

TEHNIČKA SPECIFIKACIJA

U ovom Pozivu i tehničkoj specifikaciji nazivi subjekata ugovora o osiguranju imaju isto značenje i to neovisno što se mogu se pojaviti pod različitim nazivima, pa tako:

Ugovaratelj osiguranja	Naručitelj, pojedinačni naručitelji
Osiguranik	Djelatnici naručitelja
Osiguratelj	Ponuditelj

Odredbe vezane za predmet nabave:

Odredbe iz Tehničke specifikacije imaju prednost primjene u odnosu na uvjete koje ponuditelj primjenjuje za vrstu osiguranja koja je predmet nabave. Pod uvjetima ponuditelja se podrazumijevaju opći, dopunski i posebni uvjeti, klauzule koje ponuditelj primjenjuje u vezi sa traženom vrstom osiguranja.

Za sve ono što nije definirano u Tehničkim specifikacijama, a nije u suprotnosti s određenjima u Tehničkim specifikacijama, primjenjuju se uvjeti osiguratelja.

U slučaju neslaganja neke odredbe općih, dopunskih ili posebnih uvjeta, klauzula ponuditelja sa odredbama u Tehničkoj specifikaciji, vrijede i primijeniti će se odredbe iz Tehničke specifikacije. Ukoliko su bilo koje odredbe uvjeta, klauzula ponuditelja povoljnije od navedenih u Tehničkim specifikacijama, primjenjuju se one povoljnije za naručitelja.

Davanjem ponude, ponuditelj prihvća sve uvjete iz predmetne Dokumentacije o nabavi te će izvršiti predmet nabave u skladu s odredbama iz ove Tehničke specifikacije.

Karenca, franšiza, samoprdržaj, podlimit nisu ugovoreni.

Premiju osiguranja naručitelj plaća prema odredbama navedenim u ovom Pozivu.

Osigurateljno pokriće i obveza osiguratelja po izdanim ugovorima o osiguranju počinje od 00:00 sati dana koji je u polici upisan kao početak osiguranja i to neovisno o danu kad je plaćena premija ili prvi obrok premije, a završava u 24:00 sata dana koji je u polici upisan kao završetak osiguranja. Početak osiguranja može biti bilo koji dan u mjesecu.

Odabrani ponuditelj će na zahtjev naručitelja i/ili brokera, uvažavajući Zakon o zaštiti osobnih podataka, izvještavati naručitelja i brokera o korištenju usluga osiguranja koje su predmet nabave, po pojedinačnom naručitelju na način da će se dostavljati podaci kako slijedi:

- iskorištenosti usluga po vrsti ugovorene zdravstvene usluge dostavom broja korištenih usluga
- iskorištenosti usluga dostavom broja osiguranika koji su koristili usluge.

Osigurani su djelatnici naručitelja prema podacima o njihovu broju (okvirni broj) u Troškovniku. Osiguranje se sklapa u obliku grupnog zdravstvenog osiguranja za djelatnike bez popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju. Popis djelatnika sa pripadajućim podacima (ime, prezime, adresa, OIB, datum rođenja, spol, matični broj osigurane osobe (MBO) u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje) dostaviti će se odabranom ponuditelju. Sa podacima

djelatnika odabrani ponuditelj treba postupati s povećanom pažnjom te poštivati važeće odredbe o postupanju sa osobnim podacima.

Ponuda osiguratelja predstavlja premiju osiguranja za broj djelatnika naveden u Troškovniku. Popis djelatnika će se u tijeku osigurateljne godine po potrebi ažurirati na način da će naručitelj dostavljati podatke o novo zaposlenim djelatnicima koji se trebaju uključiti u osigurateljno pokriće odnosno djelatnicima kojima treba prekinuti osigurateljno pokriće zbog prekida radnog odnosa.

Pokriće za djelatnika koji se treba uključiti u osigurateljno pokriće, počinje s istekom 24.-tog sata dana kad je naručitelj dostavio zahtjev osiguratelju za uključivanje novog djelatnika u pokriće. Pokriće za djelatnika koji se treba isključiti iz osigurateljnog pokrića, prestaje s istekom 24.-tog sata dana kad je naručitelj dostavio zahtjev osiguratelju za prestanak pokrića za određenog djelatnika.

Za sve naknadno prijavljene djelatnike obračunati će se premija od dana uključivanja u osigurateljno pokriće do isteka osigurateljne godine po metodi pro rata temporis.

Za sve ranije odjavljene djelatnike obračunati će se premija prema razmjernom vremenu provedenom u osiguranju a po metodi pro rata temporis ukoliko nisu korištene usluge po polici. Za sve ranije odjavljene djelatnike koji su u tijeku osigurateljne godine iskoristili neku od ugovorenih usluga dodatnog zdravstvenog osiguranja, obračunava se ukupna godišnja premija.

Djelatnik dokazuje status osiguranika putem važeće iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja koju mu izdaje osiguratelj. Osiguranik do izdavanja iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja, dokazuje status osiguranika osobnom iskaznicom i policom osiguranja. Iskaznica u fizičkom obliku se treba izdati u najkraćem mogućem roku od dana sklapanja ugovora odnosno dostave osiguratelju podataka o djelatnicima. Iskaznica dodatnog zdravstvenog osiguranja glasi na ime osiguranika i neprenosiva je.

Po potrebi za određenom zdravstvenom uslugom iz dodatnog zdravstvenog osiguranja, osiguranik kontaktira službu asistencije osiguratelja (telefonski i/ili e-mailom) koja na poziv osiguranika ugovara potrebnu vrstu i termin pregleda u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi prema odabiru osiguranika u što kraćem a primjerenom roku. Primjerenim rokom za ugovaranje medicinske usluge smatra se rok od najviše 15 dana od dana javljanja osiguratelju.

Ponuditelj je dužan osigurati da se preventivni sistematski pregled te ostale ugovorene zdravstvene usluge obavljaju u što je moguće kraćem roku od dana upita za termin a u skladu sa dostupnim kapacitetima ugovornih zdravstvenih ustanova. Ukoliko zbog popunjenih kapaciteta ugovornih zdravstvenih ustanova, medicinsku uslugu nije moguće ugovoriti kod zdravstvene ustanove po izboru osiguranika, osiguraniku će biti ponuđeno obavljanje medicinske usluge u drugoj zdravstvenoj ustanovi. Ako osiguratelj, uslijed nepostojanja slobodnih termina, ne može organizirati traženu zdravstvenu uslugu za vrijeme trajanja osigurateljne godine, osiguranik ima pravo obaviti zatraženu i odobrenu zdravstvenu uslugu i nakon isteka osigurateljne godine.

Osiguravatelj šalje uputnicu u ugovornu zdravstvenu ustanovu kojom naručuje obavljanje tražene ugovorene usluge.

Mjesto izvršenja jesu ugovorne zdravstvene ustanove odnosno bolnice, klinike, poliklinike, ordinacije, ambulante, privatne prakse i sl. (u daljnjem tekstu koristiti će se pojam zdravstvene

ustanove) ponuditelja na području Republike Hrvatske s tim da ponuditelj treba imati mogućnost organiziranja sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda, laboratorijskih pretraga, dijagnostičke obrade u zdravstvenim ustanovama i na području županije gdje naručitelj ima sjedište, a iz razloga brže, jednostavnije i ekonomičnije dostupnosti ugovorenih zdravstvenih usluga.

Ugovorene zdravstvene usluge koje su predmet nabave, djelatnici naručitelja obavljaju kod ugovornih partnera ponuditelja te je **ponuditelj uz ponudu dužan dostaviti popis ugovornih zdravstvenih ustanova na području Republike Hrvatske u kojima osiguranici mogu obavljati ugovorene usluge, na način da popis ugovornih zdravstvenih ustanova bude grupiran po županijama odnosno Gradu Zagrebu.**

Osiguratelj organizira i pokriva u cijelosti pružanje ugovorene zdravstvene usluge. Osiguranik ne plaća ugovorene zdravstvene usluge odnosno ugovorene zdravstvene usluge koristi bez dodatnih plaćanja. Iskaznica vrijedi kao sredstvo plaćanja.

Odabrani ponuditelj je obvezan za cijelo vrijeme trajanja ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju s naručiteljem, omogućiti osiguranicima obavljanje ugovorenih zdravstvenih usluga pa tako i na području županije gdje naručitelj ima sjedište.

Ukoliko se određena ugovorena zdravstvena usluga ne bi mogla obaviti u ugovornim zdravstvenim ustanovama ponuditelja, osiguravatelj će odobriti obavljanje te usluge o svom trošku u izvanugovornoj ustanovi, uvažavajući odredbu da se pregledi obavljaju u zdravstvenim ustanovama na području Republike Hrvatske i na području županije gdje naručitelj ima sjedište.

Preventivni sistematski pregled djelatnici naručitelja mogu obavljati u ugovornim zdravstvenim ustanovama ponuditelja po vlastitom odabiru, a ponuditelj je dužan osigurati da se preventivni sistematski pregled obavlja na jednom mjestu (ustanovi) i u jednom danu.

U slučaju nemogućnosti dolaska na dogovoreni termin pružanja zdravstvene usluge, osiguranik je dužan otkazati dogovoreni termin čim je saznao za nemogućnost dolaska, a najkasnije u roku 24 sati prije dogovorenog termina. Ako osiguranik ne dođe na dogovoreni termin pružanja zdravstvene usluge, a dogovoreni termin nije otkazao u naprijed navedenom roku, gubi pravo na korištenje novog termina za tu istu zdravstvenu uslugu na koju nije došao na način da se osiguraniku ukupan broj zdravstvenih usluga na koje ima pravo tijekom jedne osigurateljne godine umanjuje za broj dogovorenih, a neiskorištenih zdravstvenih usluga. Ove se odredbe ne primjenjuju ukoliko postoji opravdani razlog nedolaska na dogovoreni termin a šta osiguranik treba dokazati osiguravatelju (npr. prometna nesreća, iznenadna bolest i sl okolnosti osiguranika, njegova supružnika, djece i roditelja zbog kojih nije moguće doći na zakazani termin).

Osiguravatelj ne podmiruje troškove prijevoza za obavljanje medicinske usluge.

Police dodatnog zdravstvenog osiguranja djelatnika Naručitelja trebaju pokrivati niže navedene zdravstvene usluge:

Preventivni sistematski pregled:

- pregled specijaliste medicine rada, doktora medicine ili interniste sa završnim mišljenjem
- laboratorijske obrade: sedimentacije, KKS, GUK-a, triglicerida, kompletne pretrage urina, bilirubina, kreatinina, ukupni kolesterol, AST, ALT, GGT, acidum uricum, HDL, LDL, željezo, UIBC, TIBC, TSH
- EKG-a
- UZ abdomena
- ✓ Žene: pregled ginekologa s kliničkim pregledom dojki, Papanicolau testa, vaginalni UZ, UZ dojki za mlađe od 40 godina ili mamografija za starije od 40 godina
- ✓ Muškarci: pregled prostate, UZ prostate i PSA iznad 40 godina starosti

Specijalističke usluge bez indikacije:

2 specijalistička pregleda i 2 kontrolna pregleda godišnje po obavljenom specijalističkom pregledu (najviše 4 kontrolna pregleda godišnje) kod različitih odabranih i ugovorenih specijalista ili subspecijalista određene medicinske struke.

dermatovenerolog; fizijatar; ginekolog; internist (endokrinolog, diabetolog, gastroenterolog, kardiolog, nefrolog, pulmolog); kirurg (abdominalni kirurg, opći kirurg); neurolog; otorinolaringolog; psihijatar; urolog; oftalmolog; ortoped; radiolog; infektolog; anesteziolog; onkolog, hematolog, alergolog-imunolog; kardiotorakalni kirurg, maksilofacijalni kirurg, plastično-rekonstruktivni kirurg, vaskularni kirurg, neurokirurg, specijalist nuklearne medicine. Za kontrolne preglede po obavljenom specijalističkom pregledu ne predviđa se rok u kojem se kontrolni pregled treba obaviti u odnosu na obavljeni specijalistički pregled.

Dijagnostička obrada i laboratorijske pretrage prema indikaciji:

- **laboratorijske pretrage prema indikaciji doktora medicine ili liječnika specijaliste, svaku pojedinu dva puta godišnje:** ALP; ALT; AMS; APTV; AST; bilirubin konjugirani; bilirubin ukupni; Ca; CK; CRP; Fbg; Fe; feritin; GGT; GUK; HbA1c; HDL; hemoglobin (okultno krvarenje-stolica); K; KKS; klirens kreatinina standardni; kolesterol ukupni; kreatinin; LDL; Mg; Na; OGTT; PV udjel; SE; sediment (mokraća); test traka (mokraća); TIBC; trigliceridi; UIBC; urati; ureja;
- **dijagnostičku obradu, svaku pojedinu dva puta godišnje, prema indikaciji doktora medicine ili liječnika specijaliste:** audiometrija; bris rane aerobno+antibiogram; bris nosa aerobno+antibiogram; bris ždrijela aerobno+antibiogram; bris na Mycoplasma i ureaplasma (cerviks ili mokraćna cijev); bris na Chlamydia trachomatis (urin, cerviks ili mokraćna cijev); bris na HPV (cerviks); color doppler ultrazvuk arterija; color doppler ultrazvuk karotida; color doppler ultrazvuk vena; denzitometrija; dermatoskopija mala (do 5 madeža); EEG; EKG; EMNG; ergometrija; ezofagogastroduodenoskopija; fluorescein test; holter EKG-a; holter tlaka; kolonoskopija; kolposkopija; krioterapija (do 5 mjesta); mamografija;

otorinoskopija; panoramska dentalna radiografija (ortopan tomogram); PAPA test; PHD; pregled biomikroskopom; pregled fundusa oka; pregled visusa, vidno polje; punkcija zgloba i evakuacija sadržaja; rektoskopija; RTG snimanje glave (kraniogram) s očitanjem; RTG snimanje kostiju u dvije projekcije s očitanjem; RTG snimanje prsnih organa (pluća i srce) u jednom ili dva smjera s očitanjem; RTG organa trbušne šupljine, RTG snimka L-S (lumbo-sakralne) kralježnice s očitanjem; RTG snimka torakalne kralježnice s očitanjem; RTG snimka vratne kralježnice s očitanjem; Schirmer test; spirometrija; TCD VB sliva (transkranijски color doppler vertebro-bazilarnog sliva); tonometrija (mjerenje očnog tlaka); ultrazvuk+CD (color doppler) bubrega, penisa, prepona, srca, krvnih žila; UZ aksila (pazuha), dojki, mokraćnog mjehura, oka, štitnjače, testisa, abdomena, vrata, mišića i tetiva; UZ lokomotornog (zglobno-koštanog) sustava; UZ prostate transabdominalni; UZ prostate transrektalni; UZ vaginalni; UZ vaginalni+CD (color doppler) , urinokultura, alergološko testiranje (kožni prick test) do 20 alergena; biopsija; biopsija uz endoskopiju; cistografija; cistoskopija; citološka obrada punktata; dinamička scintigrafija bubrega; gastroskopija; irigografija; keratometrija; kompjuterizirana perimetrija; laringoskopija; MCUG; OCT, ureteropijelografija; urodinamika; uroflow; EVP, punkcija pod kontrolom UZV, 3D/4D UZ

- **pet pretraga hormona i tumorskih markera godišnje, svaku pojedinu pretragu prema indikaciji doktora medicine ili liječnika specijaliste najviše jednom godišnje:** AFP; CA-15-3; CA 19-9; CA-125; CEA; CYFRA 21-1; HCG; NSE; tPSA; fPSA; Tg; FSH; LH; PRL ; TSH; T4; FT4; T3; FT3; E2 (17--estradiol); progesteron; testosteron ukupni; inzulin; prolaktin, anti TPO, PTH, S 100

Tehnička dokumentacija i Troškovnik pripremljeni su za naručitelja Kaštijun d.o.o. od strane brokera u osiguranju Vitas-Investa d.o.o. te iste i/ili njihove dijelove nije dozvoljeno koristiti bez pismenog dopuštenja navedenog brokera.