

OPĆI UVJETI

UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

(ovaj tekst obuhvaća Opće uvjete ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju "Narodne novine" broj 91/13., te njegove izmjene i dopune objavljene u "Narodnim novinama" broj 119/13., 18/14., 119/14., 135/14., 144/14., 17/15., 139/15., 63/16., 99/17. i 40/19.)

I. (UVODNA ODREDBA)

Ovi Opći uvjeti utvrđeni su osnovom članka 11. do 16. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) te određaba Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Pravila).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) i ponuditelj sklapaju ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji se sastoji od police i ovih Općih uvjeta.

II. (ZNAČENJE POJMOVA)

Pojedini pojmovi korišteni u ovim Općim uvjetima imaju sljedeće značenje:

Ponuda – izražena volja ugovorne strane za sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju;

Ponuditelj – osoba koja Zavodu uputi ponudu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju;

Osigurana osoba – osoba koja je, sukladno odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 80/13.), osigurana na obvezno zdravstveno osiguranje;

Osiguranik – osoba osigurana na dopunsko zdravstveno osiguranje;

Ugovaratelj – osoba koja sa Zavodom, za sebe ili druge, sklapa ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, obveznik uplate premije;

Premija – iznos koji se prema ugovoru plaća Zavodu, a naznačen je na polici;

Polica – isprava kojom se dokazuje da je taj ugovor sklopljen;

Iskaznica – isprava kojom se dokazuje svojstvo osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju;

Mjesec osiguranja – razdoblje od mjesec dana koje započinje danom dospjeća premije ili mjeseca obroka, a završava danom koji prethodi istome datumu narednog mjeseca.

III. (UVJETI ZA STJECANJE STATUSA OSIGURANIKA I UGOVARATELJA)

Osiguranikom mogu postati samo osigurane osobe koje su navršile 18 godina života i koje prema Zavodu nemaju nepodmirenih tražbina odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom osim u slučaju ostvarivanja prava na plaćanje premije iz sredstava državnog proračuna.

Ugovarateljem može postati svaka fizička ili pravna osoba koja prema Zavodu nema nepodmirenih tražbina odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom.

IV. (SKLAPANJE UGOVORA)

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ugovor) sklapa se na osnovi ponude ponuditelja.

Zavod može prethodno zatražiti od ponuditelja pisanu ponudu na obrascu koji sadrži podatke iz članka 11. stavka 3., odnosno za e-ponudu podatke propisane člankom 12. Pravila.

Ponuda vrijedi 8 dana od dana kada je Zavod zaprimio.

Ponudu obvezno potpisuje osoba koja želi postati osiguranikom.

Svojom potpisom na ponudi odnosno naprednim elektroničkim potpisom na e-ponudi osiguranik/ugovaratelj potvrđuje prihvaćanje Općih i posebnih uvjeta dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Ako e-ponuda ne sadrži sve propisane podatke, ugovor će se smatrati sklopljenim pod uvjetom da je osiguranik/ugovaratelj uplatio dospjelu premiju do početka osiguranja.

Ako Zavod, u roku iz stavka 3. ove točke, ne odbije ponudu, a ponuda je u skladu s ovim Općim uvjetima, smatra se da je ponuda prihvaćena i ugovor sklopljen s danom kada je Zavod zaprimio ponudu.

Kada e-ponuda pristigne Zavodu izvan radnog vremena kao dan zaprimanja ponude smatrat će se prvi sljedeći radni dan.

Prava i obveze iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju počinju vrijediti u roku od 15 dana od dana sklapanja ugovora.

Iznimno od odredbe stavka 9. ove točke, za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje kod Zavoda ili kod drugog osiguratelja, a koji su Zavodu podnijeli ponudu za sklapanje novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju najkasnije u roku 30 dana od dana prestanka važenja prethodne police dopunskog zdravstvenog osiguranja, prava i obveze iz ugovora počinju vrijediti s danom sklapanja ugovora.

Kada ponuditelj, koji želi postati osiguranikom sklapa ugovor na osnovi usmene ponude uz predočenje osobne iskaznice i iskaznice zdravstveno osigurane osobe Zavoda, obvezno potpisuje ponudu koju je u skladu s njegovom usmenom ponudom sastavio radnik Zavoda.

V. (POLICA)

Zavod izdaje osiguraniku policu koja sadrži podatke propisane člankom 8. Pravila.

Naknadne promjene u imenu i prezimenu osiguranika, imenu i prezimenu odnosno nazivu ugovaratelja, adresi ugovaratelja i datumu rođenja osiguranika, te druge bitne promjene ugovaratelj je obavezan prijaviti Zavodu u roku od 8 dana od nastale promjene.

VI. (PREDMET OSIGURANJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA)

Policom Zavod osigurava pokrće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite utvrđene člankom 19. stavkom 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, odnosno najmanje u iznosu postotka proračunske osnovice za izvršenu zdravstvenu zaštitu kako slijedi:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
 2. specijalističku dijagnoziku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
 3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 1,50% proračunske osnovice,
 4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
 5. liječenje u drugim državama članicama* i trećim državama** sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, ovom Zakonu i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno,
 6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
 7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti – 30,07% proračunske osnovice,
 8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina – 15,03% proračunske osnovice.
- Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 1. ove točke koji se osiguranicima osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem po jednom uspostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja iznosi 60,13% proračunske osnovice.

U slučaju kada je iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđen u skladu sa stavkom 1. ove točke veći od punog iznosa cijene zdravstvene zaštite, dopunskim zdravstvenim osiguranjem osiguraniku se osigurava plaćanje punog iznosa cijene te zdravstvene zaštite.

Policom iz stavka 1. ove točke Zavod osigurava i sudjelovanje u pokrću troškova zdravstvene zaštite utvrđene člankom 19. stavkom 4. Zakona obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 0,30% od proračunske osnovice za:

* države članice Europske unije

** države koje nisu članice Europske unije

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine sukladno općem aktu Zavoda,

2. izdavanje lijeka po receptu.

VII. (PREMIJA - CIJENA POLICE)

Iznos premije, odnosno cijena police za pokrće troškova sudjelovanja iz točke VI. ovih Općih uvjeta utvrđuje se u skladu sa važećom Odlukom o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Iznos premije se može promijeniti za vrijeme osigurateljnog razdoblja u slučaju promjene zakona ili zakonskih propisa, odnosno općih akata Zavoda koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu sudjelovanja ili druge elemente značajne za utvrđivanje iznosa premije.

VIII. (TRAJANJE OSIGURANJA)

Ugovor se sklapa na godinu dana s mogućnošću produljenja na novo osigurateljno razdoblje od godinu dana.

Osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polici naveden kao početak dopunskog zdravstvenog osiguranja, a prestaje u 24:00 sati onoga dana kada istekne rok važenja police.

Osiguranje prestaje i prije isteka roka utvrđenog policom i to u slučaju:

1. smrti osiguranika – danom smrti;
2. gubitka statusa osigurane osobe Zavoda – danom gubitka statusa;
3. raskida ugovora – prema točki XI. stavku 1. i 2. ovih Općih uvjeta;
4. otkaza ugovora – istekom otkaznog roka;
5. odustanka od ugovora – do dana početka važenja police pod uvjetom da nije uplaćena dospjela premija;
6. gubitka prava na policu na teret državnog proračuna Republike Hrvatske.

IX. (OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA)

Osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja putem važeće iskaznice, koju mu izdaje Zavod, odnosno iznimno osnovom police.

X. (PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NE PLAĆANJA)

Ugovorom se ugovara plaćanje premije mjesečno.

Premija se uplaćuje unaprijed prema rokovima dospjeća iz police, ako posebnim ugovorom nije drukčije određeno, a sukladno uputi Zavoda.

Zavod će o dospjelim, a neplaćenim premijama izvijestiti ugovaratelja pisanom opomenom.

Na zakašnjelje uplate premija obračunavaju se zakonske zatezne kamate.

Ako ugovaratelj kasni s plaćanjem jedne ili više premija, uplatom se podmiruju ranije dospjele premije, i to najprije zatezne kamate pa neplaćene premije.

Osiguratelj je obavezan prihvatiti premiju od svake osobe koja za to ima pravni interes.

XI. (RASKID UGOVORA)

Ako ugovaratelj ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Zavod ima pravo raskinuti ugovor.

Zavod je obavezan pisanim putem obavijestiti ugovaratelja o raskidu ugovora.

U slučaju raskida ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj je obavezan Zavodu platiti dospjele, a neplaćene premije do dana raskida ugovora, kao i iznos utvrđenih troškova zdravstvene zaštite iz točke XVI. ovih Općih uvjeta.

Na zahtjev ugovaratelja koji je podmirio pripadajuću premiju do dana raskida ugovora, Zavod može izdati novu policu koja počinje vrijediti od dana raskida prethodno važeće police.

Ugovor je ništetan, ako je u trenutku njegovog sklapanja već nastao osiguran slučaj ili je bilo izvjesno da će nastupiti, osim ako Odlukom o polici nije drugačije utvrđeno. U tom slučaju uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za troškove osiguratelja.

XII. (OTKAZ UGOVORA)

Ugovaratelj može pisanim putem otkazati ugovor uz otkazni rok od tri mjeseca uz obvezu plaćanja pripadajuće premije, a za koje vrijeme ostvaruje sva prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja.

U slučaju otkaza ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj je obavezan Zavodu platiti iznos utvrđenih troškova zdravstvene zaštite iz točke XVI. ovih Općih uvjeta.

XIII. (ODUSTANAK OD UGOVORA)

Ugovaratelj može pisanim putem odustati od ugovora do početka osiguranja, pod uvjetom da nije uplatio dospjelu premiju.

XIV. (PRODULJENJE OSIGURATELJNOG RAZDOBLJA)

Nakon isteka trajanja osigurateljnog razdoblja od jedne godine ugovor će se smatrati važećim i za naredno osigurateljno razdoblje od jedne godine pod uvjetima određenim ovim Općim uvjetima, ako se osiguranik/ugovaratelj prije isteka ugovorenog razdoblja pisano ne izjasni da ne želi produljenje sklopljenog ugovora.

Iznimno od odredaba stavka 1. ove točke, za osiguranike koji ostvaruju policu na teret sredstava državnog proračuna Republike Hrvatske ugovor/polica neće biti važeća i za naredno osigurateljno razdoblje od jedne godine, već će se ponovo utvrđivati postojanje uvjeta za stjecanje rečenog prava. Ove uvjete utvrđuje Zavod po službenoj dužnosti, a ukoliko su isti Zavodu nedostupni, dokaz o ispunjenju uvjeta za policu na teret državnog proračuna dužan je predočiti osiguranik, najkasnije do isteka tekućeg osigurateljnog razdoblja.

XV. (NASTAVNO OSIGURANJE)

Kada osiguranik želi nastaviti dopunsko zdravstveno osiguranje pod drugim uvjetima koji zahtijevaju sklapanje novog ugovora, ili kada se mijenja ugovaratelj, osiguranik/ugovaratelj obavezan je Zavodu podnijeti novu ponudu.

Nastavno osiguranje iz stavka 1. ove točke sklapa se temeljem:

- *pisane ponude*, koja mora biti podnijeta najkasnije 40 dana prije željenog dana novog osiguranja;
- *usmene ponude/e-ponude*, koja mora biti podnijeta najkasnije 30 dana prije željenog dana novog osiguranja.

XVI. (NAKNADA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE)

Ugovaratelj s kojim je raskinut ugovor ili koji je otkazao ugovor obavezan je Zavodu platiti razliku između troškova zdravstvene zaštite i iznosa pripadajuće premije, ukoliko su troškovi zdravstvene zaštite viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja do dana raskida, odnosno otkaza ugovora, osim u slučaju kada je osigurateljno razdoblje trajalo godinu dana.

XVII. (KORIŠTENJE OSOBNIM PODACIMA)

Ugovaratelj i osiguranik ovlašćuju Zavod prikupljati, provjeravati, obrađivati, čuvati, prenijeti i koristiti osobne podatke potrebne za sklapanje ugovora.

Zavod se obvezuje podatke iz stavka 1. ove točke čuvati kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.

XVIII. (PROMJENA OPĆIH UVJETA)

Zavod ima pravo za vrijeme trajanja osiguranja promijeniti ove Opće uvjete.

Ako se novi opći uvjeti imaju primijeniti na već sklopljene ugovore, Zavod mora, pisanim putem, ili na drugi odgovarajući način, obavijestiti o tome ugovaratelja, najmanje 30 dana prije početka primjene novih općih uvjeta.

Ugovaratelj može, do dana početka primjene novih općih uvjeta, izvijestiti Zavod da otkazuje ugovor, u kojem slučaju ugovor prestaje danom početka primjene novih općih uvjeta.

U suprotnom, na sklopljeni ugovor primjenjuju se novi opći uvjeti.

XIX. (PRIJELAZNA I ZAVRŠNA ODREDBA)

Ugovorne strane rješavat će sva sporna pitanja sporazumno, a ako to nije moguće, nadležan je stvarno nadležni sud prema sjedištu ugovaratelja.

Za odnose između ugovornih strana, koji nisu uređeni ovim Općim uvjetima, primjenjivat će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.