

## PREDMET:

### Ponuda DODATNOG zdravstvenog osiguranja za članove NSD- nezavisni sindikat djelatnika MUP-a

Poštovani,

zahvaljujemo na pruženoj mogućnosti da Vam se obratimo s ponudom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

UNIQA dobrovoljno zdravstveno osiguranje pruža mogućnost obavljanja potrebnih zdravstvenih usluga liječnika specijalista svih specijalnosti i svih vrsta dijagnostičkih postupaka te kvalitetnu i efikasnu zdravstvenu zaštitu jednostavnim načinom ugovaranja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Ugovaranje termina za potrebne zdravstvene usluge u vrijeme koje najbolje odgovara osiguranicima obavlja dežurna medicinska služba MedUNIQA. Liječnici MedUNIQA na usluzi su osiguranicima i za stručno medicinske savjete tijekom trajanja osiguranja.

Usluge se pružaju u renomiranim zdravstvenim ustanovama na području cijele Hrvatske koje imaju ugovor s Uniqa osiguranjem d.d. kao i u svim ostalim zdravstvenim ustanovama.

Karakteristike i prednosti UNIQA dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su;

- jednostavnost korištenja osigurateljnih prava iz polica dodatnog zdravstvenog osiguranja
- *razgranata mreža ugovornih zdravstvenih ustanova*, ali i mogućnost korištenja i izvan ugovornih ustanova
- pokriva **svih** specijalističkih pregleda **bez ograničenja u izboru** liječnika, prema medicinskoj indikaciji
- pokriva **svih** dijagnostičkih i laboratorijskih postupaka prema medicinskoj indikaciji
- **MedUNIQA** medicinska služba **dežurna 365 dana 24 sata dnevno**, za pomoć i savjete osiguranicima

## UVJETI PONUDE

Prijedlog programa za osobu: **Polica OPTIMAL**

<b>Trajanje osiguranja:</b>	Dvije godine
<b>Karenca:</b>	15 dana od dana uplate prve rate
<b>Plaćanje:</b>	Sve dinamike plaćanja
<b>Zdravstveni upitnik:</b>	Uz ponudu

## OPSEG POKRIĆA POLICA OPTIMAL

### 1. Preventivni sistematski pregled (1 u 2 godine) u sljedećem opsegu:

- Pregled liječnika specijaliste interne medicine ili medicine rada
- EKG s očitanjem
- UZV abdomena
- Laboratorijske pretrage krvi: KKS, sedimentacija, GUK, kreatinin, bilirubin, transaminaze /AST,ALT/, GGT, kolesterol, trigliceridi, LDL, urati
- Kompletna pretraga urina
- Završno mišljenje i preporuke liječnika

### 2. Specijalistički pregledi kod liječnika specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji do iznosa od **199,08e** (1.500,00 kn) godišnje.

#### Primjeri mogućih specijalnosti:

npr. internista, endokrinolog, dijabetolog, gastroenterolog, ginekolog, oftalmolog, ortoped, dermatolog, fizijatar, reumatolog, kardiolog, nefrolog, radiolog, otorinolaringolog, neurolog, urolog, psihijatar, proktolog, citolog, infektolog, anesteziolog itd.

### 3. Dijagnostički postupci bilo koje vrste bilo koje vrste (laboratorijske pretrage i dijagnostičke obrade), prema medicinskoj indikaciji odnosno preporuci liječnika specijaliste do iznosa od **398,17e** (3.000,00 kn) godišnje.

#### Primjer korištenja dijagnostičkih obrada i laboratorijskih pretraga

- Dijagnostičke obrade prema medicinskoj indikaciji odnosno preporuci liječnika specijaliste npr. ultrazvučne pretrage (UZV srca, ginekološki UZV, UZV organa za kretanje, color dopleri i dr.), kontrastne pretrage (intravenska urografija i dr), ergometrija, EMNG, EEG; mjerenje očnog tlaka, EKG (holter), PAPA test, denzitometrija, radiološke pretrage (RTG srca i pluća, snimak abdomena, rtg koštanog sustava).
- laboratorijske pretrage prema medicinskoj indikaciji odnosno preporuci liječnika specijaliste (npr. laboratorijske pretrage krvi i urina (KKS, SE, GUK, trigliceridi, ALT, AST, GGT, kompletna pretraga urina, PSA, kreatinin, bilirubin, elektroliti, hormoni štitnjače i dr) i mikrobiološke pretrage.

**Napomena:** Izuzetak su **CT** jednog segmenta i **MR** jednog segmenta koji su u pokriću po jedan pregled u svakoj drugoj osigurateljnoj godini.

### 4. Dodatne UNIQA pogodnosti

- za usluge specijalističkih pregleda i dijagnostičkih pretraga koje prelaze godišnji iznos ugovoren na polici (limit) **50% troškova snosi UNIQA**, a 50% snosi osiguranik
- uz ugovorne ustanove UNIQA osiguranja d.d., za usluge kod kojih to nije isključeno, mogu se koristiti i usluge ustanova koje nisu naši ugovorni partneri (povrat troškova vrši se sukladno čl. 5. st. 5.4. Posebnih uvjeta dodatnog zdravstvenog osiguranja)

**Opis pokrića i premija:**

<b>Tabelarni prikaz pokrića u svakoj godini osiguranja</b>	
<b>OPTIMAL + CONTROL</b>	
Specijalistički pregledi	<b>do 199,08 e</b>
Dijagnostički postupci	<b>do 398,17 e</b>
Sudjelovanje Uniqe iznad ugovorenog limita	<b>50%</b>
Ugovorne zdravstvene ustanove	<b>DA</b>
Izvan ugovorne zdravstvene ustanove	<b>DA</b>
Sistematski pregledi <b>jedan u 2</b> godine	<b>DA</b>
<b>OSTALI PREVENTIVNI PREGLEDI ( IZ LIMITA)</b>	
PSA	<b>1 godišnje</b>
UZV prostate	<b>1 u 2 godine</b>
<b>OSTALI PREVENTIVNI PREGLEDI ( IZ LIMITA)</b>	
GINEKOLOŠKI PREGLED	<b>1 godišnje</b>
UZV dojki	<b>1 u 2 godine</b>
<b>Uniqa info:</b>	
<i>Uz ponudu se prilaže popunjeni zdravstveni upitnik osiguranika, te su moguće korekcije premija iz tablica u ovoj ponudi</i>	

U potpunosti stojim na usluzi za sva daljnja tumačenja i Vaša pitanja.

S poštovanjem,  
**Anita Cibenečki**

Anita Cibenečki.  
ekskluzivna prodaja  
UNIQA osiguranje d.d.  
Planinska 13 A  
HR 10 000 Zagreb

Telefon: (+385 1) 63 23 617  
Fax: (+385 1) 63 23 689  
GSM: (+385 91) 2427386  
e-mail: [anita.cibenecki@uniqa.hr](mailto:anita.cibenecki@uniqa.hr)  
[www.uniqa.hr](http://www.uniqa.hr)

Broj ponude

Ukoliko ste na neko od pitanja odgovorili sa da (osim pitanja broj 13) molimo priložite liječničku dokumentaciju. Na postavljena pitanja molimo Vas odgovorite u potpunosti i točno, jer čak i na prvi pogled beznačajne informacije mogu biti važne.

## Osobni podaci

Prezime, ime  Datum i godina rođenja  OIB  Matični broj u obveznom osiguranju  Ostali osobni podaci nalaze se na pripadajućoj ponudi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

## Pitanja o zdravstvenom stanju

- Opći podaci Težina:  kg Visina:  cm
- Jeste li u zadnjih godinu dana izgubili ili dobili na težini?  
 ne  da Ako da, koliko kilograma?
- Dnevna količina alkohola i duhana?  
 ne  da Alkoholo? Dnevna količina?   ne  da Duhan? Dnevna količina?
- Jeste li pod stalnom terapijom lijekovima?  
 ne  da Početak? Vrsta? Dnevna količina?
- Koristite li ili ste koristili droge ili neka druga opojna sredstva?  
 ne  da Početak? Vrsta? Dnevna količina?
- Jeste li doživjeli nezgode?  
 ne  da Kada? Kako? Posljedice?
- Imate li urođeni ili stečeni tjelesni deformitet ili neke druge posljedice bolesti ili nezgode?  
 ne  da Od kada? Koji postotak invalidnosti? Uzrok?
- Jeste li u zadnje tri godine bili na specijalističkim pregledima i pretragama?/Jesu li vam preporučene ili indicirane pretrage?  
 ne  da Kojim? Koje?
- Jeste li ikad bili podvrgnuti operativnom zahvatu, jeste li naručeni ili planirate operativni zahvat?  
 ne  da Kada? Kojem?
- Jeste li boravili ili Vam je preporučen boravak u bolnici, lječilištu ili rehabilitacijskom centru?  
 ne  da Kada? Zbog čega?
- Jeste li bili na bolovanju u zadnjih godinu dana?  
 ne  da Radi čega? Koliko dugo?
- Koristite li neka medicinska pomagala, npr.: očna pomagala (naočale/kontaktne leće) ili slušna pomagala?  
 ne  da Od kada? Koju vrstu? Dioptrija: Lijevo  Desno
- Imate li sanirano zubalo?  
 ne  da Broj popravljenih? Koliko nedostaje? Nosite li protezu?

14. Imate li ili ste imali bolesti ili tegobe? Molimo vas da u tablici označite koje, te priložite aktualnu medicinsku dokumentaciju.

	SADA	RANIJE	OBITELJ		SADA	RANIJE	OBITELJ		SADA	RANIJE	OBITELJ
SRCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	METABOLIZAM (npr. masnoće)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KOSTI, ZGLOBOVI, MIŠIĆI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KRVOŽILNI SUSTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KRV I IMUNOLOŠKI SUSTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROLOŠKI SUSTAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POVIŠENI KRVNI TLAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BUBREZI I MOKRAĆNI PUTEVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUŠEVNE BOLESTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIŠNI ORGANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KOŽA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USNA ŠUPLJINA I ZUBI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBAVNI ORGANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ŽENSKI I MUŠKI SPOL. ORG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOBROČUDNI TUMORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JETRA I ŽUČNI PUTEVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HPV INFEKCIJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZLOČUDNI TUMORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ŠEĆERNA BOLEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OČI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV, AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ŽLIJEZDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UHO, GRLO, NOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEKO DRUGO NENAVIDENO OBOLJENJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Jeste li trudni?  
 ne  da Datum zadnje menstruacije  Broj trudnoća/ broj poroda
- Ime i prezime izabranog liječnika i ustanove gdje ostvarujete primarnu zdravstvenu zaštitu:  
 Prezime, ime liječnika

Popunjava UNIQA osiguranje

Procjena zdravstvenog rizika/postotak korekcije

### Izjava osiguranika

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam na sva pitanja odgovorio-la istinito i potpuno. Istovremeno uzimam na znanje da nesavjesno dani krivi podaci predstavljaju povredu ugovorne obveze koja može imati kao posljedicu poništenje ugovora o osiguranju. Oslobođam čuvanja profesionalne liječničke tajne svog liječnika koji zbog utvrđivanja osiguravajućeg rizika može dati osiguratelju sve podatke o mojem zdravstvenom stanju.

Mjesto i datum

Potpis zastupnika/posrednika

Potpis osigurane osobe

Potpis ugovaratelja osiguranja