- 2.1. Prema ovim Posebnim uvjetima može se osigurati fizička osoba pristupne dobi od 0 do najviše 75 godina. Starost osiguranika pri isteku osiguranja može biti najviše 77 godina.
- 2.2. Svaka osoba koja želi biti osigurana dodatnim zdravstvenim osiguranjem mora imati utvrđen status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja. Gubitkom statusa osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja osoba gubi status osiguranika dodatnog zdravstvenog osiguranja.
- 2.3. Duševno bolesne osobe ili osobe lišene poslovne sposobnosti se ne mogu osigurati.
- 2.4. Osiguratelj ima pravo korekcije premije s obzirom na rizik koji osiguranik za njega predstavlja (dob, zdravstveno stanje osiguranika) kako prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, tako i prilikom produženja (obnove) osiguranja.
- 2.5. Osiguranik je prije sklapanja ugovora o osiguranju, kao i za vrijeme njegova trajanja, dužan dostaviti Osiguratelju na njegov zahtjev svu potrebnu medicinsku dokumentaciju kako bi isti mogao pravodobno i istinito utvrditi zdravstveno stanje Osiguranika te sukladno tome utvrditi, odnosno po potrebi korigirati, visinu premije osiguranja.

VRSTA I OPSEG OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

Članak 3.

- 3.1. Prema ovim Uvjetima osiguranja ugovara se jedno ili više osigurateljnih pokrića definiranih člankom 4. ovih Uvjeta. Opseg ugovorenog pokrića i godišnji limiti utvrđeni su policom osiguranja, a sukladno važećem cjeniku Osiguratelja.

OSIGURATELJNA POKRIĆA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 4.

4.1. SPECIJALISTIČKI LIJEČNIČKI PREGLEDI

- 4.1.1. Osiguravajuća zaštita obuhvaća specijalističke preglede svih specijalnosti po utvrđenoj medicinskoj indikaciji zbog bolesti ili posljedica nezgode, te preventivne preglede sukladno točki 4.1.2., a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja.

- 4.1.2. Kada je to policom osiguranja određeno, osiguravajuća zaštita obuhvaća jedan preventivni pregled specijaliste ginekologa u svakoj osigurateljnoj godini – između dva preventivna ginekološka pregleda mora proći najmanje 12 mjeseci (police Comfort, Optimal, Exclusive).

Osiguravajuća zaštita za djecu do šeste godine starosti obuhvaća mogućnost obavljanja preventivnog pregleda po ortopedu dva puta godišnje u svakoj osigurateljnoj godini (polica Kid).

Za vrijeme trajanja trudnoće osiguravajuća zaštita obuhvaća pravo na najviše četiri redovita kontrolna pregleda ginekologa (police Exclusive, Company). Ostali pregledi tijekom trudnoće dostupni su na medicinsku indikaciju.

- 4.1.3. Kada je to policom osiguranja određeno, osiguranik, nakon što iskoristi maksimalno utvrđeni godišnji limit za specijalističke preglede, u slučaju potrebe (utvrđene medicinske indikacije zbog bolesti ili nezgode), ima pravo koristiti specijalističke preglede i preko godišnjeg limita, a uz uvjet sudjelovanja u trošku svakog idućeg specijalističkog pregleda u visini 50% od utvrđene cijene. Navedeno pravo osiguranik ostvaruje za specijalističke preglede obavljene samo u ugovornim zdravstvenim ustanovama Osiguratelja na osnovi medicinske indikacije i uz uvjet izvršene narudžbe zdravstvene usluge putem MedUNIQA.

- 4.1.4. Iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene usluge iz točke 4.1.3. ovoga članka osiguranik plaća direktno zdravstvenoj ustanovi u kojoj je obavio zdravstvenu uslugu. Ukoliko Osiguratelj plati zdravstvenoj ustanovi ukupan trošak usluge, osiguranik mu je dužan vratiti iznos sudjelovanja u troškovima u roku od 14 dana od dana zahtjeva za povrat (regres).

4.2. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

- 4.2.1. Osiguravajuća zaštita obuhvaća sve dijagnostičke postupke po utvrđenoj medicinskoj indikaciji zbog bolesti ili nezgode (npr. laboratorijska dijagnostika: hematologija, biokemija krvi i urina, radiologija: RTG pretrage, ultrazvuk kontrastne pretrage i dr.), te preventivne dijagnostičke postupke sukladno točki 4.2.2., a u u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja, s izuzetkom CT i NMR dijagnostičkih postupaka. Osiguravajuća zaštita obuhvaća jedan CT jednog segmenta i jedan MR jednog segmenta tijekom trajanja police osiguranja (jednom u dvije godine osiguranja kada je ugovoreno trajanje osiguranja dvije godine, odnosno jednom u godinu dana kada je ugovoreno trajanje osiguranja jedna godina) temeljem medicinske indikacije liječnika specijalista odgovarajuće specijalnosti ukoliko postojeći godišnji limit to dozvoljava, a u slučaju prelaska godišnjeg limita sukladno odredbama točke 4.2.4.

- 4.2.2. Kada je to policom osiguranja određeno, osiguravajuća zaštita obuhvaća jedan UZV pregled i PAPA test u svakoj osigurateljnoj godini, te UZV dojki u svakoj drugoj osigurateljnoj godini za žene starije od 30 godina (police Comfort, Optimal, Exclusive).

Osiguravajuća zaštita obuhvaća jedan laboratorijski test PSA (prostatni specifični antigen) u osigurateljnoj godini, te jedan UZV pregled prostate u svakoj drugoj osigurateljnoj godini za muškarce starije od 30 godina (police Comfort, Optimal, Exclusive).

Osiguravajuća zaštita za djecu do šeste godine starosti obuhvaća mogućnost obavljanja UZV pregleda kukova dva puta godišnje u svakoj osigurateljnoj godini (polica Kid).

- 4.2.3. Za vrijeme trajanja trudnoće osiguravajuća zaštita obuhvaća pravo na najviše četiri redovita kontrolna trudnička 2 D UZV pregleda (police Exclusive, Company). Ostale pretrage i postupci tijekom trudnoće, uključujući 3D-4D UZV, dostupni su na medicinsku indikaciju.

- 4.2.4. Kada je to policom osiguranja određeno, osiguranik, nakon što iskoristi maksimalno utvrđeni godišnji limit za dijagnostičke postupke, u slučaju potrebe (utvrđene medicinske indikacije zbog bolesti ili nezgode), ima pravo koristiti dijagnostičke postupke i preko godišnjeg limita, a uz uvjet sudjelovanja u trošku svakog idućeg dijagnostičkog postupka u visini 50% od utvrđene cijene. Navedeno pravo osiguranik ostvaruje za dijagnostičke postupke obavljene samo u ugovornim zdravstvenim ustanovama Osiguratelja na osnovi medicinske indikacije i uz uvjet izvršene narudžbe zdravstvene usluge putem MedUNIQA.

- 4.2.5. Iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene usluge iz točke 4.2.4. ovoga članka osiguranik plaća direktno zdravstvenoj ustanovi u kojoj je obavio zdravstvenu uslugu. Ukoliko Osiguratelj plati zdravstvenoj ustanovi ukupan trošak usluge, osiguranik mu je dužan vratiti iznos sudjelovanja u troškovima u roku od 14 dana od dana zahtjeva za povrat (regres).
- 4.3. ORTOPEDSKA I DRUGA POMAGALA**
- 4.3.1. Ako je ugovoreno pokriva ortopedskih i dr. medicinskih pomagala, osiguravajuća zaštita obuhvaća pravo osiguranika na naknadu za predmetna pomagala (npr. naočale, leće, proteze, itd.) koja nisu priznata obveznim zdravstvenim osiguranjem ili su priznata, ali nižeg standarda, i to u opsegu i do godišnjeg limita određenog policom osiguranja.
- 4.3.2. Samopridržaj osiguranika je 30% od cijene pomagala.
- 4.3.3. Pravo osiguranika na pokriva troškova za ortopedska i dr. medicinska pomagala utvrđuje se prema medicinskoj indikaciji liječnika specijaliste sukladno odredbama Općih uvjeta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i važećeg Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.
- 4.3.4. Osiguranik stječe pravo na pokriva troškova za ortopedska i dr. medicinska pomagala ako je protekao propisani rok upotrebe pomagala prema odredbama Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, uz izuzetak očnih pomagala gdje osiguranik ima pravo na jedno pomagalo (ili par) svake druge godine, osim ako tijekom osiguranja dođe do promjene dioptrije za više od 1. Ukoliko dođe do promjene dioptrije za više od 1, osiguranik stječe pravo na pokriva troškova za očna pomagala (stakla i okviri, kontaktne leće) onoliko puta koliko se puta promjeni dioptrija. Promjena dioptrije dokazuje se odgovarajućom medicinskom dokumentacijom koja mora biti dostavljena Osiguratelju. Posljednji nalaz liječnika specijaliste ne smije biti stariji od 3 mjeseca.
- 4.3.5. Pravo osiguranika na naknadu troškova za očna pomagala ograničeno je na 1.000,00 kn u jednoj osigurateljskoj godini (godišnji podlimit).
- 4.3.6. Ugovaratelj/osiguranik je dužan kod sklapanja osiguranja osiguratelju prijaviti korištenje ortopedskog ili dr. medicinskog pomagala.
- 4.3.5. Iz osiguravajućeg pokriva izuzeti su troškovi za ortopedska i druga medicinska pomagala ukoliko je pomagalo oštećeno ili uništeno zbog namjere ili krajnje nepažnje osiguranika.
- 4.3.6. Iz osiguravajućeg pokriva izuzeti su troškovi za stomatološka pomagala (npr. aparatići za zube, proteze i sl.).
- 4.3.7. Iz osiguravajućeg pokriva izuzeti su troškovi za pomoćna sredstva (zdravstvena pomagala) kao što su npr.: irigatori, vrećice s ledom, pumpice za izdajanje mlijeka, štrcaljke za ispiranje usta, električni termofori, toplomjeri te uređaji i pomagala za njegu tijela i bolesničku njegu.
- 4.4. STOMATOLOŠKE USLUGE**
- 4.4.1. Ako je ugovoreno pokriva stomatoloških usluga, osiguravajuća zaštita obuhvaća pravo osiguranika na pokriva stomatoloških usluga po utvrđenoj medicinskoj indikaciji, a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja.
- 4.4.2. Samopridržaj osiguranika iznosi 30% od troška svake usluge.
- 4.4.3. Stomatološke usluge obuhvaćene osiguravajućim pokrivačem su:
1. usluge iz restorativne stomatologije (npr.: ispuni zubiju),
 2. interdisciplinarne usluge (npr.: pregled, ponovni pregled, ortopantomografsko snimanje, lokalni - interoralni rentgenski snimak s očitanjem, anestezije),
 3. usluge profilakse paradontnih bolesti (npr.: odstranjivanje mekih i tvrdih zubnih naslaga),
 4. usluge iz oralne kirurgije (npr.: vađenje zuba s anestezijom, vađenje zuba sa separacijom s anestezijom).
- 4.4.4. Iz pokriva se izuzima stomatološka protetika i endodoncija.
- 4.5. FIZIKALNA TERAPIJA**
- 4.5.1. Ako je ugovoreno pokriva fizikalne terapije, osiguravajuća zaštita obuhvaća pravo osiguranika na ambulatnu fizikalnu terapiju po utvrđenoj medicinskoj indikaciji, a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja.
- 4.5.2. Samopridržaj osiguranika iznosi 30% od troška svake usluge.
- 4.5.3. Iz pokriva je izuzeta fizikalna terapija koja se provodi stacionarno. Boravak se smatra stacionarnim ukoliko osiguranik boravi u ustanovi (bolnica, toplice i sl.) najmanje 24h.
- 4.6. MALI OPERACIJSKI ZAHVATI**
- 4.6.1. Ako je ugovoreno pokriva malih operacijskih zahvata, osiguravajuća zaštita obuhvaća pravo osiguranika na pokriva ambulantnih, malih operacijskih zahvata (npr.: ateromi, furunkuloza, veruke, biopsije, kiretaža, laserska operacija hemeroida, katarakte, glaukoma, itd.) po utvrđenoj medicinskoj indikaciji, a u opsegu i do godišnjeg limita određenih policom osiguranja.
- 4.6.2. Samopridržaj osiguranika iznosi 30% od troškova svakog zahvata.
- 4.6.3. Iz pokriva su izuzeti oni operacijski zahvati koji zahtijevaju bolničko liječenje, odnosno stacionarni boravak u ustanovi. Boravak se smatra stacionarnim ukoliko operacijski zahvat zahtijeva boravak u ustanovi (bolnici) najmanje 24h.
- 4.7. SISTEMATSKI PREGLEDI**
- 4.7.1. OSNOVNI SISTEMATSKI PREGLED**
- Ako je ugovoreno pokriva osnovnog sistematskog pregleda Control, osiguravajuća zaštita obuhvaća:
- pregled liječnika specijaliste interne medicine ili medicine rada;
 - snimka elektrokardiograma;
 - ultrazvuk organa trbuha;
 - usluge medicinsko-biokemijskog laboratorija:
 - pretrage krvi: sedimentacija, kompletna krvna slika, GUK, kreatinin, bilirubin, transaminaze /AST, ALT, GGT/, kolesterol, trigliceridi, HDL, urati;
 - kompletna pretraga urina.
- 4.7.2. PROŠIRENI SISTEMATSKI PREGLED**
- Ako je ugovoreno pokriva proširenog sistematskog pregleda, osiguravajuća zaštita uvijek obuhvaća sadržaj osnovnog sistematskog pregleda.
- Ovisno o ugovorenom pokriva, razlikujemo sljedeće varijante proširenog sistematskog pregleda:
- Prošireni sistematski pregled Control PLUS A uz osnovni sistematski pregled obuhvaća i pregled liječnika specijaliste ginekologa, PAPA test, TVS ili TAS, UZV dojki za mlade od 40 godina ili mamografiju za starije od 40 godina.
- Prošireni sistematski pregled Control IDEAL A uz Control PLUS A obuhvaća i TSH, stolicu na okultno krvarenje na indikaciju i UZV štitnjače na indikaciju.
- Prošireni sistematski pregled Control EXTRA A uz Control IDEAL A obuhvaća i pregled liječnika specijaliste oftalmologa, ergometriju ili UZV srca na indikaciju.
- Prošireni sistematski pregled Control MAXI A uz Control PLUS A obuhvaća i pregled oftalmologa, stolicu na okultno krvarenje, UZV štitnjače, TSH, denzitometrija na indikaciju, ergometrija ili UZV srca na indikaciju.
- Prošireni sistematski pregled Control PLUS B uz osnovni sistematski pregled obuhvaća i UZV prostate i PSA na indikaciju.
- Prošireni sistematski pregled Control IDEAL B uz Control PLUS B obuhvaća i urološki pregled na indikaciju, ergometriju ili UZV srca na indikaciju, stolicu na okultno krvarenje na indikaciju, UZV štitnjače na indikaciju, TSH na indikaciju.
- Prošireni sistematski pregled Control EXTRA B uz Control IDEAL B obuhvaća i pregled liječnika specijaliste oftalmologa.
- Prošireni sistematski pregled Control MAXI B uz osnovni sistematski pregled obuhvaća i pregled liječnika specijaliste oftalmologa, UZV prostate, PSA, urološki pregled, stolicu na okultno krvarenje, ergometriju ili UZV srca, UZV štitnjače, TSH.
- 4.7.3. Tijekom trajanja osiguranja, osiguranik ima pravo na jedan sistematski pregled u dvije godine osiguranja, osim ako nije drugačije ugovoreno policom osiguranja.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 5.

- 5.1. Pravo na zdravstvenu zaštitu osiguranik može ostvariti unutar i izvan mreže ugovornih zdravstvenih ustanova UNIQA u Republici Hrvatskoj, a iznimno po određenim ugovorenim pokrivačima i u inozemstvu (Europa).
- 5.2. U slučaju nastupa osiguranog slučaja osiguranik ima pravo na vlastiti izbor liječnika.
- 5.3. U slučaju nastupa osiguranog slučaja, potrebni specijalistički pregledi, dijagnostički postupci, stomatološke usluge, fizikalna terapija, mali operacijski zahvati, sistematski pregledi i druge zdravstvene usluge prema ugovorenom pokrivač, obavljaju se bez uputnica liječnika opće prakse i u vrijeme koje odgovara osiguraniku, u pravilu nakon javljanja osiguranika dežurnoj medicinskoj telefonskoj službi Osiguratelja – (MedUNIQA) koja za osiguranika po utvrđenoj medicinskoj indikaciji ugovara s ugovornim zdravstvenim ustanovama termin obavljanja zdravstvene usluge.
- 5.4. Iznimno, u slučaju da su specijalistički pregledi, dijagnostički postupci, stomatološke usluge, fizikalna terapija i mali operacijski zahvati obavljeni izvan ugovorne mreže zdravstvenih ustanova, osiguranik se ne mora prije obavljanja zdravstvene usluge javiti MedUNIQA. U tom slučaju osiguranik plaća zdravstvenu uslugu prilikom obavljanja iste, a Osiguratelj će izvršiti povrat sredstava za učinjeno zdravstveno

uslugu prema cjeniku Osiguratelja (za istovrsnu zdravstvenu uslugu), a najviše do ugovorenog godišnjeg limita prema sklopljenom ugovoru o osiguranju i uz prethodno utvrđenu medicinsku indikaciju za predmetnu zdravstvenu uslugu. Za ostvarenje prije navedenog, osiguranik je dužan dostaviti Osiguratelju izvornik računa za izvršenu zdravstvenu uslugu koji glasi na ime osiguranika i relevantan nalaz liječnika specijaliste.

- 5.5. Na zahtjev Osiguratelja, osiguranik je dužan dostaviti svu medicinsku dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja, a sukladno važećim Općim uvjetima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Članak 6.

- 6.1. MedUNIQA je na raspolaganju osiguranicima medicinskim savjetom i narudžbom za zdravstvene usluge svakog dana od 0 do 24 sata dnevno. Broj telefona MedUNIQA nalazi se na iskaznici osiguranika.
- 6.2. Isplata osigurnine za izvršene zdravstvene usluge ostvarene bez posredovanja MedUNIQA vrši se na račun osiguranika u roku 14 dana od dana zaprimanja prijave. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi 30 dana. Ukoliko Osiguratelj neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku 30 dana od dana zaprimanja prijave, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma.
- 6.3. Medicinska dokumentacija koja se prilaže računu služi kao dokaz da je osiguranik koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju.
- 6.4. Medicinska dokumentacija se dostavlja na zahtjev Osiguratelja, a mora sadržavati sve podatke potrebne da Osiguratelj odredi osnov i visinu svoje obveze.
- 6.5. Pod pojmom «kontrola računa i medicinske dokumentacije» podrazumijeva se provjera cijena obavljenih zdravstvenih usluga i pregled medicinske dokumentacije od strane ovlaštenog medicinskog osoblja Osiguratelja.
- 6.6. U slučaju da je osiguranik iz bilo kojih razloga spriječen obaviti zdravstvenu uslugu koju je ugovorio putem MedUNIQA, isti je obvezan najkasnije 24 sata prije ugovorenog termina otkazati ugovorenu uslugu dežurnom liječniku 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.

RAZDOBLJE ČEKANJA

Članak 7.

- 7.1. Osiguranik osiguravajuću zaštitu po sklopljenom ugovoru o osiguranju može početi koristiti po proteku općeg razdoblja čekanja koje je određeno u trajanju od 15 dana, a pod uvjetom da je plaćena premija, odnosno premijski obrok kako je to utvrđeno Općim uvjetima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

7.2. Ukoliko je ugovoreno pokrće malih oprecijskih zahvata, na isto se primjenjuje poseban rok čekanja od 4 (četiri) mjeseca.

7.3. Osiguravajuća zaštita po sklopljenom ugovoru o osiguranju vezana uz porodaj, pobačaj, pretrage i liječenja vezana uz trudnoću postoji nakon isteka općeg razdoblja čekanja kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja. Za trudnoću za koju je predviđen termin poroda prije proteka roka od 9 (devet) mjeseci, računajući od dana početka ugovora o osiguranju, zdravstvene usluge iz ugovora o osiguranju vezane uz navedenu trudnoću nisu u pokriću.

7.4. Pod razdobljem čekanja podrazumijeva se razdoblje u kojem Osiguratelj nije u obvezi pružiti pokrće iz sklopljenog ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju. Razdoblje čekanja računa se od početka osiguranja.

7.5. Opće ni posebno razdoblje čekanja ne primjenjuje se kod produženja, odnosno obnove osiguranja ukoliko je premija za novo osiguranje plaćena do dana isteka postojećeg ugovora o osiguranju, odnosno najkasnije 8 dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.

7.6. Opće razdoblje čekanja ne primjenjuje se ukoliko su troškovi zdravstvene zaštite uzrokovani nezgodom.

7.7. Odredbe ovog članka ne primjenjuju se za pokrće sistematskih pregleda koje osiguranik može početi koristiti od prvog dana osiguranja.

ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 8.

- 8.1. Ako se tijekom osiguranja zdravstveno stanje osiguranika izmijeni tako da je potrebno povećanje premije osiguranja, Osiguratelj će u roku 30 dana od saznanja za navedenu promjenu obavijestiti ugovaratelja osiguranja i pozvati ga da prihvati navedenu izmjenu ugovora. Ako ugovaratelj osiguranja u roku 14 dana od dana primitka obavijesti ne prihvati izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim istekom tekuće osigurateljne godine.

U primjeni od 30.05.2014.