



Želimo da vaše mogućnosti
ozdravljenja ne određuju
granice države

+ PEM

Suočavanje s težom bolešću stresno je već i bez brige o ispravnosti dijagnoze i liječenja.

Vrlo je vjerojatno da ćemo tijekom života barem jednom dobiti pogrešnu dijagnozu te da tijekom liječenja nećemo dobiti najbolju moguću pomoć i podršku koja nam je u tom trenutku potrebna. Čak ni dobro organizirani zdravstveni sustavi ne mogu uvijek ponuditi odgovarajuće rješenje za svakog pojedinca.

Odgovore na svakodnevna zdravstvena pitanja često tražimo na internetu. Kada bismo putem aplikacije imali pristup liječnicima specijalistima, mogli bismo ponekad izbjeći odlazak u čekaonicu, poštedjeti se putovanja i s njim povezanih briga te brzo dobiti dodatna pojašnjenja, informacije i stručno mišljenje.

Našim uslugama sumnje nestaju, a vaše mogućnosti liječenja znatno se proširuju.

Svakodnevna zdravstvena pitanja - usluga Abi

Napišite brzo pitanje ili uspostavite video poziv s hrvatskim liječnicima, koji su vam 24 sata i 7 dana u tjednu na raspolaganju u vašoj omiljenoj aplikaciji za dopisivanje (Messenger, WhatsApp, Viber, ...).

Ispravnost dijagnoze i plan liječenja - drugo ekspertno liječničko mišljenje

Odabrat ćemo jednog od vrhunskih svjetskih liječnika specijalista, koji će provjeriti ispravnost dijagnoze i liječenja. Vaš slučaj će temeljito proučiti i dobit ćete cjelovito, na hrvatski jezik prevedeno izvješće s preporukama, koje se temelje na najnovijim raspoloživim medicinskim spoznajama. Tako ćete biti potpuno sigurni u postavljenu dijagnozu.

Liječenje u najboljim klinikama u inozemstvu - Critical Advantage™

Critical Advantage™ nastupa kod težih dijagnoza – onda kada se pitamo kakve su naše mogućnosti liječenja i tko nam može pri tome najbolje pomoći. Kako odabirom najboljih klinika diljem svijeta, tako i organizacijom, provedbom i plaćanjem svega potrebnog, da se što bolje nosimo s najtežim zdravstvenim stanjima.

Personalizirana medicina – PEM

U najtežim slučajevima činimo više nego što je moguće u okvirima uobičajenog liječenja. S preciznom dijagnozom na temelju pregleda genetskih svojstava raka pojedinog pacijenta, podrškom pri uključivanju u kliničke studije i novim terapijama, koje kod nas još nisu odobrene.

Critical Advantage™ je vaša odlučujuća prednost

Drugo ekspertno liječničko mišljenje najboljih liječnika i liječenje težih bolesti u priznatim centrima diljem svijeta u vrijednosti do 1.000.000 EUR ili 2.000.000 EUR.

Pripada vam najbolja skrb i cjelovita podrška tijekom liječenja težih bolesti. Kada vam diagnosticiraju ozbiljnu bolest, kao što je rak, teže oboljenje srca, neurološke poteškoće, ili ako trebate transplantaciju organa, organiziramo liječenje i pokrивamo troškove liječenja u najboljim klinikama u inozemstvu.

Najbolje klinike u inozemstvu

Partnerska tvrtka Further pronaći će odgovarajućeg specijalista (među 50.000 odabranih najboljih) i najprimjereniju bolnicu za vašu dijagnozu u inozemstvu. Naši članovi se, između ostalog, liječe u klinikama MD Anderson u Madridu, Charité i Helios u Berlinu, Martini-Klinik am UKE u Hamburgu, u sveučilišnim bolnicama Leipzig, München i Rechts der Isar te na Europskom institutu za onkologiju u Milanu.

Cjelovita organizacija i plaćanje troškova

Naš pristup organizaciji liječenja u inozemstvu je cjelovit, a počinje na pragu vaših vrata. Uredimo termine, smještaj i putovanje do destinacije, gdje se nalazi odabrana klinika. Troškove pokrivamo i za pratiteljsku osobu po vašem izboru (kod djece za oba roditelja). Društvo ljudi, uz koje se ugodno osjećate i s kojima si kratite vrijeme, je kod teških zdravstvenih izazova izuzetno važno.

Na lokaciji će vas dočekati prevoditelj i uvijek ćemo vam biti na raspolaganju za bilo kakva pitanja i pomoć. Stoga se možete prepustiti našoj organizaciji i usredotočiti se na oporavak. Troškove pokriva francuska osiguravajuća kuća Axeria iard.

Premium Critical Advantage™

Paket s višim pokrićima, putovanjem u poslovnoj klasi, smještajem najviše kategorije, isplatom jednokratnog iznosa od 20.000 EUR nakon liječenja pokrivenne bolesti u inozemstvu te DNK analizom poduzeća GenePlanet (besplatno nakon dvije godine).

U suradnji s najboljima

Further Underwriting International SLU je tvrtka s dugogodišnjim iskustvima, koja u suradnji s najboljim specijaliziranim poduzećima, kao što je na primjer tvrtka Teladoc (ekspertna skupina liječnika Best Doctors), osigurava usluge drugog ekspertnog liječničkog mišljenja (Second Expert Medical Opinion) i organizacije liječenja u inozemstvu (Medical Concierge).

Because life matters most.

further®

Critical Advantage + PEM

Personalizirana medicina

Pravi način liječenja u pravo vrijeme – na temelju preciznog pregleda genetskih svojstava raka pojedinog pacijenta.

S paketom usluga Critical Advantage™ + PEM imate pristup naprednim genomskim testovima, kao što je Next Generation Sequencing (NGS) – s interpretacijom rezultata na najvišoj razini i produbljenim ekspertnim kliničkim izvješćem. Slijedi personalizirani plan liječenja raka prema molekularnom profilu osiguranika i vođenje pri sudjelovanju u kliničkim studijama.

Provedbu usluga nadzire tvrtka Further sa stručnim suradnicima, specijaliziranim na tom području. Usluga uključuje i pokrće povezanih troškova putovanja i smještaja te dnevnu naknadu za vrijeme fizičke prisutnosti radi potreba studije organizirane u bolnici ili klinici izvan opsega 100 kilometara od adrese prebivališta osiguranika.

**Kada je
personalizirana
medicina
najučinkovitija?**

- Kada prvobitni plan liječenja više ne djeluje
- Kod malignih oboljenja trećeg i četvrtog stadija
- Kod malignih oboljenja bez poznatog primarnog izvora
- Kod rijetkih oblika malignih oboljenja

**Kliničke
studije**

Kliničke studije međunarodno su prihvaćen oblik istraživačkog liječenja težih bolesti koji se provodi u inozemnim medicinskim centrima. Bez organizacijske i troškovne podrške teško su dostupne, u suradnji s tvrtkom Further te prepreke uklanjamo. Odabirom primjerene studije, administrativnom pomoći te plaćanjem putovanja, smještaja i drugih tekućih troškova.

**Pristup novim
terapijama
koje kod nas
još nisu u uporabi**

Za liječenje malignih oboljenja u naprednim stadijima imate pristup novim, naprednim načinima liječenja koji ciljaju specifične molekule – s ciljanim lijekovima, imunoterapijom i hormonskom terapijom.

**Testiranje
članova obitelji**

Genetsko testiranje specifičnih nasljednih mutacija kod opravdanih bližih članova obitelji (s ciljem ranog otkrivanja raka i usmjeravanja pri preventivnim pregledima), uključujući savjetodavnu podršku u slučaju pozitivnog rezultata.

Genetske mutacije mogu nastati spontano i često su potaknute okolišnim čimbenicima i čimbenicima životnog stila, ili se prenose nasljedno. Gdje je zabilježena nasljedna mutacija, za nju ćemo testirati i bliže članove obitelji.

Što učiniti kada dobijem dijagnozu teže bolesti?

Besplatni telefonski broj

0800 00 82 00

1

Nazovite nas

To je prvi korak. Naš liječnik primarijus u Hrvatskoj pregledat će vašu zdravstvenu dokumentaciju, nalaze i simptome i zajedno ćete se u telefonskom razgovoru odlučiti jesu li potrebne još kakve dodatne pretrage. Tako osiguravamo da ćete drugo ekspertno liječničko mišljenje jednog od vrhunskih svjetskih specijalista što bolje iskoristiti. Taj postupak nazivamo medicinski prijem. Asistent će vam ujedno objasniti sve o početku postupka drugog ekspertnog liječničkog mišljenja. Ono je ključno za potvrdu vaše dijagnoze i za daljnje preporuke glede najprimjerenijeg liječenja.

2

Riješimo vas sumnji

Second Expert Medical Opinion: prikupljamo vaše raspoložive i odgovarajuće zdravstvene podatke, kao što su dijagnoza, zdravstvena anamneza i nalazi. Zatim s tvrtkom Further odabiremo najprimjerenijeg stručnjaka koji će detaljnim izvješćem potvrditi vašu dijagnozu i preporučiti najprimjerenije liječenje. Prosljeđujemo vam prevedeno izvješće liječnika specijalista koje morate pažljivo proučiti. Zajedno se odlučujemo je li potrebno i liječenje u inozemstvu (u slučaju težih bolesti koje su uključene u pokriće liječenja u inozemstvu).

Kod suočavanja s težom bolešću pojavljuju se brojne sumnje. Odmah nas nazovite i zajedno ćemo ih pokušati što brže otkloniti.

Pažljivo pročitajte uputu za ostvarivanje zahtjeva za korištenje drugog ekspertnog liječničkog mišljenja i liječenja u inozemstvu.

3

Nudimo vam rješenja

Ako se sukladno preporukama liječnika specijalista odlučite za liječenje u inozemstvu, tvrtka Further korištenjem podatkovnih analiza pronaći će najprimjereniju bolnicu/zdravstvenu ustanovu i pomoći će odabrati najprimjereniju mogućnost. Naručit ćemo vas kod liječnika i pobrinuti se za prijem u bolnicu. Uredit ćemo sve potrebno za putovanje (avionske karte, prijevoz i smještaj). Za vas i za pratitelja po vašem izboru. Na lokaciji će vas dočekati prevoditelj koji će vam pomoći u razgovoru sa zdravstvenim osobljem.

4

Uvijek uz vas

Uvijek ćemo vam biti na raspolaganju, spremni na vaša pitanja. Kada nas budete trebali, pomoći ćemo vam sa svim pojašnjenjima, a tijekom cijelog postupka prosljeđivat ćemo vam sve potrebne informacije. Vi se naime morate usredotočiti na liječenje i na oporavak. Pokriveni su i lijekovi kupljeni u Hrvatskoj te eventualna daljnja njega u Hrvatskoj prema preporukama inozemnog liječnika specijalista.

Što još trebam znati?

Pokrivene bolesti i zdravstveni postupci za liječenje u inozemstvu

Liječenje malignih oboljenja

Liječenje malignih oboljenja uključuje liječenje svih malignih tumora, uključujući leukemiju, sarkom, limfom i melanomski rak kože.

Karakterizira ih nekontroliran rast i širenje malignih stanica te napad na tkiva. Uključeno je i liječenje premalignih i in-situ karcinoma koji su ograničeni na epitel područja nastanka i nisu prešli na stromu ili obližnja tkiva.

Kirurgija srca

Kirurški zahvat na srčanom mišiću, srčanim zaliscima ili glavnim krvnim žilama koje su neposredno povezane sa srcem.

Neurokirurgija

Uključuje sve kirurške zahvate na mozgu i/ili drugim intrakranijalnim strukturama kao i na benignim tumorima lociranim u kralježničnoj moždini.

Transplantacija organa/tkiva živog donora

Uključuje kiruršku transplantaciju bubrega, dijela jetre, plućnog režnja, dijela gušterače ili koštane srži koju daruje živa, kompatibilna osoba. Kod transplantacije koštane srži može se raditi i o transplantaciji uzgojenih stanica osiguranika.

Transplantacija koštane srži

Autologna ili alogena transplantacija stanica koštane srži ili matičnih stanica periferne krvi.

Teritorijalna valjanost

Ova usluga pokriva troškove liječenja bolesti i medicinskih postupaka obuhvaćenih ovim osiguranjem, bilo gdje u svijetu, osim u Hrvatskoj. Osiguranik mora imati stalno prebivalište u Hrvatskoj te ne smije boraviti u inozemstvu dulje od 91 uzastopnog dana godišnje.

Dobne granice

- Najniža pristupna dob: 31 dan
- Najviša pristupna dob: 64 godine
- Valjano do dobi od najviše 84 godine

Osigurane svote i ograničenja

Usluga uključuje drugo stručno liječničko mišljenje i pokriće troškova liječenja u inozemstvu do 1.000.000 eura godišnje (u paketu Standard Critical Advantage™), za pojedinačni slučaj tijekom razdoblja od tri godine. Detaljni iznosi navedeni su u tablici na sljedećoj stranici.

Zdravstveno stanje

Na početku sklapanja ispunjavate zdravstveni upitnik. Kod paketa Critical Advantage™ vrijede ograničenja za određena zdravstvena stanja za razdoblje posljednjih deset godina. O životnom stilu ne pitamo.

Trajanje i otkaz ugovora

Ugovor se svake godine automatski obnavlja. Ako više ne želite obnovu, o tome nas pisano obavijestite najmanje dva mjeseca prije datuma isteka, zapisanog na polici. S istekom valjanosti ugovora prestaju sva pokrića. Od ugovora možete odustati i u prvih 14 dana od početka valjanosti.

Critical Advantage™

Usluge i osigurane svote		Standard + PEM	Premium + PEM
Abi – hrvatski liječnici putem aplikacija za dopisivanje		✓	✓
Drugo ekspertno liječničko mišljenje bez karencije		✓	✓
Organizacija liječenja u inozemstvu (Medical Concierge)		✓	✓
+ PEM	Plan liječenja na temelju genetske analize raka s podrškom ekspertne skupine	✓	✓
	Organizacijska podrška i pokriće troškova kod kliničkih studija u inozemstvu	✓	✓
	Testiranje članova obitelji za nasljedne mutacije	✓	✓
	Nove terapije koje kod nas još nisu odobrene	✓	✓
Liječenje pokrivenih bolesti godišnje do		1.000.000 EUR	2.000.000 EUR
Doživotno ograničenje		2.000.000 EUR	4.000.000 EUR
Naknada za bolnički dan		100 EUR	200 EUR
Pokriće troškova lijekova kupljenih u Hrvatskoj		50.000 EUR	50.000 EUR
Kategorija hotela		3 do 4*	5*
Prijevoz avionom/vlakom		Ekonomski razred	Poslovni razred
Isplata 20.000 € nakon prve terapije		✗	✓
GenePlanet Premium DNA		✓ **	✓ **

* U skladu s uvjetima koji vrijede prema polici i Općim uvjetima.

U godišnji i doživotni limit uključeni su i troškovi prijevoza i smještaja osiguranika i pratitelja koji putuje zajedno s osiguranikom zbog liječenja pokrivena bolesti. Detaljne definicije i osigurane svote navedene su u općim uvjetima i polici osiguranja. Osigurane svote za bolnički dan i troškove lijekova uključene su u godišnji i doživotni limit osiguranih svota.

** Doplata za Premium DNA analizu: 100 EUR u prvoj godini korištenja, 50 EUR u drugoj godini, a od treće godine nadalje bez doplate.

Premium Critical Advantage™ također uključuje isplatu jednokratne osigurane svote u iznosu od 20.000 EUR nakon povratka s liječenja u inozemstvu. Uvjet za isplatu osigurane svote je da je provedena prva terapija liječenja ili medicinski postupak, odobren od strane društva Further na temelju prethodne zdravstvene potvrde, zbog kojeg je osiguranik bio hospitaliziran najmanje tri noći.

Abi – Hrvatski liječnici putem aplikacija za dopisivanje i videopoziv



Abi pomaže kod svakodnevnih zdravstvenih pitanja koja ne zahtijevaju klinički pregled. Nudi trenutačne odgovore koje biste inače tražili na internetskim tražilicama ili za njih nepotrebno sjedili u čekaonici.

Naši članovi uz pomoć usluge Abi najčešće provjeravaju simptome, traže dodatne informacije i stručno mišljenje, žele tumačenje nalaza i rezultata pretraga te savjete o lijekovima i terapiji. U manjoj mjeri traže i savjete o tome trebaju li se obratiti liječniku ili specijalistu.

Najviše upita odnosi se na područja opće medicine, dermatologije, ortopedije i traumatologije te kardiologije, a slijede ginekologija i savjetovanje o dojenju.

Usluga Abi posebno je praktična za roditelje male djece jer može pomoći izbjeći poneki nepotrební odlazak pedijatru. Naime, pitanje je moguće postaviti i za članove obitelji ili prijatelje, a s pedijatrom se moguće brzo

Stručne odgovore na svakodnevna zdravstvena pitanja pribavljamo brzo i jednostavno.

Time vam štedimo vrijeme i pomažemo da brže donesete informirane odluke o daljnjem postupanju. Prosječno vrijeme za pisani odgovor liječnika kraće je od 5 minuta, dok se na videopoziv u prosjeku čeka manje od 15 minuta. Korisnici su kvalitetu liječničkih odgovora dosad ocijenili prosječnom ocjenom 4,7.

Doma sam zaboravio tablete za nadomještanje hormona štitnjače. Hoće li biti problema ako ih dva puta ne uzmem? Hvala!

Vaše pitanje sam proslijedila našim liječnicima. Kada odgovor bude spreman, odmah ću vas obavijestiti.

Na vaše pitanje je odgovorio Dr. Novak.

Pozdravljeni,

Hvala na pitanju. Hormoni štitnjače se nakupljaju u tijelu, u obliku T4 pa su i zaliha u krvi. Zbog dva dana izostanka neće biti ništa ozbiljno.

Lijep pozdrav

1

Otvorite dopisivanje s Abi u omiljenoj aplikaciji, kao što su WhatsApp, Viber ili Messenger, s kojom ste se registrirali i napišite „Zdravo Abi“. Odaberite između mogućnosti dopisivanja i videopoziva.

2

Postavite zdravstveno pitanje (kod videa najprije ukratko opišite poteškoću). Abi vas korištenjem umjetne inteligencije prema naravi vašeg pitanja povezuje s odgovarajućim liječnikom u Hrvatskoj.

3

Liječnik u obliku teksta odgovara u prosjeku za manje od pet minuta. Bez obzira na dan i sat. I na video vezu potrebno je pričekati samo nekoliko minuta.

4

Komunikacija je s vaše strane anonimna i odvija se na hrvatskom jeziku. Stoga bez brige možete slati i fotografije promjena na tijelu, laboratorijskih nalaza i slično. Nakon videopoziva liječnik priprema kratko izvješće.

Test Premium DNA GENEPLANET

Upoznajte svoj genom i otkrijte koja vam prehrana najviše odgovara, koliko tjelesne aktivnosti i sna trebate, kako se nosite sa stresom te kako najbolje brinuti o svom zdravlju.

Više znanja za bolje zdravlje – uz doživotan pristup novim analizama bez dodatne naknade. U aplikaciji je već sada dostupno više od 100 analiza.

Test Premium sadrži:

MyLifestyle test (94 analize)

Vaše genetske predispozicije otkrivaju koje svakodnevne navike pridonose vašem zdravlju i dobrobiti.

Prehrana i težina (47 analiza)

Zaboravite na popularne dijetu i otkrijte kako vam geni mogu pomoći pronaći najbolji put do zdrave tjelesne težine.

Sport i rekreacija po vašoj mjeri (15 analiza)

Otkrijte koje sportske aktivnosti najbolje odgovaraju vašem genetskom profilu.

Tijelo i um (32 analize)

Otkrijte genetske čimbenike koji pridonose snažnom imunološkom sustavu – od vitamina i minerala do tjelesne aktivnosti, stresa i sna.

MyHealth test (21 analiza)

Procijenite rizik od bolesti i infekcija te saznajte kako ih pravodobno spriječiti. Otkrijte svoj rizik od najtežih bolesti, uključujući rak, kardiovaskularne bolesti i teški oblik bolesti COVID-19, kao i brojna druga zdravstvena stanja.

MyAncestry (18 analiza)

Otkrijte svoje genetsko podrijetlo. Zavirite tisućama godina u prošlost i saznajte koliki dio svoje DNK dijelite s neandertalcima.

MyOral (1 analiza)

Test mikrobioma.

Upoznajte svoj oralni mikrobiom i stvorite optimalne uvjete za zdrave zube i dobro oralno zdravlje.

Preventivna briga za zdravlje (MyHealth)

Poznavanje genetske sklonosti razvoju hipertenzije omogućuje vam da preventivnim mjerama smanjite rizik od razvoja bolesti. Jednako tako, osobe s povećanom genetskom sklonošću određenim vrstama raka mogu imati koristi od ranijih i češćih pregleda za njegovo rano otkrivanje.

Rizik za rak (PRS) (10 analiza)

- rak dojke
- rak debelog crijeva
- rak pluća
- rak prostate
- planocelularni kožni rak
- bazocelularni kožni rak
- rak testisa
- maligni melanom
- rak jednjaka
- rak štitnjače

Rizik za kardiovaskularne bolesti (PRS) (3 analize)

- Fibrilacija atrijsa
- koronarna bolest srca
- moždani udar

Imunološki sustav (8 analiza)

- ABO krvna grupa
- COVID-19 – težina tijeka bolesti
- COVID-19 – osjetljivost na zarazu
- tifus i paratifus
- otpornost na HIV infekciju
- malarija (P. falciparum, P. vivax, P. knowlesi)
- otpornost na noroviruse

Rak štitnjače
92% povećan rizik (1.91 RR)



Rak debelog crijeva i rektuma
11% povećan rizik (1.11 RR)



Rak mokraćnog mjehura
1% smanjen rizik (0.99 RR)



Rak pluća
9% smanjen rizik (0.91 RR)



Bazocelularni rak kože
60% smanjen rizik (0.4 RR)



Rak testisa
82% smanjen rizik (0.18 RR)



PRS = Poligenski pristup

Jednostavno rečeno, to znači da promatramo više gena koji pojedinačno nemaju značajan utjecaj na bolest, ali kada ih promatramo zajedno, možemo procijeniti rizik te utvrditi je li on povećan ili smanjen.

Opći uvjeti za dobrovoljno zdravstveno osiguranje Critical Advantage™ + PEM

AX-SCA-PEM3-HR-10_2026

UVODNI ČLANAK

Osigurateljno pokriva pruža Axeria lard ("Axeria"). Axeria je francuski osiguratelj (dioničko društvo) registriran u poslovnom registru društava u Lyonu pod referentnim brojem 352 893 200 i reguliran francuskim Zakonom o osiguranju.

Registrirano sjedište društva nalazi se na adresi 129 avenue Félix Faure, 69003 LYON, a poštanska adresa glasi 26 rue du Général Mouton Duvernet, 69003 Lyon, Francuska.

Tijelo bonitetnog nadzora društva jest Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS – CEDEX 09. Axeria je pri ACPR-u registrirana pod referentnim brojem 220218.

Axeria IARD ovlaštena je za obavljanje poslova osiguranja u Hrvatskoj u skladu s odredbama EU-a o slobodi pružanja usluga, pod referentnim brojem ACPR LPS 231126.

Axeria je nositelj rizika i osiguratelj po ovoj polici te ostaje isključivo odgovorna za ugovor o osiguranju i za pokriva koje pruža ugovaratelju osiguranja i osiguraniku.

Further Underwriting International SLU ("Further"), društvo registrirano u Španjolskoj, s poreznim brojem B83644484 i sa sjedištem na adresi Paseo de Recoletos 12, Madrid, registrirano je kao neekskluzivni vezani zastupnik osiguratelja Axeria pod licencijom AJ0241 pri španjolskom regulatoru, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Društvo Further djeluje u ime osiguratelja Axeria kao administrator medicinskih poslova, obrade odštetnih zahtjeva i liječenja u inozemstvu po ovoj polici te je odgovorno za obradu i vođenje odštetnih zahtjeva, organizaciju liječenja u inozemstvu i koordinaciju postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva utvrđenog u članku 13., i to u svakom slučaju kao zastupnik osiguratelja Axeria, kao osiguratelja nositelja rizika, i pod njegovim nadzorom.

Društvo BestHealth d.o.o., punim nazivom BestHealth društvo s ograničenom odgovornošću za zastupanje u osiguranju ("BestHealth"), osnovano u Republici Hrvatskoj u pravnom obliku društva s ograničenom odgovornošću, sa sjedištem i adresom Zagrebačka cesta 126, Zagreb, Hrvatska, i adresom e-pošte info@dr-best.hr, upisano u registar posrednika u osiguranju koji vodi Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA) pod registarskim brojem / brojem dozvole DZ 597, nastupa kao zastupnik u osiguranju za ovaj ugovor o osiguranju te ugovaratelju osiguranja distribuira policu u skladu sa Zakonom o distribuciji osiguranja i primjenjivim HANFA-inim pravilima poslovnog ponašanja.

Članak 1.: DEFINICIJA POJMOVA

Ovi opći uvjeti (u daljnjem tekstu: ovi opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju koji je sklopljen između ugovaratelja osiguranja i Axeria lard (u daljnjem tekstu: osiguratelj ili Axeria).

U okviru zdravstvenog osiguranja Critical Advantage+ (u daljnjem tekstu: osiguranje) moguće se osigurati u svrhu korištenja usluge Second Medical Opinion (drugo liječničko mišljenje) i usluge Medical Concierge (organizacija liječenja u inozemstvu). Osiguranje pokriva drugo liječničko mišljenje, molekularno profiliranje za neke vrste raka te troškove medicinskog liječenja pokrivenih bolesti i zdravstvenih postupaka diljem svijeta, osim u Hrvatskoj, do visine ugovorenih osiguranih svota.

Izrazi navedeni u ovim uvjetima vrijede za oba spola, neovisno o obliku u kojem su zapisani, i znače sljedeće:

alternativna medicina - zdravstveni sustavi i sustavi zdravstvene zaštite, prakse i proizvodi koji se trenutačno ne smatraju dijelom službene medicine ili standardnih liječenja, što uključuje i, ali nije ograničeno na: akupunkturu, aromaterapiju, kiropraktiku, homeopatsku medicinu, naturopatsku medicinu i osteopatsku medicinu;

bolest - sve nehotične promjene zdravstvenog stanja osobe koje

dijagnosticira i potvrđuje liječnik sa službenom licencijom za obavljanje takve djelatnosti. Bolesti se smatraju sve ozljede i posljedice nastale iz iste dijagnoze te sve tegobe koje potječu iz istog ili srodnog uzroka. Ako tegoba potječe iz istog uzroka kao prethodna bolest ili iz s njom povezanog uzroka (uključujući posljedice ili komplikacije koje proizlaze iz prethodne bolesti), bolest se smatra nastavkom prethodne, a ne zasebnom bolešću;

bolnica - privatna ili javna organizacija zakonito ovlaštena da pruža medicinsko liječenje za bolesti ili tjelesne ozljede, opremljena materijalnim/tehnološkim sredstvima i odgovarajućim osobljem za provedbu dijagnostike i kirurških zahvata, u kojoj su liječnici i zdravstveno osoblje prisutni 24 sata na dan;

kognitivni poremećaji - poremećaji koji bitno pogoršavaju kognitivnu funkciju pojedinca do te mjere da je bez liječenja njegovo normalno funkcioniranje u društvu nemoguće, kako je definirano u najnovijoj verziji dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V);

datum početka osiguranja - datum koji je u osigurateljskoj polici naveden kao datum početka osiguranja;

društvo Further - Further Underwriting International SLU ("Further") društvo je koje organizira sljedeće zdravstvene usluge kao podršku osiguratelju i u svojstvu njegova zastupnika: uslugu Second Medical Opinion (drugo liječničko mišljenje), uslugu Medical Concierge (organizacija liječenja u inozemstvu) i Personalized Medicine (personalizirana medicina);

usluga Second Medical Opinion (drugo liječničko mišljenje) - drugo liječničko mišljenje u vezi s pokrivenim stanjima. Ova usluga obuhvaća izradu izvješća o drugom liječničkom mišljenju koje izrađuje stručni medicinski specijalist nakon prikupljanja i detaljnog pregleda bolesnikove zdravstvene dokumentacije;

usluga Medical Concierge (organizacija liječenja u inozemstvu) - usluga kod koje društvo Further, u vezi s odobrenim zahtjevom, uređuje sve pojedinosti povezane s liječenjem pojedinca. Usluga obuhvaća nadzor nad slučajem te pomoć pri organizaciji putovanja i smještaja za pojedinca i svakog ovlaštenog pratitelja;

Personalized Medicine (personalizirana medicina) - sastavni dio pokriva Critical Advantage+ u okviru kojeg društvo Further, kod određenih dijagnoza raka, organizira analizu molekularnog profiliranja radi izrade izvješća koja upućuju na točnu dijagnozu, individualizirane planove liječenja, procjenu otpornosti na liječenje i točne prognoze. Ova usluga može voditi do procjene prikladnih kliničkih ispitivanja i do osigurateljnog pokriva za povezane zdravstvene i ne-zdravstvene troškove (vidi Prilog I);

eksperimentalno liječenje - liječenje, postupak, tijek liječenja, oprema, lijek ili farmaceutski proizvod namijenjen medicinskoj ili kirurškoj uporabi koji različite znanstvene organizacije priznate od strane međunarodne zdravstvene zajednice nisu općenito prihvatile kao siguran, učinkovit i primjeren za liječenje bolesti ili ozljeda, odnosno koji je predmet studije, istraživanja, testiranja ili se nalazi na bilo kojem stupnju kliničkog eksperimentiranja;

hospitalizacija - boravak u bolnici ili klinici koji traje preko noći;

isključenje - određena situacija ili stanje koje osigurateljna polica ne pokriva i za koje osiguratelj u slučaju zahtjeva nije dužan platiti;

karenca - razdoblje od 180 dana od datuma početka osiguranja (ili odgovarajućeg datuma uključivanja osiguranika). Ugovaratelj osiguranja za to je razdoblje dužan plaćati premiju. Bilo koje bolesti ili zdravstvena stanja osiguranika koja su prijavljena, dijagnosticirana ili liječena odnosno koja su pokazala povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) unutar karence neće biti pokrivena ovim ugovorom o osiguranju. U slučaju da je u tom razdoblju osiguraniku dijagnosticirana bilo koja bolest ili su se u tom razdoblju pojavili prvi medicinski dokumentirani simptomi bolesti, osiguranik nema pravo na osigurateljno pokriva unatoč valjanosti osigurateljne police;

neinvazivni ili «in-situ» rak - maligni tumor koji je ograničen na epitel u kojem ima svoje podrijetlo i nije se proširio na stromu ili okolna tkiva. To je preinvazivni maligni tumor, dijagnosticiran u početnoj fazi, s

povoljnom prognozom u slučaju potpunog odstranjenja;

operacija - svi zahvati s dijagnostičkom ili terapijskom namjenom, izvedeni rezom ili drugim inozivnim postupcima od strane kirurga u bolnici, koji obično zahtijevaju uporabu operacijske dvorane;

polica - pisana dokumentacija u kojoj su navedeni uvjeti ugovora o osiguranju te informacije o ugovaratelju osiguranja i osiguraniku, uključujući ove Opće uvjete police. Također među ostalim određuje osiguranu svotu, premiju, datum početka osiguranja i okolnosti prestanka;

ponuda - obrazac koji moraju ispuniti osiguranik i/ili ugovaratelj osiguranja kako bi zatražili osigurateljnu policu i koji uključuje zdravstveni upitnik;

ozljeda - šteta nanesena tijelu osiguranika;

prethodno postojeće bolesti - bilo koje bolesti ili zdravstvena stanja osiguranika koja su prijavljena, dijagnosticirana ili liječena odnosno koja su pokazala povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) u 10 godina prije datuma početka osiguranja (ili odgovarajućeg datuma uključivanja osiguranika);

prethodno odobrenje osiguranja - pisano odobrenje društva Further koje uključuje potvrdu pokrića u skladu s osigurateljnom policom prije provedbe usluga u navedenoj bolnici, izvan države u kojoj je prebivalište osiguranika, i to za bilo koje liječenje, usluge, materijale ili recepte koji su povezani sa zahtjevom;

premija - cijena osiguranja, iznos koji se duuguje osiguratelju. Dinamika plaćanja određena je na ponudi odnosno na osigurateljnoj polici;

proteza - naprava koja nadomješta cijeli organ ili dio organa, odnosno nadomješta sve funkcije ili dio funkcija kod nedjeljućeg ili oštećenog dijela tijela;

kardiolog savjetnik - liječnik specijaliziran za bolesti srca i kardiovaskularnog sustava;

teroristički čin - čin koji među ostalim uključuje uporabu sile ili nasilja i/ili prijetnje istima od strane bilo koje osobe ili skupine osoba, koje djeluju samostalno ili u ime ili u vezi s bilo kojom organizacijom ili vladom, počinjen zbog političke, religijske, ideološke ili slične namjere, uključujući namjeru utjecaja na bilo koju vladu i/ili zastrašivanja javnosti ili bilo kojeg dijela javnosti; ili uporaba bilo kojeg biološkog, kemijskog, radioaktivnog ili nuklearnog sredstva, materijala, naprave ili oružja;

prava iz police - opseg ili razina usluga i pokrića na koje osiguranik ima pravo u skladu s osigurateljnom policom;

zahtjev - službeni zahtjev osiguratelju za korištenje usluga i/ili prava koja su pokrivena u skladu s uvjetima osigurateljne police. Posljedice koje proizlaze iz istog uzroka ili zdravstvenog stanja smatraju se nastavkom prethodnog povezanog zahtjeva, a ne zasebnim zahtjevom;

ugovaratelj osiguranja - fizička ili pravna osoba koja zatraži osiguranje i sklopi ugovor o osiguranju s osigurateljem te koju pravno obvezuju obveze iz ove osigurateljne police, s iznimkom obveza koje zbog svoje naravi utječu na osiguranika;

osigurana svota - najviši iznos za plaćanje do kojeg jamči osiguratelj u slučaju korištenja usluga definiranih u ovim uvjetima;

osiguratelj - pravna osoba koja preuzima rizik u skladu s ugovornim uvjetima osiguranja. Osiguratelj za ovu policu jest Axeria iard;

osiguranik - osoba navedena na osigurateljnoj polici, za koju je polica izdana i koja je nositelj prava iz ovog ugovora;

lijekovi - bilo koja tvar ili kombinacija tvari koja se može upotrijebiti ili propisati osiguraniku s namjerom obnove, popravka ili mijenjanja fizioloških funkcija provedbom farmakološkog, imunološkog ili metaboličkog djelovanja, ili s namjerom provedbe zdravstvene dijagnoze, pribavljena samo liječničkim receptom od strane liječnika i izdana od strane farmaceuta s licencijom. Recept izdan za lijek robne marke valjan je za generični lijek s istim aktivnim sastojcima, jačinom i oblikom doze kao što ih ima varijanta robne marke;

liječnik - stručnjak koji ima službenu licenciju za obavljanje zdravstvene djelatnosti;

zdravstveni upitnik - obrazac, ispunjen i potpisan od strane osiguranika, koji je osnova za procjenu ispunjavanja uvjeta za osiguranje koju provodi osiguratelj. U slučaju maloljetnih osoba obrazac može ispuniti i potpisati zakonski zastupnik osiguranika;

medicinski nužni - zdravstvene usluge ili materijal koji su:

- propisani osiguraniku za liječenje pokrivene bolesti ili organiziranje pokrivenog zdravstvenog postupka s namjerom poboljšanja osiguranikova zdravstvenog stanja i
- priznati kao učinkoviti pri poboljšanju zdravstvenih rezultata prema planovima liječenja koji su po vrsti, učestalosti i trajanju u skladu s dijagnozom i u skladu s objavljenom stručno recenziranom medicinskom literaturom (kao što je npr. Pubmed) ili znanstveno utemeljenim smjernicama SAD-a, Ujedinjenog Kraljevstva i/ili europskim smjernicama (u vezi s rakom – za modul pokrića 1 osobito će se primjenjivati Smjernice NCCN za kliničku praksu u onkologiji) i
- troškovno učinkoviti u usporedbi s alternativnim liječenjima koja

imaju slične rezultate, uključujući opciju bez liječenja, te

- potrebni iz razloga koji ne obuhvaćaju isključivo prikladnost za osiguranika ili njegova/njezina liječnika.

Činjenica da liječnik možda preporuča, propiše, naruči ili odobri uslugu ili materijal sama po sebi ne znači nužno da je takva usluga ili materijal u skladu s ovom policom medicinski nužna;

uzdržavani član obitelji - (1) partner osiguranika ili (2) neoženjeno/neudano uzdržavano dijete osiguranika ili bračnog druga osiguranika (uključujući biološko dijete, pastorka ili zakonito posvojeno dijete). Mjesto stalnog prebivališta bračnog druga ili neoženjenog/neudanog uzdržavanog djeteta mora biti isto kao kod ugovaratelja osiguranja, osim ako osiguratelj odobri drukčiji dogovor. Definicija "uzdržavanog člana obitelji" ima sljedeće uvjete i ograničenja:

A. Pojam "uzdržavani član obitelji" ne uključuje neoženjeno/neudano uzdržavano dijete staro više od 18 godina, osim kako je navedeno u sljedećem stavku.

B. Pojam "uzdržavani član obitelji" uključuje neoženjeno/neudano uzdržavano dijete koje je staro 18 godina ili više, ali manje od 35 godina, ako:

- dijete nije redovito zaposleno na puno radno vrijeme niti radi kao samozaposlena osoba,
- dijete ima status redovnog studenta i
- je dijete pretežno ovisno o osiguraniku glede podrške i njege.

partner - bračni drug, registrirani partner ili, ako niste u braku, osoba starija od 18 godina koja živi s vama i financijski je ovisna o vama (ili ste međusobno financijski ovisni). Vaš partner ne može biti vaš srodnik, osim vašeg bračnog druga ili registriranog partnera, a kao partnera možete navesti samo jednu osobu. Partner može biti istog ili suprotnog spola kao vi;

HIV nezgodna infekcija - infekcija virusom humane imunodeficijencije (HIV) koja je posljedica transfuzije krvi primljene u sklopu medicinskog liječenja, fizičkog napada ili incidenta koji je nastao tijekom uobičajenog obavljanja radnih dužnosti kod ovlaštenih zanimanja navedenih u nastavku:

- zanimanja u zdravstvu,
- hitne službe (policajci, vatrogasci) i pripadnici oružanih snaga,
- socijalni radnici,
- zaposlenici u društvima za gospodarenje otpadom.

Incident koji je prouzročio infekciju mora biti prijavljen nadležnim tijelima i istražen u skladu s utvrđenim postupcima:

- kada je infekcija virusom HIV nastala fizičkim napadom ili kao posljedica incidenta koji je nastao tijekom obavljanja uobičajenih radnih dužnosti, incident mora biti potkrijepljen negativnim testom na HIV protutijela izvedenim u roku od pet dana od incidenta;
- mora biti izvedeno daljnje testiranje na HIV u roku od 12 mjeseci koje potvrđuje prisutnost HIV-a ili protutijela na virus;
- incident koji uzrokuje infekciju mora se dogoditi u državi članici Europske unije, Švicarskoj, Kanadi, Sjedinjenim Američkim Državama ili Australiji.

Infekcija virusom HIV koja proizlazi iz bilo kojih drugih uzroka, uključujući spolnu aktivnost ili zlouporabu droga, neće se smatrati nezgodnom i bit će isključena iz pokrića;

rekonstruktivna kirurgija - postupci koji su namijenjeni obnovi strukture radi ispravljanja gubitka njezine funkcije;

liječenje u inozemstvu - medicinski nužno liječenje primljeno izvan Hrvatske tijekom primjenjivog razdoblja naknade, organizirano i koordinirano u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva utvrđenim u članku 13., koje se plaća na temelju ove police;

naknadna skrb - svaka dijagnostička pretraga i/ili usluga praćenja/nadzora (koju obavlja liječnik s posebnim ekspertnim stručnim znanjem u vezi s liječenom bolešću) nakon liječenja u inozemstvu, koja se upotrebljava za utvrđivanje suočava li se osiguranik (ili će se vjerojatno suočiti) s pogoršanjem ili komplikacijom liječene bolesti, s namjerom sprječavanja recidiva ili ponavljanja iste bolesti. Plan naknadne skrbi mora izraditi liječeći liječnik u inozemstvu te u njemu navesti vremenske intervale i vrste dijagnostičkih postupaka;

razdoblje naknade - razdoblje od trideset i šest (36) mjeseci koje započinje datumom kada je zahtjev priznat kao valjan i s pravom na prava iz police. Za svaki zahtjev ili pojedini modul pokrića određuje se zasebno razdoblje naknade (primjenjivo razdoblje naknade) u skladu sa sljedećim kriterijima:

1. Za zahtjeve u okviru modula pokrića 1 za svaki novi, jedinstveni zahtjev određuje se zasebno razdoblje naknade (primjenjivo razdoblje naknade).

- Svaka dijagnoza raka koja nije izravno povezana s prethodno prijavljenom dijagnozom raka, nije njezin rezultat ili ponavljanje odnosno recidiv, smatra se novim, jedinstvenim zahtjevom.
- Svaka dijagnoza raka koja je izravno povezana s prethodno prijavljenom dijagnozom raka, njezin je rezultat ili ponavljanje

odnosno recidiv, ne smatra se novim, jedinstvenim zahtjevom, osim ako nova dijagnoza nastupi nakon razdoblja od 2 godine tijekom kojeg bolest nije pokazivala nikakve simptome, nalaze ili znakove.

- Radi jasnoće, odsutnost simptoma, nalaza ili znakova mora biti potkrijepljena dijagnostičkim dokazima pribavljenima tijekom tog 2-godišnjeg razdoblja. To razdoblje započinje datumom prvog liječničkog pregleda koji jasno pokazuje odsutnost takvih simptoma, nalaza ili znakova.
2. Za zahtjeve u okviru modula pokrića 2, 3 ili 4 zasebno razdoblje naknade (primjenjivo razdoblje naknade) određuje se za svaki modul pokrića kada je prvi zahtjev za taj modul pokrića priznat kao valjan. Primjenjivo razdoblje naknade vremenski je period u kojem su prava iz police plativa za sve zahtjeve prihvaćene u okviru istog modula pokrića.

CAR T-stanična terapija (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy) - vrsta liječenja kod koje se bolesnikove T-stanice (vrsta stanica imunosnog sustava) mijenjaju u laboratoriju tako da napadnu tumorske stanice. T-stanice se uzimaju iz bolesnikove krvi. Zatim se u laboratoriju dodaje gen za poseban receptor koji se veže na određenu bjelancevinu na bolesnikovim tumorskim stanicama. Taj se poseban receptor naziva kimerni antigenski receptor (CAR). Veliki broj CAR T-stanica potom se uzgaja u laboratoriju i unosi bolesniku infuzijom; **odobreni protokol za CAR T-staničnu terapiju** - provedba CAR T-stanične terapije koja uključuje jednokratnu infuziju lijeka te faze predliječenja i premedikacije prije infuzije, kao i fazu praćenja nakon infuzije, uz strogo pridržavanje smjernica utvrđenih u farmaceutskoj dozvoli koju izdaju nadležna tijela nadzora u državi u kojoj se provodi protokol;

genski terapijski lijekovi - sadrže gene koji imaju terapijski, preventivni ili dijagnostički učinak. Djeluju tako da u tijelo umeću 'rekombinantne' gene, obično radi liječenja različitih bolesti, uključujući genetske poremećaje, rak ili dugotrajne bolesti. Rekombinantni gen dio je DNK ili RNK koji je stvoren u laboratoriju i spaja DNK ili RNK iz različitih izvora; **preventivne terapije** - bilo koji medicinski postupak ili uporaba lijeka namijenjena isključivo smanjenju rizika za nastanak raka. Primjer preventivne terapije jest profilaktička operacija koja uključuje odstranjivanje tkiva ili organa koji trenutačno ne sadrže tumorske stanice;

terapijske terapije - svaka terapija čija je namjena ciljati tumorske stanice radi njihova uništenja ili odstranjivanja;

tkivno inženjerski proizvodi - sadrže stanice ili tkiva koja su promijenjena tako da se mogu upotrijebiti za popravak, regeneraciju ili zamjenu ljudskog tkiva;

proizvodi za somatsku staničnu terapiju - sadrže stanice ili tkiva kojima je manipulirano radi promjene njihovih bioloških značajki ili stanice ili tkiva koja nisu namijenjena uporabi za iste osnovne funkcije u tijelu. Mogu se upotrijebiti za liječenje, dijagnosticiranje ili sprječavanje bolesti;

testiranje zametnih (germline) stanica - vrsta genetskog testiranja koja traži naslijeđene mutacije prisutne u svakoj stanici tijela već od rođenja. Svrha testiranja zametnih stanica jest utvrditi naslijeđenu sklonost određenim vrstama raka kod bolesnika. Rezultati testiranja zametnih stanica mogu pridonijeti liječenju raka utvrđivanjem bolesnika s naslijeđenim doprinosima koji utječu na liječenje raka i budući rizik od drugog primarnog raka. Ova analiza može biti važna za članove obitelji bolesnika koji su možda naslijedili iste mutacije. Testiranje se provodi analizom uzorka u obliku brisa oralne sluznice, uzorka sline ili uzimanjem krvi;

somatsko testiranje - oblik genetskog testiranja koji traži stečene mutacije u ograničenom skupu stanica ili tkiva. Svrha somatskog testiranja jest pronaći čimbenike koji mogu utjecati na odluke o liječenju. Testiranje se provodi analizom uzorka pribavljenog biopsijom ili tekućinskom biopsijom.

Članak 2.: SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

1. Ugovor o osiguranju može se sklopiti na temelju pisanog podneska u obliku u cijelosti ispunjene ponude koja sadrži zdravstveni upitnik, dostavljene osiguratelju.
2. Ako osiguratelj na temelju informacija navedenih u zdravstvenom upitniku ili na drugom mjestu u ponudi utvrdi da podnositelj ponude ne ispunjava uvjete za osiguranje, osiguratelj mora o tome pisano obavijestiti podnositelja ponude u roku od osam (8) dana od primitka ponude te navesti razlog za takvu odluku.
3. Ako osiguratelj ne odbije ponudu u skladu sa stavkom 2., osiguratelj izdaje policu u kojoj su navedeni uvjeti pod kojima se nudi pokriće.

Ugovor o osiguranju sklopljen je kada policu potpišu osiguratelj i ugovaratelj osiguranja (a ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu ista osoba, i osiguranik, u skladu sa stavkom 5. u nastavku).

4. Ako izdana polica sadrži pogreške ili odstupa od informacija navedenih u pisanoj ponudi ili drugim pisanim izjavama ugovaratelja osiguranja, ugovaratelj osiguranja može o neusklađenosti pisano obavijestiti osiguratelja u roku od jednog (1) mjeseca od primitka police, a osiguratelj će policu na odgovarajući način ispraviti. Ako se takva obavijest ne podnese u tom roku, primjenjuje se sadržaj police kako je izdana.
5. Ako ugovaratelj osiguranja i osiguranik nisu ista osoba, ponudu mora potpisati i osiguranik. Ako je osiguranik maloljetna osoba ili na drugi način nema poslovnu sposobnost, ponudu i policu umjesto njega potpisuje osoba koja je zakonski ovlaštena djelovati u njegovo ime.
6. Ugovor o osiguranju i svaki njegov dodatak ili izmjena valjani su samo ako su sastavljeni u pisanom obliku.
7. Sve izjave i prijave koje razmjenjuju osiguratelj i ugovaratelj osiguranja ili osiguranik vrijede od trenutka primitka i moraju biti sastavljene u pisanom obliku. Ako nisu poslane preporučenom poštom, datumom primitka smatra se dan kada stranka primateljica stvarno primi izjavu, prijavu ili drugu obavijest.
8. Korisnik osiguranja za korištenje usluga osiguranja po ovoj polici jest osiguranik.
9. Prije nego što ugovaratelj osiguranja pristane prihvatiti policu, osiguratelj (ili njegov distributer) dužan je ugovaratelju osiguranja dostaviti uvjete osiguranja, dokument s informacijama o osigurateljnog proizvodu (IPID) i ostale predugovorne informacije propisane primjenjivim hrvatskim pravom. Prihvaćanje police od strane ugovaratelja osiguranja dokazuje se potpisom police od strane ugovaratelja osiguranja u skladu sa stavkom 3. odnosno, ako se polica sklapa na drugi način izričito dopušten primjenjivim pravom, određenom radnjom koja pri takvom načinu sklapanja predstavlja prihvaćanje. Ništa u ovom stavku ne smije se tumačiti tako da se smatra da su ugovaratelj osiguranja ili osiguranik potvrdili ili prihvatili uvjete, ograničenja ili isključenja koji im nisu stvarno dostavljeni u skladu s ovim stavkom.
10. Ugovaratelj osiguranja potvrđuje da je od osiguratelja, prije prihvaćanja police, primio odgovarajuće i dostatne informacije o pravu mjerodavnom za ovu policu, postupku prigovora, adresi osiguratelja i njegova nadzornog tijela te o pravnom identitetu osiguratelja, kako je navedeno u člancima 15. i 17.

Članak 3.: TRAJANJE OSIGURANJA I POKRIĆE

1. Osiguranje počinje vrijediti u 24:00 sata na datum određen kao datum početka osiguranja u polici. Polica vrijedi za razdoblje od jedne godine, a njezino je trajanje navedeno u polici. Polica se automatski obnavlja za uzastopna jednogodišnja razdoblja, osim ako neka od stranaka najmanje dva (2) mjeseca prije isteka tekućeg osigurateljnog razdoblja pisano obavijesti da ne želi obnovu. Ako takva obavijest ne bude dana, polica se automatski obnavlja, a nastavak plaćanja premije od strane ugovaratelja osiguranja nakon datuma obnove potvrđuje obnovu. Polica se posljednji put može obnoviti za osigurateljno razdoblje tijekom kojeg osiguranik navršši 84. godinu života; polica se ne obnavlja ni za jedno osigurateljno razdoblje koje počinje nakon što osiguranik navršši tu dob.
2. Osiguranje uvijek počinje prvog dana kalendarskog mjeseca.
3. Osiguranje za pojedinog osiguranika prestaje:
 - onog dana kada osiguranik umre ili
 - onog dana kada je osiguranik sudskom odlukom proglašen poslovno nesposobnim, s učinkom od datuma kada sudska odluka o djelomičnom ili potpunom oduzimanju poslovne sposobnosti postane pravomoćna ili
 - na kraju one osigurateljne godine u kojoj osiguranik navršši 84. godinu života odnosno 18/35 godina, kako je primjenjivo za uzdržavanu djecu ili
 - otkazom ugovora od strane osiguratelja ili ugovaratelja osiguranja u skladu s člankom 14. ili
 - istekom osiguranja bez obnove.
4. Osigurateljno pokriće za pojedinog osiguranika prestaje kada osiguratelj isplati doživotni limit naveden u polici za tog osiguranika. Prestanak pokrića za jednog osiguranika na temelju ovog stavka ili prestanak vlastitog pokrića ugovaratelja osiguranja na temelju stavka 3. ovog članka ne utječe na pokriće ostalih osiguranika po polici, čije se pokriće i dalje procjenjuje zasebno prema vlastitim uvjetima, osim ako i dok sama polica ne prestane u cijelosti u skladu s ovim člankom.

- Osiguranje može otkazati i osiguratelj u skladu s uvjetima i na način određen u članku 14.
- Pokriće osiguratelja počinje nakon isteka karence, vezano je uz datum početka osiguranja i uvjetovano je time da su do tog datuma plaćene sve dospelje premije.

Članak 4.: SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- Najniža i najviša dob osobe koja ispunjava uvjete za osiguranje po ovoj polici jest 31 dan odnosno 64 godine. Osiguranje nije dostupno osobi koja još nije navršila 31 dan života. Ako podnositelj ponude u cijelosti ili djelomično nema poslovnu sposobnost, ponudu i policu osiguranja umjesto njega ispunjava i potpisuje osoba zakonski ovlaštena postupati u ime podnositelja ponude, u skladu s člankom 2. stavkom 5., te je ugovor o osiguranju na toj osnovi valjan i obvezujući za osiguranika.
- Postupak sklapanja ovog osiguranja započinje ispunjavanjem ponude i u njoj sadržanog zdravstvenog upitnika za svaku osobu koja se prijavljuje za osiguranje po polici. Odgovori na pitanja iz zdravstvenog upitnika određuju medicinsku prihvatljivost osobe koja se prijavljuje: potvrđan odgovor na bilo koje pitanje iz zdravstvenog upitnika koje ukazuje na prisutnost određenog zdravstvenog stanja čini odgovarajuću osobu koja se prijavljuje neprihvatljivom za osiguranje, zbog čega ugovor o osiguranju neće biti sklopljen.
- Ovo je osiguranje dostupno svakoj osobi čije je uobičajeno boravište u državi članici Europske unije ili Europskoga gospodarskog prostora u kojoj je osiguratelj ovlašten obavljati poslove osiguranja na temelju odredaba o slobodi pružanja usluga Direktive Solventnost II te koja inače ispunjava uvjete prihvatljivosti i preuzimanja rizika iz ovog članka.

Članak 5.: PREDMET OSIGURANJA

- Predmet pokriva Critical Advantage+ po ovoj polici osiguranja jest pružiti osiguraniku pokriće za usluge i zdravstvene troškove u vezi s liječenjem pokrivenih bolesti i zdravstvenih postupaka navedenih u članku 6., kada su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:
 - liječenje i postupci organizirani i plaćeni po ovoj polici moraju se provesti tijekom primjenjivog razdoblja naknade;
 - dijagnoza na temelju koje se odobrava liječenje u inozemstvu provjerava se postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva određenim u članku 13., uključujući, kako je primjenjivo, ocjenu nalaza usluge drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion) ili usluge Personalized Medicine (personalizirana medicina);
 - odgovarajuća bolest ili stanje nije bilo prijavljeno, dijagnosticirano ni liječeno te nisu bili dokumentirani nikakvi povezani simptomi ili nalazi (znakovi) u razdoblju od 10 godina prije datuma početka osiguranja (ili odgovarajućeg datuma uključenja osiguranika) ili tijekom karence;
 - liječenje je:
 - medicinski nužno, kako je definirano u članku 1., na temelju ocjene provedene putem usluge drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion) ili usluge Personalized Medicine (personalizirana medicina) i
 - ograničeno na terapijske terapije, čime su isključene preventivne terapije;
 - troškovi su u okviru osigurane svote i primjenjivih podlimita navedenih u članku 7.;
 - liječenje se pruža u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva određenim u članku 13., u okviru kojeg društvo Further u ime osiguratelja upravlja liječenjem i postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva te ih koordinira; radi izbjegavanja dvojbe, odluka o osigurateljskom pokriću po ovoj polici i odgovarajuća obveza i dalje su odluka i obveza osiguratelja;
 - zdravstveni troškovi nastaju izvan Hrvatske, osim:
 - troškova lijekova nastalih u Hrvatskoj, kako je navedeno u članku 7. stavku 6.;
 - troškova naknadne skrbi nastalih u Hrvatskoj, kako je navedeno u članku 7. stavku 7.;
 - troškovi za bilo koje dijagnostičke postupke, liječenja, usluge, materijal ili recepte pokriveni su policom osiguranja, kako je navedeno u članku 7. ovih uvjeta.
- Osim pružanja usluge drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion) za pokriveno bolesti i pokriveno zdravstvene postupke navedene u članku 6. kao dijela odštetnog postupka, osiguranik ima pravo zatražiti uslugu drugo liječničko mišljenje (Second Medical

Opinion) i za određena zdravstvena stanja koja ne ispunjavaju uvjete za osigurateljno pokriće.

Usluga se pruža isključivo na temelju postojeće dijagnoze za kompleksno, degenerativno ili životno ugrožavajuće stanje, kada preporuke iz usluge drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion) mogu biti dragocjene za osiguranika pri procjeni dostupnih planova liječenja i različitih ishoda.

Stoga se usluga neće pružiti u sljedećim okolnostima:

- stanje nije dijagnosticirao kvalificirani liječnik;
- stanje više od godinu dana nije pregledao lokalni liječnik koji provodi liječenje niti je o njemu izvjestio;
- osiguranik je trenutno primljen u bolnicu i liječi se zbog takvog stanja;
- zdravstveno stanje zahtijeva hitnu medicinsku intervenciju prije nego što izvrše usluge drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion) bude dostupno (najmanje 4 tjedna od primitka sve odgovarajuće dokumentacije).

Sljedeća su stanja isključena iz ove usluge:

- kratkotrajne akutne bolesti;
- blaga kronična stanja;
- psihijatrijska stanja;
- stomatološki problemi;
- prethodno postojeće bolesti, kako su definirane u članku 1.

Ova usluga ne pokriva troškove liječenja, dodatne dijagnostike ili osobnih savjetovanja.

Društvo Further potvrdit će može li se stanje smatrati prihvatljivim za ovu uslugu nakon što provede prvu ocjenu zdravstvenog slučaja.

- Samo one pokriveno bolesti i pokriveni zdravstveni postupci koji su detaljno navedeni u članku 6. ove police ispunjavaju uvjete za osigurateljno pokriće kako je opisano u članku 7. ove police.

Članak 6.: POKRIVENE BOLESTI I POKRIVENI ZDRAVSTVENI POSTUPCI ZA CRITICAL ADVANTAGE™ + PEM

Sljedeće bolesti i zdravstveni postupci pokriveni su za liječenje u inozemstvu u okviru Critical Advantage+

Modul pokriva 1: Rak

Rak: Maligni rak: Bilo koji maligni tumor, uključujući leukemiju, sarkom i limfom, za koji su značajni nekontroliran rast i širenje malignih stanica te prodor u tkiva; bilo koji »in-situ« rak koji je ograničen na epitel iz kojeg potječe i nije prodro u stromu ili okolna tkiva; bilo koja prekancerozna promjena u stanicama koja je citološki ili histološki razvrstana kao displazija visokog stupnja ili teška displazija.

Sljedeći pokriveni zdravstveni postupci pokriveni su policom kada osnovna bolest koja se liječi nije povezana s rakom (Modul pokriva 1).

Modul pokriva 2: Srčana kirurgija

Srčana kirurgija: Bilo koji kirurški zahvat na srčanom mišiću, srčanim zaliscima ili glavnim krvnim žilama izravno povezanima sa srcem.

- Napominjemo da pokriva nije osigurano za sljedeće postupke:
- korekcija suženja ili blokade koronarnih arterija koja se liječi tehnikama koje nisu kirurško premoštenje (by-pass), npr. angioplastika;
 - transplantacija srca;
 - liječenje srčanih aritmija uporabom kardiokirurške ablacije;
 - ugradnja bilo kojeg oblika implantabilnog uređaja za nadzor srčanog ritma.

Modul pokriva 3: Neurokirurgija

Neurokirurgija: Bilo koji kirurški zahvat, uključujući minimalno invazivne ili neinvazivne tehnike, na mozgu ili bilo kojim drugim unutarlubanskim strukturama, ili na benignim tumorima smještenima u kralježničnoj moždini (Medulla spinalis).

Modul pokriva 4: Transplantacije

Napominjemo da su sljedeće transplantacije pokriveno policom kada osnovna bolest koja je predmet postupka nije povezana s rakom (Modul pokriva 1).

Transplantacija organa živog darivatelja

Kirurška transplantacija kod koje osiguranik prima bubreg, dio jetre, plućni režanj ili dio gušterače od drugog živog kompatibilnog darivatelja.

Transplantacija koštane srži

Transplantacija koštane srži (Bone Marrow Transplantation – BMT) ili transplantacija matičnih stanica periferne krvi (Peripheral Blood Stem Cell Transplantation – PBSCT) stanica koštane srži osiguraniku, koje potječu od:

- osiguranika (autologna transplantacija koštane srži) ili
- živog kompatibilnog darivatelja (allogena transplantacija koštane srži).

Napominjemo da je transplantacija hematopoetskih matičnih stanica (Haemopoietic Stem Cell transplantation – HCT) uz uporabu pupčane krvi isključena.

Članak 7.: POKRIVENI TROŠKOVI ZA CRITICAL ADVANTAGE™ + PEM

1. Polica osiguranja pokriva troškove navedene u ovom članku 7. (do ograničenja navedenih u nastavku) koji nastanu u vezi s liječenjem u inozemstvu za pokrivene bolesti i pokrivene zdravstvene postupke navedene u članku 6.
Godišnji i doživotni limiti osiguranih svota za troškove pokrivene ovom policom jesu:
 - **1.000.000 EUR** je ograničenje po osiguraniku za pojedinu osigurateljnu godinu;
 - **2.000.000 EUR** je doživotno ograničenje po osiguraniku dok je polica na snazi.
2. Pokriveni zdravstveni troškovi tijekom liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva zdravstvene troškove nastale u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva određenim u članku 13.:
 1. u bolnici u vezi s:
 - 1.1 smještajem, prehranom i općom njegom tijekom boravka osiguranika u bolničkoj sobi, na odjelu ili u odsjeku bolnice ili na odjelu intenzivne njege ili odjelu za promatranje;
 - 1.2 drugim bolničkim uslugama, uključujući one koje pruža bolnički ambulantni odjel, i troškovima povezanim s dodatnim krevetom ili krevetom za pratitelja, ako bolnica pruža tu uslugu;
 - 1.3 uporabom operacijske dvorane i svim uslugama koje su u nju uključene.
 2. u dnevnoj klinici ili u neovisnom centru za zdravstvenu skrb, ali samo ako bi liječenje, kirurški zahvat ili recept bili pokriveni ovom policom da su pruženi u bolnici;
 3. kod liječnika u vezi s pregledom, liječenjem, zdravstvenom skrbi ili kirurškim zahvatom;
 4. za posjete liječnika tijekom hospitalizacije;
 5. za sljedeće zdravstvene i kirurške usluge, metode liječenja ili recepte:
 - a. anesteziju i primjenu anestetika koje obavlja osposobljeni anesteziolog;
 - b. laboratorijske analize i patološke pretrage, rendgensko snimanje za pripremu liječenja, radioterapiju, radioaktivne izotope, kemoterapiju, elektrokardiogram, ehokardiografiju, mijelogram, elektroencefalogram, angiogram, kompjutoriziranu tomografiju i druge slične pretrage i metode liječenja potrebne za dijagnozu i liječenje pokrivene bolesti ili pokrivenog zdravstvenog postupka, koje obavlja liječnik ili se provode pod liječničkim nadzorom;
 - c. transfuzije krvi te primjenu plazme i seruma;
 - d. troškove povezane s uporabom kisika, intravenskih otopina i injekcija;
 - e. terapiju zračenjem;
 - f. rekonstruktivnu kirurgiju za popravak ili obnovu strukture oštećene ili odstranjene zdravstvenim postupcima pokrivenima ovom policom;
 - g. liječenje komplikacija ili nuspojava neposredno povezanih sa zdravstvenim postupcima pokrivenima ovom policom, koje zahtijevaju hitnu liječničku pomoć u bolnici ili kliničkom okruženju i moraju se zbrinuti prije nego što se osiguranik proglasi zdravstveno sposobnim za povratak u Hrvatsku.
 6. za lijekove primijenjene na temelju liječničkog recepta dok je osiguranik hospitaliziran radi liječenja pokrivene bolesti ili izvođenja pokrivenog zdravstvenog postupka. Lijekovi propisani za poslijeoperacijsko liječenje pokriveni su 30 dana od datuma kada osiguranik završi odgovarajuću fazu liječenja u inozemstvu, i to samo ako su kupljeni prije povratka u Hrvatsku;
 7. za prijevoz i prijevoz sanitetskim vozilom kopnom ili zrakom, kada ga je naveo i propisao liječnik te je potvrđen kao potreban u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva;
 8. za usluge koje živi darivatelj prima tijekom odstranjivanja organa za transplantaciju osiguraniku:
 - a. postupak pretrage radi pronalaženja mogućih darivatelja među članovima obitelji osiguranika;
 - b. bolničke usluge koje darivatelj prima, uključujući smještaj, obroke, opće usluge njege, laboratorijske pretrage te uporabu opreme i bolničkih sadržaja (pri čemu su isključeni predmeti za osobnu uporabu koji nisu potrebni za postupak odstranjivanja);
 - c. kirurške i zdravstvene usluge za odstranjivanje darivateljeva organa ili tkiva.
 9. za usluge i materijal za kulture koštane srži u vezi s transplantacijom tkiva osiguraniku. Pokriva se pruža samo za troškove nastale od datuma prvog zaračunanog zdravstvenog troška.
3. Troškovi putovanja tijekom liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva troškove putovanja:
 1. za putovanje u inozemstvo osiguranika i jednog pratitelja ili dvaju pratitelja, ako je osiguranik maloljetna osoba (te živog darivatelja u slučaju transplantacije), isključivo u svrhu liječenja u inozemstvu u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva. Sve dogovore u vezi s putovanjem potrebno je obaviti putem društva Further, a osiguratelj neće platiti dogovore u vezi s putovanjem koje su samostalno obavili osiguranik ili treća osoba u ime osiguranika.
 2. Društvo Further odgovorno je za predlaganje datuma putovanja na osnovi odobrenog programa liječenja, koji se priopćuju osiguraniku dovoljno unaprijed da može urediti sve potrebne osobne stvari.
 3. Ako osiguranik promijeni datume putovanja u odnosu na one koje mu je priopćilo društvo Further, osiguranik će osiguratelju i/ili društvu Further morati nadoknaditi razumne, stvarne i dokumentirane nepovratne troškove ili troškove ponovne rezervacije nastale zbog promjene, osim ako je promjena posljedica:
 - a. dokumentirane medicinske nužnosti potvrđene u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva;
 - b. više sile ili
 - c. teške bolesti, hospitalizacije ili smrti bliskog člana obitelji osiguranika ili njegova pratitelja.
 4. Pokriveni dogovori u vezi s putovanjem uključuju:
 - prijevoz od osiguranikova stalnog prebivališta do određene zračne luke ili međunarodne željezničke postaje;
 - željezničku ili avionsku kartu u ekonomskom razredu do grada u kojem se provodi liječenje i prijevoz do određenog hotela;
 - prijevoz od određenog hotela ili bolnice do određene zračne luke ili međunarodne željezničke postaje i
 - željezničku ili avionsku kartu u ekonomskom razredu i zatim prijevoz do grada osiguranikova stalnog prebivališta.
 5. Nema ograničenja broja zahtjeva u vezi s putovanjima koji se mogu podnijeti; svako putovanje mora biti prethodno potvrđeno u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva kao relevantno u okviru uvjeta i opsega police
4. Troškovi smještaja tijekom liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva troškove smještaja:
 1. za osiguranika i jednog pratitelja ili dvaju pratitelja, ako je osiguranik maloljetna osoba (te živog darivatelja u slučaju transplantacije), tijekom boravka u inozemstvu isključivo u svrhu liječenja u inozemstvu u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva. Sve dogovore u vezi sa smještajem potrebno je obaviti putem društva Further, a osiguratelj neće platiti dogovore u vezi sa smještajem koje su samostalno obavili osiguranik ili treća osoba u ime osiguranika.
 2. Društvo Further odgovorno je za predlaganje datuma rezervacije smještaja na osnovi odobrenog programa liječenja, koji se priopćuju osiguraniku dovoljno unaprijed da može urediti sve potrebne osobne stvari.
 3. Datum povratka određuje se na osnovi završetka liječenja i potvrde liječnika koji provodi liječenje da je osiguranik sposoban za putovanje.
 4. Ako osiguranik promijeni datume smještaja u odnosu na one koji su rezervirani i priopćeni, osiguranik će osiguratelju i/ili društvu Further morati nadoknaditi razumne, stvarne i dokumentirane nepovratne troškove ili troškove ponovne rezervacije nastale zbog promjene, osim ako je promjena posljedica:
 - a. dokumentirane medicinske nužnosti potvrđene u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva;
 - b. više sile ili
 - c. teške bolesti, hospitalizacije ili smrti bliskog člana obitelji osiguranika ili njegova pratitelja.
 5. Pokriveni dogovori u vezi sa smještajem uključuju rezervacije za dvokrevetnu sobu ili sobu s dva kreveta (uključujući doručak) u visokokvalitetnom hotelu (u rasponu od 3 ili 4 zvjezdice) koji zadovoljava kriterije u najboljem interesu osiguranika.
 6. Odabir hotela ovisi o raspoloživosti i blizini bolnice ili liječnika koji provodi liječenje, u radijusu od 10 km.
 7. Obroci i sporedni troškovi u hotelu nisu pokriveni. Nadstandardne usluge u hotelu nisu pokrivene osiguranjem.
 8. Nema ograničenja broja pokrivenih noćenja; ona će biti usklađena s trajanjem liječenja.
5. Troškovi povratka u domovinu

Osiguranje pokriva troškove povratka u domovinu:

1. ako osiguranik (i/ili živi darivatelj u slučaju transplantacije) umre izvan Hrvatske tijekom liječenja u inozemstvu organiziranog po ovoj polici, osiguratelj će platiti povratak posmrtnih ostataka preminuloga u Hrvatsku, ograničeno na usluge i materijale potrebne za pripremu i prijevoz tijela, uključujući:
 - usluge pogrebnog poduzeća koje obavlja međunarodni povratak u domovinu, uključujući balzamiranje i administrativne formalnosti;
 - najnužniji obvezni lijes i
 - prijevoz posmrtnih ostataka iz zračne luke do određenog mjesta pokopa u Hrvatskoj.
6. Troškovi lijekova nakon povratka s liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva troškove lijekova:
 1. za troškove lijekova kupljenih u Hrvatskoj nakon liječenja u inozemstvu, ako:
 - a. lijek ima dozvolu i odobrenje odgovarajućeg zdravstvenog tijela u Hrvatskoj, a njegovo propisivanje i primjena su regulirani;
 - b. lijek je dostupan za kupnju u Hrvatskoj u vrijeme i na način koji su potrebni za nastavak liječenja;
 - c. za lijek je potreban recept liječnika u Hrvatskoj;
 - d. u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva potvrđeno je da je lijek u skladu s preporukama međunarodnog(-ih) liječnika odgovornog(-ih) za liječenje u inozemstvu, kao potreban za daljnje liječenje;
 - e. pojedinačni recept ne premašuje zalihu za 2 mjeseca i
 - f. svi recepti izdani su prije kraja primjenjivog razdoblja naknade.Ovo pravo na lijekove ograničeno je na 50.000 EUR po osiguraniku tijekom trajanja police i sastavni je dio cjelokupnih godišnjih i doživotnih limita osigurane svote navedenih u članku 7.1.
2. Ovo pravo ne pokriva:
 - bilo koji trošak lijeka koji financira hrvatski nacionalni zdravstveni sustav ili ga pokriva druga policia osiguranja osiguranika;
 - trošak primjene lijeka;
 - lijekove kupljene izvan Hrvatske ili
 - račune predane nakon više od godinu dana od kupnje.
3. Lijek mora kupiti i platiti neposredno osiguranik. Osiguratelj će osiguraniku nadoknaditi troškove po primitku recepta, originalnog računa i dokaza o plaćanju. Kada je trošak djelomično pokriven od strane hrvatskog nacionalnog zdravstvenog sustava ili druge police osiguranja, u zahtjevu za povrat troškova potrebno je jasno razgraničiti dio koji je financirao osiguranik od dijela koji je financiran iz drugih izvora.
4. Ako je u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva potvrđeno da preporučeni lijek (ili istovrijedna alternativa slične učinkovitosti) nema dozvolu ili nije odobren u Hrvatskoj odnosno da nije dostupan za kupnju ili nije dostupan osiguraniku u Hrvatskoj, a ostali uvjeti iz stavka 1. su ispunjeni, policia će pokriti i troškove lijekova izvan Hrvatske, zajedno s povezanim dogovorima u vezi s putovanjem i smještajem pod uvjetima iz članaka 7.3 i 7.4.
7. Naknadna skrb nakon povratka s liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva naknadnu skrb:
 1. za troškove naknadne skrbi u Hrvatskoj nakon završenog liječenja u inozemstvu, ako:
 - a. je pruža bolnica ili liječnik potvrđen u okviru postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva;
 - b. je dostupna u Hrvatskoj u vrijeme i na način koji su potrebni za daljnji nadzor;
 - c. se provodi na temelju preporuka međunarodnog(-ih) liječnika odgovornog(-ih) za liječenje u inozemstvu i
 - d. je pružena tijekom primjenjivog razdoblja naknade.
 2. Ovo pravo ne pokriva troškove koje financira hrvatski nacionalni zdravstveni sustav ili ih pokriva druga policia osiguranja osiguranika ni račune predane nakon više od godinu dana od pružanja skrbi.
 3. Naknadnu skrb koja se provodi u Hrvatskoj mora urediti i platiti neposredno osiguranik. Osiguratelj će osiguraniku nadoknaditi troškove po primitku originalnog računa i dokaza o plaćanju. Kada je trošak djelomično pokriven od strane hrvatskog nacionalnog zdravstvenog sustava ili druge police osiguranja, u zahtjevu za povrat troškova potrebno je jasno razgraničiti dio koji je financirao osiguranik od dijela koji je financiran iz drugih izvora.
 4. Ako liječnik koji pruža naknadnu skrb u Hrvatskoj, s obzirom na razvoj zdravstvenog stanja osiguranika, preporuča smjernice koje se razlikuju od smjernica koje je prvotno odredio međunarodni liječnik, društvo Further prosljediti će ih međunarodnom liječniku na odobrenje te će, kada je primjenjivo, potvrditi povrat troškova u skladu s novim smjernicama.
 5. Na zahtjev osiguranika i ako su uvjeti iz stavka 1. točaka (c) i (d) još uvijek ispunjeni, naknadna skrb može se odobriti i organizirati

i izvan Hrvatske. U tom slučaju:

- naknadnu skrb provodit će međunarodni liječnik(-ci) koji je(su) liječio(-li) osiguranika ili njihov zdravstveni tim;
- osiguratelj će neposredno preuzeti zdravstvene troškove tih savjetovanja i dijagnostičkih pretraga i
- povezani dogovori u vezi s putovanjem i smještajem obaviti će se pod uvjetima iz članaka 7.3 i 7.4.

Članak 8.: NOVČANE ISPLATE: DNEVNA NAKNADA ZA BOLNIČKO LIJEČENJE

Kada osiguranik prima liječenje u inozemstvu u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva iz članka 13., a povezani troškovi plaćeni su po ovom ugovoru o osiguranju, osiguranik ima pravo na isplatu 100 EUR za svaku noć hospitalizacije, do najviše 60 noćenja po pojedinačnom odštetnom zahtjevu.

Ovaj iznos sastavni je dio cjelokupnih godišnjih i doživotnih limita osigurane svote navedenih u točki 1. članka 7.

Osiguratelj će isplatu po ovom pravu izvršiti u roku utvrđenom u članku 13. (Postupak ostvarivanja odštetnih zahtjeva), a u svakom slučaju najkasnije u zakonskim rokovima koji se primjenjuju prema hrvatskom pravu.

Članak 9.: ISKLJUČENJA OSIGURATELJA

Osiguratelj nema nikakvu obvezu u slučaju niže navedenih općih isključenja:

1. Opća isključenja za sva prava po ovom ugovoru o osiguranju:

Sljedeća isključenja vrijede za sve dijelove ove police osiguranja, uključujući dijelove koji se odnose na posebna prava (Special Benefits):

1. bolesti ili šteta osiguranika, ili bilo koji događaji ili njihove posljedice, povezani s neposrednim sudjelovanjem osiguranika u ratovima (proglašenim ili ne), terorizmu, neredima, nemirima, ustancima, pobunama ili činovima agresije;
2. bolesti ili šteta osiguranika, ili bilo koji događaji ili njihove posljedice, koje neposredno ili posredno uzrokuje nuklearna energija ili oslobađanje radioaktivnih, kemijskih ili bioloških materijala u bilo kakvom obliku;
3. bolesti ili stanja, ili bilo koja druga šteta za osiguranika, uzrokovana namjerno ili prijevarom ili koja proizlazi iz nemarnih radnji ili kaznene lakomnosti, ili kao posljedica počinjenja ili pokušaja počinjenja kaznenog djela koje počinje osiguranik, njegovi nasljednici ili pravni zastupnik;
4. posljedice ili šteta osiguranika kao rezultat potresa, nemira, poplava, vulkanskih erupcija i svih drugih izvanrednih ili katastrofalnih pojava, uključujući službeno proglašene epidemije koje proglašava hrvatsko nadležno tijelo.

2. Ostala opća isključenja

Osiguratelj nema obvezu plaćanja odštetnih zahtjeva u vezi sa sljedećim isključenjima:

1. troškovi koji proizlaze iz svih bolesti ili zdravstvenih postupaka koji nisu izričito predviđeni u skladu s člankom 6. ovih uvjeta osiguranja;
2. svaka šteta osiguraniku zbog alkoholizma, ovisnosti o drogama i/ili opojnim sredstvima, uzrokovana zlouporabom alkohola i/ili uporabom psihoaktivnih, narkotičkih ili halucinogenih droga;
3. posljedice i bolesti koje proizlaze iz pokušaja samoubojstva ili samoozljeđivanja.

3. Medicinska isključenja:

Osiguratelj nema obvezu plaćanja odštetnih zahtjeva u vezi sa sljedećim medicinskim isključenjima:

1. prethodno postojeće bolesti (sve bolesti ili zdravstvena stanja osiguranika koja su bila prijavljena, dijagnosticirana, liječena ili koja su pokazivala povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) u razdoblju od 10 godina prije datuma početka osiguranja (ili odgovarajućeg datuma uključenja osiguranika));
2. zdravstveni postupci koji uključuju gensku terapiju, terapiju somatskim stanicama, terapiju tkivnim inženjeringom, osim CAR T-stanične terapije, kada:
 - je liječenje pruženo u skladu s preporukama u stručnom kliničkom izvješću (Expert Clinical Report) i
 - se provodi u skladu s odobrenim protokolom za CAR T-staničnu terapiju.

Radi izbjegavanja dvojbe, molimo da uzmete u obzir da se TIL (tumor-infiltrating lymphocyte) terapija smatra uključenom u ovo isključenje te stoga nije pokrivena ovom policom;

3. preventivne terapije;

4. eksperimentalno liječenje, kao i oni dijagnostički, terapijski i/ili kirurški zahvati čija sigurnost i pouzdanost nisu bile na odgovarajući način znanstveno dokazane, osim važećih zahtjeva za:

- pristup »Off Label« (izvan odobrene indikacije) ili
- pristup Kliničkom ispitivanju

kako je podrobno navedeno u Prilogu I. Personalized Medicine (personalizirana medicina);

5. zdravstveni postupci potrebni zbog AIDS-a (sindrom stečene imunodeficijencije), infekcije virusom HIV (virus humane imunodeficijencije) ili bilo kakvog stanja koje je nastalo zbog njih (uključujući Kaposijev sarkom), ili bilo kakvo liječenje AIDS-a ili HIV-a, osim postupaka potrebnih zbog nesretne infekcije virusom HIV;

6. svaka usluga koja nije medicinski nužna za liječenje pokrivena bolesti ili zdravstvenog postupka, kako je opisano u članku 6. ovih uvjeta osiguranja;

7. liječenje bolesti za koju je najbolje liječenje transplantacija, kako je navedena u Modulu pokrivača 4;

8. svaka bolest koja je uzrokovana zdravstvenim postupcima organiziranim u vezi s liječenjem u inozemstvu, osim u slučaju kada je ta bolest kvalificirana kao pokrivena bolest ili pokriveni zdravstveni postupak;

9. svaka bolest koja je bila dijagnosticirana, liječena ili je pokazivala povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) tijekom razdoblja karence (razdoblje od 180 dana od datuma početka osiguranja (ili odgovarajućeg datuma uključivanja osiguranika));

10. liječenje dugotrajnih nuspojava, ublažavanje kroničnih simptoma ili rehabilitacija (uključujući, no ne ograničavajući se na, fizioterapiju, rehabilitaciju pokretljivosti te jezičnu i govornu terapiju).

4. Specifični isključeni troškovi u vezi s Critical Advantage+:

Osiguratelj nema obvezu plaćanja odštetnih zahtjeva za sljedeće isključene troškove:

1. bilo kakvi troškovi koji nastanu u vezi s ili proizlaze iz bilo kakvog dijagnostičkog postupka, liječenja, usluge, robe ili liječničkog recepta bilo koje naravi, a koji su nastali u Hrvatskoj, osim:

- a. troškova lijekova nastalih u Hrvatskoj, kako je navedeno u točki 6. članka 7.;
- b. troškova naknadne skrbi nastalih u Hrvatskoj, kako je navedeno u točki 7. članka 7.;

2. bilo kakvi troškovi koji nastanu u vezi s ili proizlaze iz bilo kakve dijagnostike, liječenja, usluge, robe ili liječničkog recepta bilo koje naravi, a koji nastanu u bilo kojoj zemlji u kojoj osiguranik, u trenutku kada društvo Further izda popis preporučenih bolnica u skladu s člankom 13., živi, radi ili studira.

Radi izbjegavanja dvojbe, nakon što društvo Further izda popis preporučenih bolnica i osiguranik s tog popisa odabere određeno liječenje, polica će nastaviti pružati pokriće u tom određenoj bez obzira na bilo kakvu naknadnu promjenu mjesta stanovanja osiguranika. Polica ne jamči pokriće liječenja u bilo kojoj zemlji koja nije uključena u izvorni popis preporučenih bolnica, uključujući bilo koju zemlju u koju se osiguranik naknadno preseli;

3. bilo kakvi troškovi koji nastanu u vezi s bilo kojom bolešću dijagnosticiranom ili koja pokazuje prve medicinski dokumentirane simptome tijekom razdoblja karence, kako je navedeno u članku 1. ovih uvjeta;

4. bilo kakvi troškovi koji nastanu prije izdavanja prethodnog odobrenja osiguranja;

5. bilo kakvi troškovi koji nastanu u bolnici različitoj od one ovlaštene i navedene u prethodnom odobrenju osiguranja;

6. bilo kakvi troškovi koji nastanu bez poštovanja postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva iz članka 13. ovih uvjeta;

7. bilo kakvi troškovi koji nastanu zbog usluga boravka, lječilišta, klinika za prirodno liječenje, kućne njege ili usluga u rehabilitacijskom centru ili ustanovi, hospiciju ili domu za starije osobe, i onda kada su takve usluge potrebne ili nužne zbog pokrivenosti ili pokrivenog zdravstvenog postupka;

8. bilo kakvi troškovi koji nastanu pri kupnji (ili najmu) bilo koje vrste proteze ili ortopedskih pomagala, steznika, zavoja, štaka, umjetnih udova ili organa, vlasulja (i onda kada se njihova uporaba smatra potrebnom tijekom kemoterapijskog liječenja), ortopedske obuće, zubnih proteza, kilnih pojaseva i druge

slične opreme ili predmeta, osim:

a. prsnih proteza kao posljedica mastektomije i

b. umjetnih srčanih zalisaka,

koji su potrebni kao posljedica operacije organizirane i plaćene po ovoj polici;

9. bilo kakvi troškovi koji nastanu pri kupnji ili najmu invalidskih kolica, posebnih kreveta, klimatskih uređaja, pročišćivača zraka i bilo kojih drugih sličnih predmeta ili opreme;

10. svi farmaceutski proizvodi i lijekovi koji nisu izdani od strane farmaceuta s licencom ili koji su dostupni bez liječničkog recepta;

11. bilo kakvi troškovi koji nastanu zbog uporabe alternativne medicine, i onda kada je ona posebno propisana od strane liječnika;

12. bilo kakvi troškovi zdravstvene skrbi ili hospitalizacije radi liječenja kognitivnih poremećaja, senilnosti ili oštećenja mozga, bez obzira na stupanj njihova razvoja;

13. troškovi prevoditelja, telefonski i drugi troškovi u vezi s predmetima za osobnu uporabu ili predmetima koji nisu zdravstvene naravi, ili za bilo koju drugu uslugu pruženu srođnicima, pratiteljima ili suputnicima;

14. bilo kakvi troškovi koje načine osiguranik ili srodnici, pratitelji ili suputnici, osim onih koji su izričito pokriveni;

15. bilo kakvi troškovi u vezi s redovitim prijevozom iz određenog hotela u bolnicu ili do liječnika koji provodi liječenje.

5. Osiguratelj u okviru Critical Advantage+ nema nikakvu obvezu u slučaju niže navedenih isključenih bolesti i zdravstvenih postupaka:

U slučaju liječenja raka

a. bilo koji tumor uz prisutnost sindroma stečene imunodeficijencije (AIDS), osim ako je posljedica nesretne infekcije virusom HIV;

b. svaki ne-melanomski kožni rak za koji histološki nije utvrđeno da je uzrokovao invaziju izvan epidermisa (vanjskog sloja kože).

U slučaju kirurške koronarne revaskularizacije (miokardne revaskularizacije)

a. bilo koja koronarna bolest liječena uporabom tehnika koje nisu kirurško premoštenje (by-pass) koronarnih arterija, kao što su svaki oblik angioplastike i krvožilni potpornji (stentovi).

U slučaju transplantacije organa živog darivatelja

a. bilo koja transplantacija, ako potreba za transplantacijom nastane kao posljedica alkoholne bolesti jetre;

b. bilo koja transplantacija, ako je provedena kao autotransplantacija;

c. bilo koja transplantacija kada je osiguranik darivatelj za treću osobu;

d. bilo koja transplantacija od mrtvog darivatelja;

e. bilo koja transplantacija organa koja uključuje liječenje matičnim stanicama;

f. transplantacija omogućena kupnjom darivateljevih organa.

Članak 10.: DOGOVOR O PREMIJI I OSIGURANOJ SVOTI TE PLAĆANJE PREMIJE

1. Ugovaratelj osiguranja i osiguratelj sporazumno određuju osiguranu svotu i premiju, osobito s obzirom na odabrani premijski sustav i dob osiguranika, kako je prikazano u polici osiguranja.

2. Premija je određena prema dobnim razredima.

3. Premija se može plaćati godišnje ili u obrocima (polugodišnje, tromjesečno ili mjesečno).

4. Ugovaratelj osiguranja dužan je plaćati ugovorenu premiju u dogovorenim rokovima i na dogovoreni način.

5. Premija za ovo osiguranje plaća se najdulje do kraja one osigurateljne godine u kojoj osiguranik navrší 84. godinu života ili do smrti osiguranika, ovisno o tome što nastupi ranije.

6. Premija je izražena u eurima (EUR). Ugovaratelj osiguranja dužan je uz ugovorenu premiju platiti i sve doprinose i poreze koji se na premiju primjenjuju na datum početka osiguranja prema tada važećem hrvatskom pravu. Ako promjena mjerodavnog prava nakon datuma početka osiguranja uvede, ukine ili izmijeni neki takav doprinos ili porez, odgovarajuća prilagodba iznosa koji plaća ugovaratelj osiguranja proizvodi učinak tek od dana kada sama relevantna zakonska promjena stupi na snagu te se na računu ili obavijesti o obnovi osiguranja iskazuje odvojeno od same premije.

7. Ugovaratelj osiguranja prima na znanje da se premija tijekom

trajanja osiguranja mijenja s obzirom na dob osiguranika (prelazak u viši dobni razred). Premija se odgovarajuće usklađuje na kraju one osigurateljne godine u kojoj osiguranik dosegne relevantnu dobnu granicu.

8. Promjene pri obnovi osiguranja.

a. Promjene premije. Najkasnije dva (2) mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine osiguratelj će pisano obavijestiti ugovaratelja osiguranja o premiji koja se za sljedeću osigurateljnu godinu primjenjuje za svaki dobni razred. Promjene premije mogu odražavati:

- promjene mjerodavnih zakona, propisa ili poreznog uređenja;
- broj, trajanje i troškove podnesenih ili očekivanih odštetnih zahtjeva;
- iskustva u vezi s odštetnim zahtjevima u osigurateljnoj industriji; i
- rast troškova pokrivenih zdravstvenih postupaka.

Ako se ugovaratelj osiguranja s promjenom ne slaže, može joj pisano prigovoriti u roku od trideset (30) dana od primitka obavijesti, u kojem slučaju ugovaratelj osiguranja može odustati od osiguranja s učinkom od kraja tekuće osigurateljne godine. Ako ugovaratelj osiguranja u tom roku ne prigovori, promjena stupa na snagu pri obnovi osiguranja.

b. Promjene opsega pokrića. Ako osiguratelj predlaže promjenu osigurane svote, limita prikazanih u polici osiguranja ili razine ili vrste pokrića i pruženih usluga, o tome će pisano obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije dva (2) mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine, uz jasno i konkretno objašnjenje promjene i njezina praktičnog učinka na pokriće ugovaratelja osiguranja.

- i) Ako promjena ni u kojem pogledu ne smanjuje razinu ili vrstu pokrića (npr. pojašnjenje bez sužavanja opsega, povećanje limita ili dodavanje prava iz police), stupa na snagu pri obnovi osiguranja na isti način i uz isto pravo prigovora kao u podstavku a).
- ii) Ako promjena u bilo kojem pogledu smanjuje razinu ili vrstu pokrića – uključujući svako smanjenje limita, podlimita ili prava iz police, ma koliko neznatno – ta promjena stupa na snagu, a polica se obnavlja, samo ako ugovaratelj osiguranja prije datuma obnove izričito pisano potvrdi da je prihvata. U nedostatku takve potvrde polica se neće obnoviti i prestaje istekom tekuće osigurateljne godine.

ili namjerno prešuti neku okolnost, znajući da osiguratelj ne bi sklopio osiguranje da je znao za pravo stanje stvari, osiguratelj može tijekom trajanja osiguranja zahtijevati poništenje osiguranja bez otkaznog roka, pod uvjetom da to pravo ostvari u roku od tri (3) mjeseca od dana kada je saznao za netočnost ili prešućivanje.

3. Ako je osiguranje poništeno iz razloga navedenih u stavku 2., osiguratelj zadržava već plaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za osigurateljno razdoblje tijekom kojeg je zahtijevao poništenje.

4. Ako ugovaratelj osiguranja ili osiguranik nenamjerno netočno prijavi ili nenamjerno propusti prijaviti okolnost koju je bio dužan prijaviti, osiguratelj može tijekom trajanja osiguranja, u roku od mjesec dana od dana kada je saznao za netočnost ili nepotpunost prijave, otkazati osiguranje ili predložiti povišenje premije razmjerno većem riziku. Osiguranje prestaje četrnaest (14) dana nakon dana kada je osiguratelj obavijestio ugovaratelja osiguranja o otkazu. Ako osiguratelj umjesto toga predloži povišenje premije, a ugovaratelj osiguranja to ne prihvati u roku od četrnaest (14) dana, smatra se da je ugovor o osiguranju po samom zakonu raskinut s danom kada je ugovaratelj osiguranja primio prijedlog. Ako se ugovor o osiguranju raskine u skladu s ovim stavkom, osiguratelj mora vratiti ugovaratelju osiguranja premije koje bi inače dospjele za preostali dio osigurateljnog razdoblja.

5. Ako osiguratelj utvrdi da je osiguranik ili ugovaratelj osiguranja podnio lažan ili prijevaran odštetni zahtjev ili je svjesno dostavio lažne, izmijenjene ili obmanjujuće medicinske podatke, dokumente ili izjave u prilog odštetnom zahtjevu, osiguratelj može: (a) odbiti isplatu predmetnog odštetnog zahtjeva u cijelosti ili djelomično; (b) otkazati policu s trenutnim učinkom pisanom obaviješću ugovaratelju osiguranja, bez povrata premije za tekuću osigurateljnu godinu; i (c) od ugovaratelja osiguranja ili osiguranika zahtijevati povrat svih iznosa već isplaćenih u vezi s prijavnim odštetnim zahtjevom, zajedno sa svim razumnim troškovima koje je osiguratelj imao pri njegovu ispitivanju. Ovaj stavak ne ograničava nijedno drugo pravo ili pravno sredstvo koje osiguratelju pripada prema mjerodavnom hrvatskom pravu.

6. Ako osiguranje prestane zbog smrti osiguranika, osiguratelj ima pravo na premiju do kraja tog mjeseca.

7. Ugovaratelj osiguranja ili osiguranik dužan je bez odgode obavijestiti osiguratelja o svakoj promjeni priopćene adrese ili uobičajenog boravišta. Ako to ne učini, snosi sve time prouzročene troškove koji su osiguratelju razumno nastali u vezi s tim propustom.

8. Ugovaratelj osiguranja ili osiguranik dužan je stalno obavještavati osiguratelja o svim promjenama koje su značajne za provođenje osiguranja.

9. Osiguratelj će pisane obavijesti slati ugovaratelju osiguranja na adresu koju je ugovaratelj osiguranja posljednju pisano priopćio. Ako obavijest nije moguće uručiti zato što ugovaratelj osiguranja nije ažurirao priopćenu adresu ili zato što ugovaratelj osiguranja ili njegov zastupnik odbija primitak, smatra se da je obavijest primljena na dan pokušaja uručenja te da je ugovaratelj osiguranja upoznat s njezinim sadržajem. Ta se pretpostavka ne primjenjuje ako uručenje nije uspjelo iz razloga koji se ne može pripisati ugovaratelju osiguranja, kao što je pogreška poštanske ili dostavne službe. Ako ugovaratelj osiguranja, iz razloga koji prema ovom stavku valjano dovodi do pretpostavke primitka, ne poduzme radnju zahtijevanu obaviješću, snosi sve time prouzročene troškove koji su osiguratelju razumno nastali.

10. Ako se uobičajeno boravište ugovaratelja osiguranja promijeni u zemlju izvan Europske unije ili Europskog gospodarskog prostora, ugovaratelj osiguranja mora u roku od trideset (30) dana od te promjene o tome obavijestiti osiguratelja i dostaviti ime i adresu osobe ili subjekta ovlaštenog za primanje obavijesti i izjava osiguratelja u ime ugovaratelja osiguranja unutar Europske unije ili Europskog gospodarskog prostora. Ovaj stavak isključivo je administrativni zahtjev za potrebe dostave obavijesti te sam po sebi ne utječe na ispunjavanje uvjeta osiguranika za pokriće niti na njegovo pravo na pokriće po ovoj polici.

Članak 11.: POSLJEDICE ZBOG NEPLAĆENE PREMIJE

1. Ako premija ne bude plaćena do dospeljeća, pokriće prestaje, u skladu s policom, trideset (30) dana nakon dana kada je ugovaratelju osiguranja ili osiguraniku uručeno preporučeno pismo osiguratelja s obaviješću o dospjeloj neplaćenju premiji, poslano na adresu koju je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik posljednju priopćio osiguratelju. Na dostavu te obavijesti primjenjuju se opća pravila o dostavi obavijesti između privatnih stranaka prema Zakonu o obveznim odnosima, a ne Zakon o općem upravnom postupku, koji se ne primjenjuje na ovaj privatni ugovor o osiguranju.

2. Ako je rok od trideset (30) dana iz stavka 1. protekao bez plaćanja, a ugovaratelj osiguranja ili osiguranik uredno je obaviješten u skladu sa stavkom 1. o dospjeloj neplaćenju premiji i posljedicama neplaćanja, osiguratelj može raskinuti ugovor bez daljnje obavijesti i naplatiti neplaćenu premiju zajedno s pripadajućim kamatama. Raskid ugovora i prestanak pokrića nastupaju istekom roka od trideset (30) dana iz stavka 1.

3. Neplaćanje premije ne predstavlja niti se može smatrati izjavom ugovaratelja osiguranja o raskidu ili otkazu. Posljedice neplaćanja uređene su isključivo stavcima 1. i 2. ovog članka.

Članak 12.: OBVEZE UGOVARATELJA OSIGURANJA I OSIGURANIKA TE POSLJEDICE NJIHOVA NEISPUNJENJA

1. Ugovaratelj osiguranja ili osiguranik dužan je pri sklapanju ugovora prijaviti osiguratelju sve okolnosti značajne za ocjenu rizika koje su mu poznate ili mu razumno nisu mogle ostati nepoznate. Okolnost je značajna ako osiguranje, da je ta okolnost bila poznata, ne bi bilo sklopljeno ili bi bilo sklopljeno pod drugačijim uvjetima.

2. Ako ugovaratelj osiguranja ili osiguranik namjerno netočno prijavi

Članak 13.: POSTUPAK OSTVARIVANJA ODŠETNIH ZAHTJEVA ZA CRITICAL ADVANTAGE™ + PEM

Osiguranik ili bilo koja osoba koja je ovlaštena zakonito nastupati u njegovo ime mora, pri dijagnozi pokrivenosti ili pokrivenog zdravstvenog postupka definiranog u članku 6. ovih uvjeta,

postupiti u skladu s niže opisanim postupkom. Poštovanje postupka ostvarivanja odštetnih zahtjeva preduvjet je za primanje bilo kojeg liječenja, usluge, materijala ili liječničkog recepta u vezi s pokrivenom bolešću ili pokrivenim zdravstvenim postupkom u skladu s policom osiguranja.

1. Obavješćavanje o zahtjevu: osiguranik ili bilo koja osoba koja je ovlaštena zakonito nastupati u njegovo ime mora bez nepotrebnog odgađanja, a u svakom slučaju u razumnom roku koji omogućuje pravilnu ocjenu zahtjeva, obavijestiti društvo Further o mogućem zahtjevu, u skladu s općom obvezom iz Zakona o obveznim odnosima da se o nastupu osiguranog slučaja obavijesti u roku od tri (3) dana od saznanja za njega.

Osiguranik će biti obaviješten o potrebnim koracima za dovršenje postupka društvu Further predao sve odgovarajuće dijagnostičke pretrage i medicinsku dokumentaciju potrebnu za ocjenu opravdanosti zahtjeva, a za dovršenje te ocjene bit će potrebne sljedeće medicinske usluge:

- **Drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion):** osiguranik će biti obaviješten o potrebnim koracima za dovršenje postupka usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion), uključujući osiguranikovu potpisanu punomoć koja omogućuje prikupljanje svih odgovarajućih dijagnostičkih pretraga i medicinskih informacija. Svrha usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) jest potvrda dijagnoze i pokriva koje pruža polica osiguranja.
- **Personalized Medicine (personalizirana medicina):** za određene oblike raka može biti koristan pregled tehnikama molekularnog profiliranja, što može pružiti Personalized Medicine (personalizirana medicina) (vidjeti Prilog I.).

2. Ocjena zahtjeva i odabir međunarodne bolnice:

Ako se zahtjev odnosi na:

- dijagnozu raka (modul pokrića 1) koja nema pravo na Personalized Medicine (personalizirana medicina) ili
- zahtjev za module pokrića 2, 3 ili 4, mora biti dovršeno drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion).

Svrha usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) jest potvrda dijagnoze i pokriva koje pruža polica osiguranja.

Ako se zahtjev odnosi na dijagnozu raka (modul pokrića 1) koja ima pravo na Personalized Medicine (personalizirana medicina), osiguranik se može odlučiti za dovršenje usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) ili usluge Personalized Medicine (personalizirana medicina).

- a. ako je zatraženo drugo liječničko mišljenje (Second Medical Opinion), usluga drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) upotrijebit će se za potvrdu dijagnoze i pokriva koje pruža polica osiguranja;
- b. ako je zatražena usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina), društvo Further najprije će na temelju pregleda predanih odgovarajućih dijagnostičkih pretraga i medicinske dokumentacije odlučiti je li zahtjev pokriven. Ako je zahtjev proglašen valjanim, osiguraniku se nudi liječenje u inozemstvu i aktivira se usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina).

Rezultati i nalazi usluge Personalized Medicine (personalizirana medicina) mogu, kada postanu dostupni, ukazati na potrebu za promjenom protokola liječenja u odnosu na protokol liječenja koji se pruža osiguraniku. Pogledajte rezultate usluge Personalized Medicine (Prilog I.).

Ako je usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina) dovršena, osiguranik za istu dijagnozu raka ne može naknadno zatražiti uslugu drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion). Ako je pak za dijagnozu raka dovršena usluga drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion), može uslijediti kasniji zahtjev za uslugu Personalized Medicine (personalizirana medicina), ako ta dijagnoza raka napreduje u dijagnozu raka koja ima pravo na Personalized Medicine (personalizirana medicina).

Zahtjev je potvrđen kao pokriven

Ako je zahtjev pokriven po polici i osiguranik se odluči za liječenje izvan Hrvatske, mora o toj odluci obavijestiti društvo Further. Društvo Further zatim će osiguraniku dati popis preporučenih bolnica u inozemstvu. Osiguranik zatim mora u roku od tri mjeseca od primitka izvršiti priopćiti društvu Further koju je bolnicu odabrao.

Zahtjev je potvrđen kao nepokriven ako je ishod usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) ili usluge Personalized Medicine (personalizirana medicina) takav da dijagnoza nije potvrđena kao pokrivena bolest ili pokriveni zdravstveni postupak, osiguratelj će o tome pisanim putem obavijestiti osiguranika, navodeći razlog(e) za takvo utvrđenje i primijenjene medicinske kriterije.

3. Prethodno odobrenje osiguranja: kada društvo Further primi

osiguranikovu potvrdu odabrane bolnice s popisa preporučenih bolnica za liječenje, društvo Further uredit će potrebne logističke i medicinske poslove za pravilan prijem osiguranika u odabranu bolnicu i izdati prethodno odobrenje osiguranja koje vrijedi samo za navedenu bolnicu. Prethodno odobrenje osiguranja omogućuje osiguraniku pristup odgovarajućem liječenju, uslugama, materijalu ili receptima u vezi sa zahtjevom u odabranoj bolnici.

Prethodno odobrenje osiguranja izdaje se na temelju zdravstvenog stanja osiguranika u vrijeme kada ga izdaje društvo Further. S obzirom na to da se zdravstveno stanje osiguranika s vremenom može promijeniti, ovo odobrenje vrijedi tri mjeseca. U slučaju da osiguranik ne započne s liječenjem u odobrenoj bolnici navedenoj u prethodnom odobrenju osiguranja u roku od tri mjeseca od izdavanja, društvo Further izdat će novo odobrenje pazeći da su preporučene bolnice najprimjerenije s obzirom na zdravstveno stanje osiguranika u tom trenutku.

Isključeni su bilo kakvi troškovi koji nastanu u bolnici koja nije navedena u prethodnom odobrenju osiguranja. Isključeni su bilo kakvi troškovi koji nastanu prije izdavanja prethodnog odobrenja osiguranja.

4. Primjenjivo razdoblje naknade

Pokriva po ovoj polici za određeni zahtjev vremenski je ograničeno na primjenjivo razdoblje naknade.

Primjenjivo razdoblje naknade iznosi trideset i šest (36) mjeseci, kako je definirano u članku 1., računa se zasebno za svaki zahtjev (za modul pokrića 1 – rak) odnosno za svaki modul pokrića (za module pokrića 2, 3 i 4) i počinje na dan kada je zahtjev proglašen valjanim. Po završetku primjenjivog razdoblja naknade za zahtjev ili modul pokrića po polici se u odnosu na taj zahtjev ili modul pokrića više ne plaćaju nikakve usluge, troškovi ni novčane pogodnosti, osim kako je izričito predviđeno u niže navedenim stavcima (1) i (2).

- (1) U slučaju da polica prestane nakon što je zahtjev proglašen valjanim, ali prije nego što društvo Further organizira prvo putovanje na liječenje u inozemstvu, polica će dopustiti najviše 3-mjesečno razdoblje od datuma prestanka pokrića za organizaciju prvog putovanja, kako bi se primjenjivo razdoblje naknade smatralo obuhvaćenim pokrićem po polici.
- (2) U slučaju da je osiguranik hospitaliziran ili pod skrbi bolnice u skladu s uvjetima prethodnog odobrenja osiguranja na kraju primjenjivog razdoblja naknade, polica će i nadalje pružati pokriće za zdravstvene troškove navedene u članku 7., točki 2., od sljedećeg planiranog povratka u Hrvatsku na temelju utvrđenog plana liječenja.
- (3) Ako se osiguranik odluči za nastavak liječenja u okviru istog zahtjeva u istoj bolnici u inozemstvu nakon isteka primjenjivog razdoblja naknade, bez financijske potpore iz police, društvo Further i nadalje će pružati pomoć putem usluge organizacije liječenja u inozemstvu (Medical Concierge) još dodatne 3 godine nakon kraja odgovarajućeg primjenjivog razdoblja naknade.

Napominjemo sljedeće:

- Pomoć društva Further putem usluge organizacije liječenja u inozemstvu (Medical Concierge) bit će ograničena na medicinske aspekte zahtjeva, isključujući organizaciju putovanja, smještaja ili repatrijacije.
- Ova pomoć vrijedi samo za medicinski nužno liječenje i naknadnu skrb kako je definirano policom. I nadalje vrijede isključenja navedena u članku 9.
- Tijekom tog dodatnog 3-godišnjeg razdoblja pomoći polica ne pokriva nikakve povezane zdravstvene troškove. Osiguranik je odgovoran za financiranje i osiguravanje plaćanja liječenja i naknadne skrbi nakon liječenja te za predaju dokaza o tome bolnici na zahtijevani način i u zahtijevanom roku.

5. Povratak s liječenja u inozemstvu: u slučaju da se konačni povratak u Hrvatsku dogodi prije kraja primjenjivog razdoblja naknade, društvo Further predstaviti će osiguraniku smjernice za korištenje:

- pokriva troškova lijekova, detaljno opisanog u članku 7., točki 6.;
- pokriva naknadne skrbi, detaljno opisanog u članku 7., točki 7., tijekom razdoblja aktivnog pokrića i na temelju preporuka međunarodnog(-ih) liječnika odgovornog(-ih) za liječenje u inozemstvu.

6. Ocjenjivanje zahtjeva nakon povratka s liječenja u inozemstvu: nakon konačnog povratka osiguranika u Hrvatsku, po dovršenju liječenja u inozemstvu, razvoj zdravstvenog stanja osiguranika može utvrditi da je potrebna nova ocjena za daljnje medicinski nužno liječenje. Uz uvjet da je polica još u razdoblju aktivnog pokrića, osiguranik ima pravo kontaktirati društvo Further radi dovršenja te ocjene.

Društvo Further zatim će ponovno obavijestiti osiguranika o koracima potrebnima kako bi društvu Further predao sve odgovarajuće dijagnostičke pretrage i medicinsku dokumentaciju potrebnu za dovršenje te ocjene.

U slučaju da ocjena društva Further potvrdi da je potrebno daljnje medicinski nužno liječenje, to će osiguraniku biti potvrđeno izdavanjem novog prethodnog odobrenja osiguranja s proizašlim popisom preporučenih bolnica i mogućim liječenjem u inozemstvu. Ocjena može zahtijevati, kada je to prema mišljenju društva Further medicinski opravdano, dovršenje nove usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) ili usluge Personalized Medicine (personalizirana medicina).

Polica će i nadalje pružati pokriće za sve usluge i zdravstvene troškove (kako je detaljno opisano u članku 7.) tijekom razdoblja aktivnog pokrića, u skladu s uvjetima iz najnovijeg prethodnog odobrenja osiguranja.

7. Plaćanje: sve dok su uvjeti prethodnog odobrenja osiguranja ispunjeni, osiguratelj će, u okviru prava iz police osiguranja, neposredno preuzeti troškove koji bi nastali osiguraniku, uz ograničenja, isključenja i uvjete detaljno navedene u polici osiguranja.

Zakonski rokovi plaćanja prema hrvatskom pravu (14 dana od obavijesti o osiguranom slučaju ili 30 dana ako je potrebno daljnje utvrđivanje, uz isplatu neosporenog iznosa kao preduma u međuvremenu) primjenjuju se na pogodnosti koje se ostvaruju povratom troškova iz članka 7., točke 6. (liječkovi) i točke 7. (naknadna skrb), a računaju se od dana kada osiguratelj primi odgovarajući zahtjev za povrat troškova. Za liječenje u inozemstvu, koje se podmiruje neposredno s bolnicom u kojoj se liječenje provodi, a ne povratom troškova osiguraniku, istovjetnu zaštitu pruža pravodobno utvrđivanje valjanosti zahtjeva u skladu s točkama 1. do 3. ovog članka, koje rezultira izdavanjem prethodnog odobrenja osiguranja.

8. Suradnja

a. Opseg ovlaštenja. U vezi s određenim zahtjevom osiguranik (ili njegov zakonski zastupnik) ovlašćuje osiguratelja, društvo Further i zdravstvene djelatnike uključene u uslugu drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion), uslugu Personalized Medicine (personalizirana medicina) ili u širi postupak ostvarivanja odštetnih zahtjeva da zatraže, pristupe i razmjenjuju medicinske informacije koje su razumno potrebne za ocjenu, potvrdu valjanosti i obradu tog zahtjeva.

Ovo je ovlaštenje ograničeno na:

- određeni zahtjev za koji je dano;
- medicinske informacije relevantne za dijagnozu, liječenje te stanja i čimbenike rizika iz kojih proizlazi taj zahtjev; i
- razdoblje koje je razumno potrebno za ocjenu i obradu zahtjeva te, ako je zahtjev prihvaćen, za pružanje liječenja u inozemstvu i s njim povezane naknadne skrbi.

b. Pregledi i upiti. Osiguranik mora dopustiti preglede koje obavljaju liječnici koje je angažiralo društvo Further i/ili osiguratelj te odgovoriti na upite koji su razumno potrebni za ocjenu i obradu zahtjeva.

c. Povlačenje. Osiguranik može u bilo kojem trenutku povući ovlaštenje dano na temelju podstavka a) pisanom obavješću osiguratelju. Povlačenje ne utječe na zakonitost prikupljanja, upotrebe ili razmjene medicinskih informacija provedenih prije primitka povlačenja. Prije nego što povlačenje proizvede učinak, osiguratelj će obavijestiti osiguranika o praktičnim posljedicama za dotični zahtjev, a osobito o tome da osiguratelj i društvo Further bez povučenih informacija možda neće moći nastaviti s ocjenom ili obradom zahtjeva.

Članak 14.: OTKAZ ILI IZMJENA UGOVORA O OSIGURANJU

1. Ugovaratelj osiguranja može otkazati osiguranje u pisanom obliku, pod uvjetom da osiguranje nije već otkazano iz nekog drugog razloga u skladu s ovim člankom.

Otkaz u prvih četrnaest (14) dana. Kada se otkaz zatraži u prvih četrnaest (14) dana od:

- datuma početka prikazanog u polici osiguranja ili datuma kada ugovaratelj osiguranja primi policu osiguranja (što god je kasnije); ili
- datuma kada se polica osiguranja obnovi,

osiguratelj će u cijelosti vratiti premije plaćene za pokriće dotične osigurateljne godine, osim što, ako je ugovaratelj osiguranja izričito zatražio da pokriće počne prije isteka tog roka od četrnaest dana, osiguratelj može odbiti iznos razmjerni razdoblju tijekom kojega je

pokriće stvarno bilo na snazi prije primitka otkaza.

Otkaz nakon prvih četrnaest (14) dana. Kada se otkaz zatraži nakon prvih četrnaest (14) dana, osiguratelj će ugovaratelju osiguranja poslati pismo ili e-poštu kojom potvrđuje da je polica otkazana te će razmjerno (pro rata) vratiti premiju plaćenu za razdoblje nakon datuma otkaza. Osiguratelj neće platiti liječenje koje se odvija nakon posljednjeg dana pokrića, osim ako je drukčije predviđeno u članku 13., točki 4. u odnosu na zahtjev koji je proglašen valjanim prije otkaza.

2. Osiguratelj može otkazati policu ako:

- ugovaratelj osiguranja ne plati premiju kada dospije, kako je utvrđeno u članku 11. Otkaz zbog neplaćanja i njegovi učinci uređeni su isključivo člankom 11.; na temelju ovog članka ne postoji zasebno pravo na ponovnu uspostavu pokrića;
- ugovaratelj osiguranja ili osiguranik podnese lažan ili prijevaran zahtjev, kako je utvrđeno u članku 12., stavku 5.

Članak 15.: PRIGOVORI, PRITUŽBE

U slučaju bilo kakvih upita, nedoumica ili pritužbi u vezi s ovom policom ili uslugama koje se pružaju u vezi s njom – uključujući liječenje pokrivenih bolesti ili pokrivenih zdravstvenih postupaka, odnosno usluge drugog liječničkog mišljenja (Second Medical Opinion) ili Personalized Medicine (personalizirana medicina) – ugovaratelj osiguranja i/ili osiguranik mogu podnijeti pritužbu u pisanom obliku na bilo koju od sljedećih adresa:

Further Underwriting International SLU

Paseo de Recoletos 12, Madrid 28001

E-adresa: complaints@wegofurther.com

Pritužbe se mogu podnijeti na hrvatskom jeziku te će primitak biti potvrđen, a odgovor dostavljen na hrvatskom jeziku.

Primitak pritužbe bit će potvrđen u pisanom obliku u roku od pet (5) radnih dana od njezina primitka. Pisano, obrazloženo rješenje pritužbe bit će dostavljeno u roku od petnaest (15) dana od izvorne obavijesti, u skladu s primjenjivim zahtjevima hrvatskog prava osiguranja. Pritužba će biti razmotrena u skladu s internim postupkom rješavanja pritužbi društva Further i osiguratelja.

Pritužbe moraju sadržavati sljedeće elemente: ime, prezime i prebivalište podnositelja pritužbe; naziv društva, posrednika u osiguranju ili druge strane čije su radnje predmet pritužbe; kratak opis razloga za pritužbu; te svaki dokument koristan za potpun opis činjenica i okolnosti.

Ako ugovaratelj osiguranja i/ili osiguranik nije zadovoljan ishodom pritužbe ili ako u najduljem roku od petnaest (15) dana ne primi odgovor, može podnijeti pritužbu HANFA-i (Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga), zajedno s dokumentacijom u vezi s pritužbom koju je obradilo društvo Further.

Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA)

Franje Račkoga 6, HR – 10000 Zagreb, Croatia

Tel: +385 1 6173 200

E-adresa: info@hanfa.hr

Web: <https://www.hanfa.hr>

Ugovaratelj osiguranja i/ili osiguranik može se u bilo kojem trenutku obratiti nadležnom sudu radi rješavanja spora, bez obzira na to je li pritužba podnesena osiguratelju ili HANFA-i.

Članak 16.: ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA

Axeria lard (voditelj obrade podataka) i, u njegovo ime, Further Underwriting International SLU obrađivat će vaše osobne podatke u skladu s Uredbom (EU) 2016/679 (Opća uredba o zaštiti podataka, „GDPR“), Zakonom o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka i svim drugim primjenjivim propisima o zaštiti podataka („propisi o zaštiti podataka“). Axeria lard djeluje kao voditelj obrade za niže opisane svrhe i načine obrade.

16.1 Svrhe

Vaše osobne podatke obrađujemo u sljedeće svrhe:

- upravljanje odnosom s klijentima na temelju izvršenja ugovora: upravljanje ugovorom o osiguranju, dostava uvjeta osiguranja i povezanih dokumenata, naplata premije i obrada zahtjeva;
- obrada zahtjeva u vezi s uslugama i pokrićem koje pruža ova polica, na temelju izvršenja ugovora;
- obavještanje o promjenama usluge, kada je to propisano

zakonom ili drugim propisom;

- zaštita od prijevара i pranja novca te ispunjavanje drugih zakonskih ili regulatornih obveza.

Ako se vaši osobni podaci budu obrađivali u svrhu koja nije jedna od gore navedenih, o tome ćemo vas obavijestiti prije početka takve obrade i, kada je to potrebno, zatražiti vašu privolu.

16.2 Prikupljeni podaci

U okviru gore navedenih svrha obrađujemo:

- identifikacijske podatke: ime, datum rođenja, državljanstvo, poštansku adresu, broj telefona, adresu e-pošte i identifikacijske brojeve, kada je to potrebno;
- financijske podatke (podaci o bankovnom računu, nalog za plaćanje);
- podatke u vezi s policom: broj police, datum početka važenja i ugovoreno pokrivanje;
- podatke o zahtjevima, kada je primjenjivo: podatke potrebne za ocjenu i isplatu zahtjeva;
- druge podatke potrebne za preuzimanje rizika, upravljanje policom i obradu zahtjeva, uključujući podatke za procjenu rizika, podatke o putovanju i dokumentaciju kojom se potkrepljuje zahtjev.

Kada je obrada podataka o zdravlju potrebna – primjerice za preuzimanje rizika, obradu zahtjeva ili u vezi s uslugama opisanim u ovoj polici – takvi se podaci obrađuju u skladu s primjenjivim propisima o zaštiti podataka, među ostalim, ovisno o slučaju, na temelju postavljanja, ostvarivanja ili obrane pravnih zahtjeva, ispunjavanja pravne obveze ili, kada je to potrebno, vaše izričite privole.

16.3 Otkrivanje vaših osobnih podataka

Vaši podaci mogu se otkriti:

- društvu Axeria lard (osiguratelj);
- društvu Further, kao administratoru zahtjeva i medicinskom administratoru;
- društvu BestHealth, kao posredniku/distributeru osiguranja;
- reosigurateljima i suosigurateljima;
- medicinskim savjetnicima i zdravstvenim djelatnicima, kada je to relevantno za zahtjev;
- pravnim savjetnicima i odvjetničkim uredima;
- pružateljima platnih usluga i bankama;
- regulatornim i nadzornim tijelima, uključujući HANFA-u;
- sudovima ili tijelima za rješavanje sporova;
- pružateljima IT usluga i dobavljačima tehnologije koji podržavaju naše sustave osiguranja.

16.4 Mjesto obrade i međunarodni prijenosi

Vaši se osobni podaci obrađuju i pohranjuju pretežno unutar Europske unije. Kada vaše osobne podatke prenosimo izvan Europskoga gospodarskog prostora, primjenjujemo odgovarajuće zaštitne mjere kako bismo osigurali primjerenu razinu zaštite, osobito putem standardnih ugovornih klauzula koje je objavila Europska komisija, u njihovoj važećoj verziji, ili na temelju primjenjive odluke o primjerenosti.

16.5 Vaša prava

Imate pravo:

- pristupiti svojim osobnim podacima;
- zatražiti njihovo ažuriranje ili ispravak;
- zatražiti njihovo brisanje, kada više nisu potrebni u svrhe u koje su prikupljeni;
- zatražiti ograničenje njihove obrade;
- zatražiti prijenos svojih podataka drugom voditelju obrade po vlastitom izboru;
- povući svoju privolu, kada se obrada temelji na privoli;
- uložiti prigovor na obradu svojih podataka.

Ta prava možete ostvariti tako da se obratite našem službeniku za zaštitu podataka:

Axeria-lard, Data Protection Officer,
E-adresa: ddp@axeria-lard.hr

Pritužbu možete podnijeti i nadležnom nadzornom tijelu.
U Hrvatskoj je to:

Agencija za zaštitu osobnih podataka (AZOP)
Ulica Metela Ožegovića 16, HR – 10 000 Zagreb, Croatia
Tel: +385 (0)1 4609-000
E-adresa: azop@azop.hr
Web: www.azop.hr

16.6 Pohrana

Vaši se osobni podaci čuvaju za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, a nakon toga tijekom razdoblja potrebnog za ispunjavanje primjenjivih

zakonskih i regulatornih obveza, uključujući primjenjive zastarne rokove prema hrvatskom pravu za tražbine koje proizlaze iz ovog ugovora.

Članak 17.: ZAVRŠNE ODREDBE

1. **Mjerodavno pravo.** Na ovaj ugovor o osiguranju i odnose koji iz njega proizlaze primjenjuje se pravo Republike Hrvatske.
2. **Odgovornost osiguratelja.** Axeria, kao osiguratelj, ostaje odgovorna ugovaratelju osiguranja i osiguraniku za izvršenje ovog ugovora o osiguranju, uključujući pokrivanje i pogodnosti koje se njime pružaju. Društvo Further obavlja usluge obrade zahtjeva, medicinske administracije i koordinacije liječenja u inozemstvu opisane u ovom ugovoru o osiguranju kao zastupnik društva Axeria i prema njegovim uputama. Nikakva interna raspodjela odgovornosti između društava Axeria i Further ne utječe na odgovornost društva Axeria prema ugovaratelju osiguranja i osiguraniku iz ovog ugovora o osiguranju, niti je umanjuje ili zamjenjuje.
3. **Nadležnost.** U slučaju spora, i ne dovodeći u pitanje bilo koje pravo u pogledu nadležnosti koje ugovaratelj osiguranja ili osiguranik ima na temelju primjenjivog prava EU-a (uključujući Uredbu (EU) br. 1215/2012 o nadležnosti, priznavanju i izvršenju sudskih odluka u građanskim i trgovačkim stvarima), sporovi se mogu iznijeti pred nadležni sud prema prebivalištu ugovaratelja osiguranja ili osiguranika u Republici Hrvatskoj ili pred bilo koji drugi sud nadležan na temelju primjenjivog prava EU-a.
4. Za odnose između osiguratelja, društva Further, osiguranika, ugovaratelja osiguranja, korisnika i ostalih osoba koji nisu uređeni ovim ugovorom o osiguranju primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima i drugih primjenjivih propisa Republike Hrvatske.
5. **Sankcije.** Osiguratelj ne pruža pokrivanje i nije dužan platiti nijedan zahtjev niti pružiti bilo kakvu pogodnost na temelju ovog ugovora o osiguranju u mjeri u kojoj bi pružanje takvog pokrivanja, plaćanja ili pogodnosti izložilo osiguratelja sankciji, zabrani ili ograničenju na temelju rezolucija Ujedinjenih naroda ili na temelju trgovinskih ili gospodarskih sankcija, zakona ili propisa Europske unije. Ova se odredba na sankcije, zakone ili propise Sjedinjenih Američkih Država primjenjuje samo u mjeri u kojoj je postupanje u skladu s njima dopušteno i nije u suprotnosti s Uredbom Vijeća (EZ) br. 2271/96 (Uredba EU-a o blokiranju) ili drugim primjenjivim pravom EU-a.
6. **Zastara.** Na tražbine koje proizlaze iz ovog ugovora o osiguranju primjenjuju se zastarni rokovi koji se prema Zakonu o obveznim odnosima, s njegovim izmjenama i dopunama, općenito primjenjuju na tražbine iz ugovora o osiguranju.

Premium Critical Advantage™ + PEM

AX-PCA-PEM3-HR-10_2026

Postojeći tekst u članku 7. „Pokriveni troškovi za Critical Advantage+” i članku 8. „Dnevna naknada za bolničko liječenje” općih uvjeta AX-SCA-PEM3-HR-10_2026 u cijelosti se zamjenjuje sljedećim tekstom:

Članak 7.: POKRIVENI TROŠKOVI ZA CRITICAL ADVANTAGE™ + PEM

1. Polica osiguranja pokriva troškove navedene u ovom članku 7. (do ograničenja navedenih u nastavku) koji nastanu u vezi s liječenjem u inozemstvu pokrivenih bolesti i pokrivenih zdravstvenih postupaka navedenih u članku 6. Godišnji i doživotni limiti osiguranih svota za troškove pokrivenih po ovoj polici jesu:
 - **2.000.000 EUR** po osiguraniku za pojedinu osigurateljnu godinu;
 - **4.000.000 EUR** doživotno ograničenje po osiguraniku tijekom valjanosti police.
2. Pokriveni zdravstveni troškovi tijekom liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva zdravstvene troškove nastale u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva utvrđenim u članku 13.:
 1. U bolnici u vezi s:
 - 1.1smještajem, prehranom i općom njegom tijekom boravka osiguranika u bolničkoj sobi, na odjelu ili odsjeku bolnice ili na odjelu intenzivne njege ili odjelu za promatranje;
 - 1.2drugim bolničkim uslugama, uključujući usluge ambulantnog odjela bolnice, i troškovima dodatnog kreveta ili kreveta za pratitelja, ako bolnica pruža tu uslugu;
 - 1.3uporabom operacijske dvorane i svim uslugama koje su s time povezane.
 2. U dnevnoj klinici ili u neovisnom centru za zdravstvenu skrb, ali samo ako bi liječenje, kirurški zahvat ili recept bili pokriveni po ovoj polici da su pruženi u bolnici.
 3. Kod liječnika u vezi s pregledom, liječenjem, zdravstvenom skrbi ili kirurškim zahvatom.
 4. Za posjete liječnika tijekom hospitalizacije.
 5. Za sljedeće zdravstvene i kirurške usluge, metode liječenja i recepte:
 - a. anesteziju i primjenu anestetika koje izvodi osposobljeni anesteziolog;
 - b. laboratorijske analize i patološke pretrage, rendgensko snimanje za pripremu liječenja, radioterapiju, radioaktivne izotope, kemoterapiju, elektrokardiogram, ehokardiografiju, mijelogram, elektroencefalogram, angiogram, kompjutoriziranu tomografiju i druge slične pretrage i metode liječenja potrebne za dijagnozu i liječenje pokrivenih bolesti ili pokrivenog zdravstvenog postupka, koje izvodi liječnik ili se izvode pod medicinskim nadzorom;
 - c. transfuzije krvi te primjenu plazme i seruma;
 - d. troškove povezane s uporabom kisika, intravenskih otopina i injekcija;
 - e. terapiju zračenjem;
 - f. rekonstruktivnu kirurgiju za popravak ili obnovu strukture oštećene ili uklonjene zdravstvenim postupcima pokrivenima ovom policom;
 - g. liječenje komplikacija ili nuspojava neposredno povezanih sa zdravstvenim postupcima pokrivenima ovom policom, koje zahtijevaju hitnu liječničku pomoć u bolnici ili kliničkom okruženju i moraju se zbrinuti prije nego što se osiguranik proglasi zdravstveno sposobnim za povratak u Hrvatsku.
 6. Za lijekove propisane na recept dok je osiguranik hospitaliziran radi liječenja pokrivenih bolesti ili provedbe pokrivenog zdravstvenog postupka. Lijekovi propisani za poslijeoperacijsko liječenje pokriveni su 30 dana od datuma kada osiguranik završi odgovarajuću fazu liječenja u inozemstvu i samo ako su kupljeni prije povratka u Hrvatsku.
 7. Za premještaje i prijevoz vozilom hitne pomoći kopnom ili

zrakom, ako ga je naznačio i propisao liječnik te je njegova potreba potvrđena u postupku ostvarivanja odštetnih zahtjeva.

8. Za usluge koje prima živi darivatelj tijekom uzimanja organa za transplantaciju osiguraniku: (a) postupak pretrage za pronalaženje mogućih darivatelja među članovima obitelji osiguranika; (b) bolničke usluge koje prima darivatelj, uključujući smještaj, prehranu, opću njegu, laboratorijske pretrage te uporabu opreme i bolničkih prostora (pri čemu su isključeni predmeti za osobnu uporabu koji nisu potrebni za postupak uzimanja); (c) kirurški zahvat i zdravstvene usluge za uzimanje darivateljeva organa ili tkiva.
9. Za usluge i materijal za kulture koštane srži u vezi s transplantacijom tkiva osiguraniku. Pokriva se pruža samo za troškove nastale od datuma prvog zaračunavanja zdravstvene usluge.
3. Troškovi putovanja tijekom liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva troškove putovanja:
 1. U inozemstvo za osiguranika i jednog pratitelja ili dva pratitelja, ako je osiguranik maloljetna osoba (te živog darivatelja u slučaju transplantacije), isključivo u svrhu liječenja u inozemstvu u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva. Sva putovanja moraju se organizirati putem društva Further, a osiguratelj neće platiti putovanja koja samostalno organiziraju osiguranik ili treća osoba u ime osiguranika.
 2. Društvo Further odgovorno je za predlaganje datuma putovanja na osnovi odobrenog programa liječenja, koji se priopćuju osiguraniku dovoljno unaprijed da može urediti potrebne osobne stvari.
 3. Ako osiguranik promijeni datume putovanja koje mu je priopćilo društvo Further, osiguranik će osiguratelju i/ili društvu Further morati nadoknaditi razumne, stvarne i dokumentirane nepovratne troškove ili troškove ponovne rezervacije nastale zbog promjene, osim ako je promjena posljedica:
 - dokumentirane medicinske nužnosti potvrđene u postupku ostvarivanja odštetnih zahtjeva;
 - više sile; ili
 - teške bolesti, hospitalizacije ili smrti bliskog člana obitelji osiguranika ili njegova pratitelja.
 4. Pokriveni troškovi putovanja uključuju:
 - prijevoz od osiguranikova stalnog prebivališta do određene zračne luke ili međunarodne željezničke postaje;
 - željezničku ili avionsku kartu u poslovnom razredu (business class) do grada u kojem se provodi liječenje i prijevoz do određenog hotela;
 - prijevoz od određenog hotela ili bolnice do određene zračne luke ili međunarodne željezničke postaje; i
 - željezničku ili avionsku kartu u poslovnom razredu (business class) i zatim prijevoz do grada osiguranikova stalnog prebivališta.
 5. Broj zahtjeva u vezi s putovanjima nije ograničen; svako putovanje mora biti unaprijed potvrđeno u postupku ostvarivanja odštetnih zahtjeva kao relevantno u okviru uvjeta i opsega police.
4. Troškovi smještaja tijekom liječenja u inozemstvu
Osiguranje pokriva troškove smještaja:
 1. za osiguranika i jednog pratitelja ili dva pratitelja, ako je osiguranik maloljetna osoba (te živog darivatelja u slučaju transplantacije), tijekom boravka u inozemstvu isključivo u svrhu liječenja u inozemstvu u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva. Sav smještaj mora se organizirati putem društva Further, a osiguratelj neće platiti smještaj koji samostalno organiziraju osiguranik ili treća osoba u ime osiguranika;
 2. društvo Further odgovorno je za predlaganje datuma rezervacije smještaja na osnovi odobrenog programa liječenja, koji se priopćuju osiguraniku dovoljno unaprijed da može urediti potrebne osobne stvari;
 3. datum povratka odredit će se na osnovi završetka liječenja

- i potvrde liječnika koji provodi liječenje da je osiguranik sposoban za putovanje;
4. ako osiguranik promijeni datume smještaja koji su rezervirani i priopćeni, osiguranik će osiguratelju i/ili društvu Further morati nadoknaditi razumne, stvarne i dokumentirane nepovratne troškove ili troškove ponovne rezervacije nastale zbog promjene, osim ako je promjena posljedica:
 - dokumentirane medicinske nužnosti potvrđene u postupku ostvarivanja odštetnih zahtjeva;
 - više sile; ili
 - teške bolesti, hospitalizacije ili smrti bliskog člana obitelji osiguranika ili njegova pratitelja;
 5. pokriveni troškovi smještaja uključuju rezervacije za dvokrevetnu sobu ili sobu s dva kreveta (uključujući doručak) u visokokvalitetnom hotelu (razine 5 zvjezdica) koji odgovara kriterijima u najboljem interesu osiguranika;
 6. odabir hotela ovisi o raspoloživosti i blizini bolnici ili liječniku koji provodi liječenje, u krugu od 10 km;
 7. obroci i sporedni troškovi u hotelu nisu pokriveni. Nadstandardne usluge (upgrade) u hotelu nisu pokrivena osiguranjem;
 8. broj pokrivenih noćenja nije ograničen; ona će biti usklađena s trajanjem liječenja.
5. Troškovi povratka u domovinu
 Osiguranje pokriva troškove povratka u domovinu: ako osiguranik (i/ili živi darivatelj u slučaju transplantacije) umre izvan Hrvatske tijekom liječenja u inozemstvu organiziranog po ovoj polici, osiguratelj će platiti povratak posmrtnih ostataka u Hrvatsku, ograničeno na usluge i materijale potrebne za pripremu i prijevoz tijela, uključujući:
- usluge pogrebnog poduzeća koje obavlja međunarodni povratak u domovinu, uključujući balzamiranje i administrativne formalnosti;
 - minimalni obvezni lijes; i
 - prijevoz posmrtnih ostataka iz zračne luke do određenog mjesta pokopa u Hrvatskoj.
6. Troškovi lijekova nakon povratka s liječenja u inozemstvu
 Osiguranje pokriva troškove lijekova:
1. Troškove lijekova kupljenih u Hrvatskoj nakon liječenja u inozemstvu, ako:
 - a. lijek ima dozvolu i odobrenje odgovarajućeg zdravstvenog tijela u Hrvatskoj, a njegovo propisivanje i primjena su regulirani;
 - b. lijek je dostupan za kupnju u Hrvatskoj u vrijeme i na način koji je potreban za nastavak liječenja;
 - c. za lijek je potreban recept liječnika u Hrvatskoj;
 - d. je u postupku ostvarivanja odštetnih zahtjeva potvrđeno da je lijek u skladu s preporukama međunarodnog(-ih) liječnika odgovornog(-ih) za liječenje u inozemstvu, kao potreban za daljnje liječenje;
 - e. pojedini recept ne prelazi zalihi za 2 mjeseca; i
 - f. svi recepti izdani su prije kraja primjenjivog razdoblja naknade.
- Ova naknada za lijekove ograničena je na 50.000 EUR po osiguraniku za cijelo razdoblje trajanja police i sastavni je dio ukupnih godišnjih i doživotnih limita osigurane svote navedenih u članku 7.1.
2. Ova naknada ne pokriva: bilo koji trošak lijekova koji financira hrvatski nacionalni zdravstveni sustav ili ga pokriva druga polica osiguranja osiguranika; troškove primjene lijeka; lijekove kupljene izvan Hrvatske; ni račune podnesene nakon više od godinu dana od kupnje.
 3. Lijek mora kupiti i platiti neposredno osiguranik. Osiguratelj će osiguraniku nadoknaditi troškove po primitku recepta, originalnog računa i dokaza o plaćanju. Ako je trošak djelomično pokriven od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) ili druge police osiguranja, zahtjev za povrat troškova mora jasno razdvojiti dio koji je financirao osiguranik od dijela koji je financiran iz drugih izvora.
 4. Ako je u postupku ostvarivanja odštetnih zahtjeva potvrđeno da preporučeni lijek (ili istovrijedni alternativni lijek slične učinkovitosti) nema dozvolu ili nije odobren u Hrvatskoj ili nije dostupan za kupnju ili pristupačan osiguraniku u Hrvatskoj, a ostali uvjeti iz stavka 1. su ispunjeni, polica pokriva i troškove lijeka izvan Hrvatske, zajedno s pripadajućim putovanjem i smještajem pod uvjetima iz članaka 7.3 i 7.4.
7. Naknadna skrb nakon povratka s liječenja u inozemstvu
 Osiguranje pokriva naknadnu skrb:
1. troškove naknadne skrbi u Hrvatskoj nakon završenog liječenja u inozemstvu, ako:
 - a. je pruža bolnica ili liječnik potvrđen u postupku ostvarivanja

- odštetnih zahtjeva;
 - b. je dostupna u Hrvatskoj u vrijeme i na način koji su potrebni za daljnji nadzor;
 - c. se provodi prema preporukama međunarodnog(-ih) liječnika odgovornog(-ih) za liječenje u inozemstvu; i
 - d. se pruža tijekom primjenjivog razdoblja naknade.
2. Ova naknada ne pokriva: troškove koje financira hrvatski nacionalni zdravstveni sustav ili ih pokriva druga polica osiguranja osiguranika; ni račune podnesene nakon više od godinu dana od pružanja skrbi.
 3. Naknadnu skrb koja se provodi u Hrvatskoj mora organizirati i platiti neposredno osiguranik. Osiguratelj će osiguraniku nadoknaditi troškove po primitku originalnog računa i dokaza o plaćanju. Ako je trošak djelomično pokriven od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) ili druge police osiguranja, zahtjev za povrat troškova mora jasno razdvojiti dio koji je financirao osiguranik od dijela koji je financiran iz drugih izvora.
 4. Ako liječnik koji pruža naknadnu skrb u Hrvatskoj, s obzirom na razvoj osiguranikova stanja, preporuča smjernice drukčije od onih koje je prvotno odredio međunarodni liječnik, društvo Further proslijedit će ih međunarodnom liječniku na odobrenje i, kada je to primjenjivo, potvrditi povrat troškova u skladu s novim smjernicama.
 5. Na zahtjev osiguranika i ako su uvjeti iz točaka 1(c) i 1(d) i dalje ispunjeni, naknadna skrb može se odobriti i organizirati i izvan Hrvatske. U tom slučaju: provodit će je međunarodni liječnik(-i) koji je(su) liječio(-i) osiguranika ili njihov zdravstveni tim; osiguratelj će neposredno preuzeti zdravstvene troškove tih savjetovanja i dijagnostičkih pretraga; a pripadajuće putovanje i smještaj organizirat će se pod uvjetima iz članaka 7.3 i 7.4.

Članak 8.: NOVČANE ISPLATE: DNEVNA NAKNADA ZA BOLNIČKO LIJEČENJE (PREMIUM)

Dnevna naknada za bolničko liječenje

Kada osiguranik prima liječenje u inozemstvu u skladu s postupkom ostvarivanja odštetnih zahtjeva utvrđenim u članku 13., a s time povezani troškovi plaćeni su po ovom ugovoru o osiguranju, osiguranik ima pravo na isplatu 200 EUR za svaku noć hospitalizacije, a najviše za 60 noći po pojedinom odštetnom zahtjevu. Taj iznos sastavni je dio ukupnih godišnjih i doživotnih limita osigurane svote navedenih u članku 7.1.

Jednokratni iznos

Polica osiguraniku isplaćuje jednokratni iznos od 20.000 EUR pri povratku osiguranika u Hrvatsku nakon prvog liječenja u inozemstvu pokrivene bolesti ili pokrivenog zdravstvenog postupka, ako je to liječenje trajalo najmanje 3 dana. Ova isplata ne izvršava se u slučaju liječenja raka „in-situ” (Modul pokrića 1, točka 2) ili predrakavih stanja (Modul pokrića 1, točka 3). Kada je osiguranik maloljetna osoba, isplata se izvršava roditelju ili skrbniku koji je ugovaratelj osiguranja ili osiguranik po polici. Isplatu ovih naknada osiguratelj izvršava u roku utvrđenom u članku 13. (Postupak ostvarivanja odštetnih zahtjeva), a u svakom slučaju najkasnije u zakonskim rokovima koji se primjenjuju prema hrvatskom pravu.

Prilog I: Personalized Medicine (personalizirana medicina)

AX-SCA-PEM3-HR-10_2026

AX-PCA-PEM3-HR-10_2026

Personalized Medicine (personalizirana medicina), koja se naziva i personaliziranom medicinom, odmak je od pristupa „jedna veličina za sve“ u liječenju raka prema pristupu koji koristi tehnike molekularnog profiliranja za određivanje pravog liječenja za pravog bolesnika u pravo vrijeme.

Personalized Medicine (personalizirana medicina) društva Further pruža osiguraniku personaliziranu podršku i vođenje na njegovu putu s rakom. To uključuje zdravstveni pristup naprednim genomskim testovima, kao što je sekvenciranje sljedeće generacije (Next Generation Sequencing – NGS), vodeću svjetsku stručnu interpretaciju laboratorijskih rezultata i točno stručno kliničko izvješće (Expert Clinical Report), osiguravanje personaliziranog plana liječenja raka specifičnog za molekularni profil svakog pojedinog osiguranika te vođenje u vezi s kliničkim ispitivanjima. Provedbu usluge nadzire društvo Further sa zdravstvenim osobljem specijaliziranim za to područje medicine.

Usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina) društva Further može dovesti do osiguratelnog pokrića za zdravstveno liječenje, povezane troškove putovanja i smještaja te novčane naknade, kako je navedeno u članku 4.: „Pokriće medicinskih nalaza utvrđenih Personalized Medicine (personalizirana medicina)“.

- Članak 1. Pokriveni medicinski scenariji
- Članak 2. Ograničenja
- Članak 3. Kako aktivirati uslugu Personalized Medicine (personalizirana medicina)
- Članak 4. Pokriće medicinskih nalaza utvrđenih Personalized Medicine (personalizirana medicina)
- Članak 5. Pokriveni troškovi nakon uključivanja u kliničko ispitivanje
- Članak 6. Što usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina) ne pokriva

1. POKRIVENI MEDICINSKI SCENARIJI

Personalized Medicine (personalizirana medicina) može se aktivirati kada su ispunjeni sljedeći uvjeti:

1. osiguranik se aktivno liječi zbog raka ili je primio pisanu preporuku za hitno liječenje raka; i
2. dijagnoza raka jest maligni rak (vidjeti Modul pokrića 1, Točka 1) i razvrstana je u skladu s jednim od sljedećih kriterija:
 - rak koji ne odgovara na liječenje prvom linijom (first line) (što potvrđuje liječeći onkolog); ili
 - rak dijagnosticiran u stadiju III. ili IV.; ili
 - rak nepoznatog primarnog sjela (odsutnost jasno prepoznatljivog primarnog tumora); ili
 - rijetki oblici raka (*); i
3. na raspolaganju je odgovarajući materijal za pretrage u obliku bioptičkog uzorka s dostatnim brojem tumorskih stanica. Ako uzorak ne sadrži dostatan broj tumorskih stanica, može se organizirati tekućinska biopsija (uzorak krvi), ako je to klinički primjereno.

(*) Vrste raka s incidencijom < 6/100.000 uključene na popis nadzora rijetkih vrsta raka u Europi (RARECARE).

2. OGRANIČENJA

Usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina) omogućuje provedbu jednog somatskog testa i odgovarajući pregled (jedno stručno kliničko izvješće – Expert Clinical Report) za svaku jedinstvenu dijagnozu raka. Jedinstvena dijagnoza raka određena je posebnom kodom Međunarodne klasifikacije bolesti (International Classification of Diseases – ICD) koja je dodijeljena raku.

Uslugu je moguće ponovno (iznova) zatražiti za zasebnu i nepovezanu vrstu raka dijagnosticiranu pod drugim ICD kodom.

Usluga Personalized Medicine (personalizirana medicina) nije dostupna za prethodno postojeće bolesti i bolesti koje su prijavljene, dijagnosticirane, liječene ili su pokazale povezane medicinski dokumentirane simptome ili nalaze (znakove) u razdoblju karence (razdoblje od 180 dana od datuma početka osiguranja ili od odgovarajućeg datuma uključivanja osiguranika).

Aktiviranje Personalized Medicine (personalizirana medicina) mora se provesti u razdoblju valjanog pokrića (dok je polica aktivna i dok su plaćene sve dospjele premije).

3. KAKO AKTIVIRATI USLUGU PERSONALIZED MEDICINE (PERSONALIZIRANA MEDICINA)

3.1 Prijem

Zahtjev za Personalized Medicine (personalizirana medicina) može se predati putem internetskog portala koji će društvo Further staviti na raspolaganje osiguraniku i na koji je moguće učitati početne zdravstvene informacije.

Osiguranik koji zahtijeva uslugu Personalized Medicine (personalizirana medicina) mora dostaviti odgovarajuće zdravstvene podatke, koje će društvo Further pregledati kako bi ocijenilo valjanost i potpunost dokumentacije (osiguranikova dijagnoza, raspoloživost bioloških uzoraka, dosad primljena skrb itd.) te izradilo analizu nedostataka i akcijski plan za određivanje vrste testiranja i za to potrebnog uzorka. Osiguranika će kroz cijeli proces pratiti namjenski tim stručnjaka (concierge tim).

3.2 Molekularno profiliranje (npr. sekvenciranje sljedeće generacije)

Kada medicinski prijem bude završen odgovarajućom analizom nedostataka i akcijskim planom, društvo Further odabrat će najprimjerenijeg specijaliziranog laboratorijskog partnera i pobrinut će se za uzimanje osiguranikova uzorka. Troškove prikupljanja i dostave uzorka za testiranje u laboratoriju plaća neposredno društvo Further. Laboratorij će provesti somatsko testiranje, uključujući tehnički pregled i izvješće o molekularnom profilu pojedinčeva raka. Društvo Further neposredno preuzima troškove somatskog testiranja u određenom laboratoriju. Preporučljivo je da osiguranici ne prekinu liječenje dok čekaju rezultate bilo kojeg testa profiliranja.

3.3 Stručno kliničko izvješće (Expert Clinical Report)

Društvo Further surađuje s vanjskim stručnjacima iz područja onkologije, genetike i patologije, koji zajedno tvore Stručni medicinski odbor. Ti stručnjaci bit će angažirani/imenovani od strane društva Further za izradu stručnog kliničkog izvješća (Expert Clinical Report) – medicinskog dokumenta koji izrađuje jedan ili više stručnjaka i koji rezultate genetskih testova prevodi u primjenjive medicinske preporuke.

3.4 Indikacije za liječenje i upravljanje rezultatima

Stručno kliničko izvješće pruža iscrpne informacije i smjernice glede rezultata molekularnog profiliranja, uključujući:

- klinički sažetak osiguranikova zdravstvenog stanja;
- zaključke iz molekularnog profiliranja;
- raspoložive indikacije za optimalno liječenje, uključujući tradicionalne terapije, kao i nove terapije poput ciljanih terapija, imunoterapija ili hormonskih terapija s najvećom potencijalnom kliničkom koristi;
- znakove otpornosti ili toksičnosti na određena liječenja;
- raspoloživost kliničkog ispitivanja, kada je primjenjivo;
- razmatranja o mogućim zametnim (germline) mutacijama i nasljednom raku (ako je primjenjivo). U slučaju da stručno kliničko izvješće identificira moguću nasljednu gensku mutaciju kod osiguranika, osiguraniku će biti ponuđeno i testiranje zametnih (germline) stanica.

Između osiguranika i voditelja slučaja pri društvu Further dogovara se navigacijski poziv kako bi se rezultati izvješća u cijelosti objasnili i pregledali.

Uz suglasnost osiguranika, njegov liječeći onkolog pozvan je na sudjelovanje u međusobnoj raspravi o slučaju (peer-to-peer) sa stručnjakom koji je sudjelovao u izradi stručnog kliničkog izvješća, kako bi razgovarali o rezultatima navedenima u dokumentu i osigurali da se rezultati prenesu u kliničku praksu.

3.5 Obiteljsko testiranje

U slučaju da je stručno kliničko izvješće identificiralo moguću nasljednu gensku mutaciju i da je osiguranik pozitivan na ponuđenom testiranju zametnih (germline) stanica, društvo Further organizira i plaća testiranje zametnih (germline) stanica za ovlaštene neposredne članove obitelji osiguranika, kako bi se provjerila prisutnost te mutacije i kod tih osoba, pod uvjetom da su za to dale svoju suglasnost.

Ovlašteni neposredni članovi obitelji jesu biološka braća i sestre te biološka djeca osiguranika koji mogu oboljeti od tog raka. Društvo Further donosi konačnu odluku o odabiru članova obitelji koji će biti podvrgnuti testiranju, isključivo na temelju kliničke primjerenosti.

Društvo Further pobrinut će se za prikupljanje i dostavu uzoraka ovlaštenog neposrednog člana obitelji odgovarajućem laboratorijskom partneru. Laboratorij dovršava pregled uzoraka i izdaje rezultate testiranja.

U slučaju pozitivnog rezultata za člana obitelji, svaki će slučaj ocijeniti stručnjak za genetsko savjetovanje, koji će pružiti izvješće o najboljim praksama. Također će se organizirati navigacijski poziv između stručnjaka za genetsko savjetovanje i svakog pojedinog člana obitelji pogođenog pozitivnim rezultatom, kako bi se zajamčilo pravilno razumijevanje informacija.

3.6 Vođenje u kliničkim ispitivanjima (Clinical Trials Navigation)

Klinička ispitivanja su istraživačke studije koje se provode na bolesnicima kako bi se ocijenili sigurnost i učinkovitost novog protokola liječenja, novog lijeka, novog medicinskog pomagala ili novog dijagnostičkog postupka.

Bolesnik s dijagnozom raka može se uključiti u kliničko ispitivanje tražeći pristup obećavajućem novom protokolu liječenja koji je dostupan samo u pokusnoj (eksperimentalnoj) fazi ili za koji se očekuje da će djelovati učinkovitije od standardnog liječenja koje je bolesniku već dostupno.

U slučaju da je osiguraniku u stručnom kliničkom izvješću preporučeno da razmotri mogućnost pristupa određenom liječenju u okviru kliničkog ispitivanja i osiguranik želi tu mogućnost iskoristiti, društvo Further pruža vođenje i podršku, uključujući:

- informacije o kliničkim ispitivanjima;
- skeniranje baza podataka o kliničkim ispitivanjima;
- uspostavljanje kontakta s centrima koji provode aktivna odgovarajuća klinička ispitivanja u bolesnikovoj domovini, kada je to moguće, i prema potrebi proširenje pretrage;
- pomoć pri tumačenju kriterija za uključivanje/isključivanje pri pristupanju kliničkom ispitivanju;
- dostavu izvješća o kliničkom ispitivanju s ključnim nalazima u roku od 30 dana od datuma osiguranikova zahtjeva.

Diljem svijeta u tijeku su brojna klinička ispitivanja. Društvo Further nastojat će pronaći najprimjerenija klinička ispitivanja za svaki pojedini slučaj osiguranika, no za podudaranje ne može jamčiti. Za prijem sudionika u kliničko ispitivanje isključivo je odgovoran organizator kliničkog ispitivanja.

Ako pretraga ne završi uspješnim podudaranjem ili se bolesnik odluči da se neće uključiti ni u jedno od odabranih kliničkih ispitivanja, društvo Further na zahtjev osiguranika provodi drugu i posljednju pretragu odgovarajućih kliničkih ispitivanja. Ovisno o tome koliko je vremena proteklo, to može zahtijevati ponavljanje nekih ili svih postupaka prijema, npr. prikupljanje ažurirane zdravstvene dokumentacije.

Osiguranik mora o mogućnosti prijave u kliničko ispitivanje razgovarati sa svojim liječećim onkologom.

Nakon primitka potvrde osiguranika o namjeri uključivanja u bilo koje od odabranih kliničkih ispitivanja, društvo Further pruža sljedeću podršku:

- administrativnu podršku pri ispunjavanju prijave za uključivanje, uključujući prijevode kada su potrebni;
- logističke informacije o organiziranim putovanjima i smještajima, kada je to potrebno, ovisno o lokaciji kliničkog ispitivanja;
- osigurateljno pokrivanje za organizirana putovanja i smještaje te isplatu dnevne naknade (vidjeti članak 5. „Pokriveni troškovi nakon uključivanja u kliničko ispitivanje”).

3.6.1 Ograničenja

Vođenje u kliničkim ispitivanjima (Clinical Trials Navigation) dostupno je jednom za svaki ovlašteni zahtjev za uslugu Personalized Medicine (personalizirana medicina) (jednom za svaku jedinstvenu dijagnozu raka), kada su na raspolaganju rezultati somatskog testa.

4. POKRIĆE MEDICINSKIH NALAZA UTVRĐENIH PERSONALIZED MEDICINE (PERSONALIZIRANA MEDICINA)

Rezultat rješenja Personalized Medicine (personalizirana medicina) niz je preporuka za mogućnosti liječenja koje su navedene kao nalazi stručnog kliničkog izvješća i/ili nalazi izvješća o vođenju u kliničkim ispitivanjima.

Te mogućnosti liječenja moguće je na temelju njihove medicinske naravi razvrstati u tri različita pristupa:

- **Pristup „On label” (u okviru odobrene indikacije):** u stručnom kliničkom izvješću navedena je preporuka za protokol liječenja koji uključuje primjenu lijekova protiv raka u skladu s opsegom, dozom i načinom primjene odobrenima u farmaceutskoj dozvoli koju su izdala odgovarajuća zdravstvena tijela.

Pokriva za pristup „On label” može se pružiti kao valjani zahtjev za Critical Advantage+ koji ima za posljedicu liječenje u inozemstvu u skladu s člankom 7. POKRIVENI TROŠKOVI ZA CRITICAL ADVANTAGE+ i člankom 9. ISKLJUČENJA OSIGURATELJA.

Polica ne pokriva troškove bilo kakvog protokola liječenja „On label” koji se provodi u Hrvatskoj.

- **Pristup „Off label” (izvan odobrene indikacije):** u stručnom kliničkom izvješću navedena je preporuka za protokol liječenja koji uključuje primjenu lijeka protiv raka izvan indikacija koje su odobrila odgovarajuća zdravstvena tijela. To može uključivati primjenu za drugu vrstu dijagnoze raka ili primjenu u drukčijoj dozi ili s drukčijim načinom primjene od onih koji su podrobno opisani i odobreni u farmaceutskoj dozvoli.

Pokriva za pristup „Off label” može se pružiti kao valjani zahtjev za Critical Advantage+ koji ima za posljedicu liječenje u inozemstvu u skladu s člankom 7. POKRIVENI TROŠKOVI ZA CRITICAL ADVANTAGE+ i člankom 9. ISKLJUČENJA OSIGURATELJA. Izdaje se prethodno odobrenje osiguranja s navođenjem pristupa „Off label” koji će se provoditi u odabranoj međunarodnoj bolnici koja može provoditi protokol liječenja „Off label” pod uvjetima navedenima u stručnom kliničkom izvješću.

Polica ne pokriva troškove:

- nijednog protokola liječenja „Off label” koji se provodi u Hrvatskoj ili
- nijednog protokola CAR T-stanične terapije koji nije odobreni protokol za CAR T-staničnu terapiju ili
- nijednog protokola koji nije bio preporučen u stručnom kliničkom izvješću.
- **Pristup u okviru kliničkog ispitivanja:** preporuka je navedena u stručnom kliničkom izvješću, a u izvješću o vođenju u kliničkim ispitivanjima utvrđeno je potencijalno podudaranje s primjerenim kliničkim ispitivanjima.

U okviru kliničkih ispitivanja obično se financira primjena lijeka u ispitivanju i tekuće testiranje rezultata ispitivanja na zdravstvenom stanju sudionika. Klinička ispitivanja obično se provode usporedno ili u kombinaciji s trenutačno prihvaćenim liječenjem za dotičnu dijagnozu raka ili s odgovarajućim pristupom „On label” (u daljnjem tekstu: standardna skrb (Standard of care)).

Organizator kliničkog ispitivanja mora u fazi uključivanja navesti opseg zdravstvenih troškova koji se financiraju iz kliničkog ispitivanja i onih troškova koji se ne financiraju iz kliničkog ispitivanja i koje mora financirati sudionik ispitivanja, bilo neposredno, bilo putem vanjskih javnih odn. privatnih osigurateljnih usluga koje su dostupne osiguraniku.

Organizator kliničkog ispitivanja obično ne financira dio standardne skrbi pri liječenju koje se provodi tijekom kliničkog ispitivanja.

Polica pruža osigurateljno pokrivanje, kako je podrobno opisano u članku 5. „Pokriveni troškovi nakon uključivanja u kliničko ispitivanje”.

5. POKRIVENI TROŠKOVI NAKON UKLJUČIVANJA U KLINIČKO ISPITIVANJE

5.1 Uključivanje u kliničko ispitivanje koje se provodi u Hrvatskoj

Ako se osiguranik uključi u kliničko ispitivanje odabrano na temelju nalaza izvješća o vođenju u kliničkim ispitivanjima i ako je kliničko ispitivanje organizirano u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi u Hrvatskoj, udaljenij više od 100 km od osiguranikova prebivališta, osiguraniku se pruža sljedeće osigurateljno pokrivanje:

5.1.1 Zdravstveni troškovi

Personalized Medicine (personalizirana medicina) ne pokriva nikakve zdravstvene troškove povezane sa standardnom skrbi ili troškove koje ne financira organizator kliničkog ispitivanja.

5.1.2 Troškovi putovanja, smještaja i povratka u domovinu

Za organizirana putovanja, smještaje i troškove povratka u domovinu za osiguranika i jednog pratitelja (ili dva pratitelja, ako je osiguranik koji se uključuje u kliničko ispitivanje maloljetna osoba) pod jednakim uvjetima kao što su posebno navedeni u točkama 3., 4. i 5. članka 7., uključujući putovanje u ekonomskom ili poslovnom razredu i rezervacije u hotelu s tri, četiri ili pet zvjezdica (uključujući doručak), ovisno o osiguranikovoj verziji Standard ili Premium, unutar polumjera od 10 km od lokacije na kojoj se provodi kliničko ispitivanje.

Sve dogovore u vezi s putovanjima i smještajima mora organizirati društvo Further; osiguratelj ne plaća nikakva organizirana putovanja ili smještaje koje je organizirao osiguranik ili bilo koja treća osoba u ime osiguranika. Društvo Further odgovorno je za odlučivanje o datumima putovanja za svako pokriveno putovanje, na temelju rasporeda termina kliničkog ispitivanja. Ti datumi putovanja priopćuju se osiguraniku da ima dovoljno vremena za uređivanje svih potrebnih osobnih stvari.

Pokriće za povratak u domovinu dostupno je u slučaju smrti osiguranika tijekom pokrivenog putovanja posebno opisanog u ovom članku 5.1.2. u svrhu sudjelovanja na terminima kliničkog ispitivanja.

5.1.3 Isplata dnevne naknade

U okviru ovog prava osiguraniku se isplaćuje dnevna naknada u visini od 100 EUR (200 EUR za Critical Advantage+ Premium) za svaki dan kada osiguranik primi lijek u ispitivanju ili se testira u određenoj bolnici ili zdravstvenoj ustanovi u okviru protokola kliničkog ispitivanja koji zahtijeva organizator kliničkog ispitivanja. Isplata dnevne naknade ograničena je na najviše 60 dana.

5.2 Uključivanje u kliničko ispitivanje koje se provodi izvan Hrvatske
Ako se osiguranik uključuje u kliničko ispitivanje odabrano na temelju nalaza izvješća o vođenju u kliničkim ispitivanjima i ako je kliničko ispitivanje organizirano u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi izvan Hrvatske, osiguraniku se pruža sljedeće osigurateljno pokriće:

5.2.1 Zdravstveni troškovi

Personalized Medicine (personalizirana medicina) nudi pokriće za sve medicinski nužne zdravstvene troškove povezane s usporednim pružanjem standardne skrbi u skladu sa smjernicama određenima u članku 7. POKRIVENI TROŠKOVI ZA CRITICAL ADVANTAGE+ i članku 9. ISKLJUČENJA OSIGURATELJA.

Ti se troškovi pokrivaju ako se standardna skrb provodi u istoj bolnici ili zdravstvenoj ustanovi u kojoj se provodi i kliničko ispitivanje.

5.2.2 Troškovi putovanja, smještaja i povratka u domovinu

Za organizirana putovanja, smještaje i troškove povratka u domovinu za osiguranika i jednog pratitelja (ili dva pratitelja, ako je osiguranik koji se uključuje u kliničko ispitivanje maloljetna osoba) pod jednakim uvjetima kao što su posebno navedeni u točkama 3., 4. i 5. članka 7., uključujući putovanje u ekonomskom ili poslovnom razredu i rezervacije u hotelu s tri, četiri ili pet zvjezdica (uključujući doručak), ovisno o osiguranikovoj verziji Standard ili Premium, unutar polumjera od 10 km od lokacije na kojoj se provodi kliničko ispitivanje.

Sve dogovore u vezi s putovanjima i smještajima mora organizirati društvo Further; osiguratelj ne plaća nikakva organizirana putovanja ili smještaje koje je organizirao osiguranik ili bilo koja treća osoba u ime osiguranika. Društvo Further odgovorno je za odlučivanje o datumima putovanja za svako pokriveno putovanje, na temelju rasporeda termina kliničkog ispitivanja i/ili pružanja standardne skrbi. Ti datumi putovanja priopćuju se osiguraniku da ima dovoljno vremena za uređivanje svih potrebnih osobnih stvari. Pokriće za povratak u domovinu dostupno je u slučaju smrti osiguranika tijekom pokrivenog putovanja posebno opisanog u ovom članku 5.2.2. u svrhu sudjelovanja na terminima kliničkog ispitivanja ili primanja standardne skrbi.

5.2.3 Isplata dnevne naknade

U okviru ovog prava osiguraniku se isplaćuje dnevna naknada u visini od 100 EUR (200 EUR za Critical Advantage+ Premium) za svaki dan kada osiguranik primi lijek u ispitivanju ili se testira u određenoj bolnici ili zdravstvenoj ustanovi u okviru protokola kliničkog ispitivanja koji zahtijeva organizator kliničkog ispitivanja. Isplata dnevne naknade ograničena je na najviše 60 dana.

Dnevna naknada ne isplaćuje se za dan koji je već plaćen dnevnom naknadom za bolničko liječenje (vidjeti članak 8.).

6. ŠTO USLUGA PERSONALIZED MEDICINE (PERSONALIZIRANA MEDICINA) NE POKRIVA

1. Troškovi provedbe biopsija

Usluga ne pokriva troškove biopsije provedene radi ekstrakcije ili uklanjanja tkiva ili tekućine koji su izvor uzorka potrebnog za test molekularnog profiliranja, uz iznimku uzimanja krvi za tekućinsku biopsiju (vidjeti Pokriveni medicinski scenariji, točka 3)

2. Zdravstveni troškovi u okviru kliničkog ispitivanja

- bilo kakvi zdravstveni troškovi ako se osiguranik uključi u kliničko ispitivanje u Hrvatskoj (vidjeti članak 5.1.1);
- liječenje bilo kakvih nenamjernih nuspojava ili zdravstvenih komplikacija koje uzrokuje lijek protiv raka koji je predmet kliničkog ispitivanja.

3. Nezdravstveni troškovi

Ova usluga ne pokriva sljedeće nezdravstvene troškove:

- bilo kakve povezane troškove putovanja ili smještaja nastale kod osiguranika i/ili njegovih članova obitelji zbog sudjelovanja na planiranim terminima za uzimanje ili ekstrakciju uzorka za testiranje;
- bilo kakve administrativne pristojbe ili druge troškove (ako postoje) za uključivanje u kliničko ispitivanje.



BESTHEALTH, d.o.o.
Zagrebačka cesta 126
10000 Zagreb

0800 00 82 00
info@dr-best.hr