

POSEBNI UVJETI ZA OSIGURANJE DRUGOG LIJEČNIČKOG MIŠLJENJA

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Osiguranje drugog liječničkog mišljenja ugovara se kao pridruženi program uz Dodatno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Osnovni program).

(2) Ugovor o osiguranju drugog liječničkog mišljenja sklapa se prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju Osnovnog programa kod Osiguratelja i prati pravnu sudbinu Osnovnog programa.

(2) Uz Opće uvjete za dodatno zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Opći uvjeti*) sastavni dio Ugovora o osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja sklapa s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*) su i Posebni uvjeti za osiguranje drugog liječničkog mišljenja (*u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti*).

(3) Prava navedena u Posebnim uvjetima pripadaju isključivo Osiguranicima te se ne mogu prenositi na druge osobe. Izrazi koji se koriste u ovim Posebnim uvjetima, a imaju rodno značenje, koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski rod.

II. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 2.

(1) Osiguranik ostvaruje pravo na jednu uslugu drugog liječničkog mišljenja u osigurateljnoj godini za zdravstvena stanja iz članka 3. Posebnih uvjeta koja su prvi puta dijagnosticirana za vrijeme trajanja osiguratelnog pokrića Ugovora o osiguranju drugog liječničkog mišljenja.

(2) Osiguranik ima pravo na drugo liječničko mišljenje koje pružaju specijalisti ili subspecijalisti u Republici Hrvatskoj iz ugovornih ustanova Osiguratelja, a koje treba pomoći Osiguraniku i njegovu liječniku da donesu odluku glede dijagnoze i/ili liječenja.

(3.) Drugo liječničko mišljenje sastoji se od pisane procjene medicinske dokumentacije od strane odgovarajućeg specijaliste ili subspecijaliste i po potrebi tumačenja nalaza CT, MRI, RTG, UZV, drugih radioloških pretraga ili patoloških/ patohistoloških pretraga, dijagnoze i/ili plana liječenja.

(4) Da bi se zahtjev za drugo liječničko mišljenje smatrao cjelovitim, potrebno je predati svu dokumentaciju navedenu u članku 5. stavak 2. ovih Posebnih uvjeta, a vezano uz zdravstveno stanje Osiguranika. Ako Osiguranik naknadno dostavlja medicinsku dokumentaciju ili postavlja dodatna pitanja smatrat će se da je predao novi zahtjev, bez obzira na to što se odnosi na isto zdravstveno stanje.

(5) Osiguratelj se obvezuje da će drugo liječničko mišljenje biti izrađeno i dostavljeno Osiguraniku u roku od 15 radnih dana od dana podnošenja kompletiranog zahtjeva.

Članak 3.

(1) Osiguranik ima pravo na drugo liječničko mišljenje za sljedeća akutna, komplicirana i ozbiljna zdravstvena stanja:

1. Maligne bolesti;
2. Bolesti kralježnice (diskus hernije, tumori leđne moždine);
3. Degenerativne bolesti velikih zglobova (koljena, kuka i ramena);
4. Bolesti centralnog živčanog sustava;
5. Bolesti perifernog živčanog sustava;
6. Bolesti povezane s visokim krvnim tlakom;
7. Koronarne bolesti srca;
8. Prirodene i stečene greške srca;
9. Aritmije srca;
10. Zatajivanje srca;
11. Bolesti oči (katarakta, glaukom);
12. Kronične upale bubrega;
13. Kroničnog zatajenja bubrega;
14. Kroničnog zatajenja jetra;
15. Kroničnog zatajenja gušterače.

(2) Period počeka (karenca) za vrijeme kojeg Osiguratelj nije u obvezi pružanja osiguratelnog pokrića ukoliko osigurani slučaj nastupi, utvrđuje se u trajanju perioda počeka Osnovnog programa.

Članak 4.

(1) Drugo liječničko mišljenje prema ovim Posebnim uvjetima neće se pružati za zdravstvena stanja koja su nastala vezano uz:

1. pokušaja samoubojstva, povreda koje je Osiguranik sam sebi nanio ili povreda nanesenih od strane treće osobe s Osiguranikovom privolom;
2. uporabu alkohola ili droge;
3. radioaktivne kontaminacije;
4. trovanja ili udisanja otrovnih plinova.

III. PODNOŠENJE ZAHTEVA ZA DRUGO LIJEČNIČKO MIŠLJENJE

Članak 5.

(1) Zahtjev za drugo liječničko mišljenje Osiguratelju podnosi Osiguranik ili od njega opunomoćena osoba. U slučaju nesposobnosti Osiguranika za davanje punomoći, zahtjev podnosi zakonski zastupnik, odnosno skrbnik Osiguranika.

(2) Podnositelj zahtjeva dužan je dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju koja u pravilu uključuje sljedeće:

1. nalaz pregleda Osiguranika obavljen unutar šezdeset (60) dana prije dana kada je zatraženo drugo liječničko mišljenje;
2. detaljnu povijest sadašnje bolesti;
3. detaljnu raniju anamnezu;
4. kompletnu medicinsku dokumentaciju s tim da relevantni nalazi za traženje drugog mišljenja nisu stariji od šezdeset (60) dana;
5. popis lijekova koje osiguranik uzima;
6. presliku zdravstvenog kartona obiteljskog liječnika;
7. bilo kakav drugi relevantni podatak iz dosadašnjeg života Osiguranika bitan za izradu drugog liječničkog mišljenja.

(3) Ukoliko podnositelj zahtjeva nije u mogućnosti pribaviti neke podatke potrebne za cjelovitu medicinsku dokumentaciju iz stavka 2. ovog članka, podnositelj zahtjeva je dužan to u zahtjevu navesti, isto kao i razloge zašto neki podaci nisu mogli biti pribavljeni. Ukoliko u takvom slučaju liječnici ne mogu izdati drugo liječničko mišljenje jer nedostaju neki neophodni podaci, predstavnik Osiguratelja će obavijestiti podnositelja zahtjeva o postupcima i dodatnim informacijama koje su potrebne kako bi se drugo liječničko mišljenje izdalo.

(4) Ukoliko podnositelj zahtjeva nije u mogućnosti prikupiti zatražene neophodne podatke ili izvršiti postupke koje su neophodni liječniku za izdavanje drugog liječničkog mišljenja, liječnik može na izričiti zahtjev podnositelja izdati drugo mišljenje na osnovu nepotpune medicinske dokumentacije.

(5) Iznimno, na zahtjev Osiguranika, drugom liječničkom mišljenju može prethoditi pregled. Troškove pregleda u tom slučaju snosi Osiguranik.

(6) Osiguratelj ne preuzima nikakvu odgovornost za prikupljanje cjelovite medicinske dokumentacije od strane podnositelja zahtjeva kao niti za istinitost, potpunost i ažurnost informacija prikupljenih od strane podnositelja zahtjeva.

(7) Osiguratelj ne preuzima nikakvu odgovornost glede izrade ili sadržaja drugog liječničkog mišljenja kao niti glede odluke Osiguranika i/ili podnositelja zahtjeva o načinu korištenja ili nekorištenja drugog liječničkog mišljenja.

IV. PREMIJA OSIGURANJA

Članak 6.

(1) Visina premije osiguranja odnosno ukupan iznos premije osiguranja i način plaćanja premije osiguranja navedeni su u Polici osiguranja. Ugovaratelj osiguranja je obaviješten o visini premije osiguranja prije nego je potpisao Policu osiguranja, odnosno prije nego je uplatio godišnju premiju osiguranja ili prvi obrok premije.

(2) Dinamika i način plaćanja premije osiguranja drugog liječničkog mišljenja prati dinamiku i način plaćanja premije osiguranja Osnovnog programa te se obračunava i plaća uz premiju osiguranja Osnovnog programa kao njegov sastavni dio.

V. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 7.

(1) U slučaju prestanka ili raskida Osnovnog programa osiguranja prestaje važiti i osiguranje drugog liječničkog mišljenja ugovoreno prema ovim Posebnim uvjetima.

Članak 8.

(1) Ovi Posebni uvjeti vrijede samo uz Opće uvjete.

(2) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uvjetima primjenjuju se odredbe Općih uvjeta.

(3) Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 15. ožujka 2019. godine.