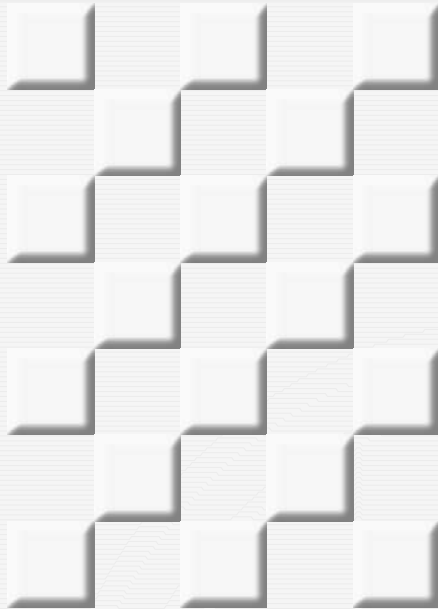




HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



POLICA br.

OIB:

BROJ PONUDE:

ŠIFRA POLICE:

ŠIFRA VAŽEĆEG CJENIKA:

UGOVARATELJ:

Naziv:

Adresa:

OSIGURANIK:

Ime i prezime:

Adresa:

Broj osigurane osobe/MBO:

UVJETI OSIGURANJA:

Početak osiguranja:

Dospijeće premije:

Uvjeti plaćanja:

Iznos godišnje premije u kunama:

U

Za HZZO:

OPĆE UVJETE UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. (UVODNA ODREDBA)

Ovi Opći uvjeti utvrđeni su osnovom članaka 11. do 16. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) te odredaba 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 dospjeca premije ili njezina obroka, a završava danom koji prethodi istome datumu narednog mjeseca;

III. (UVJETI ZA STJECANJE STATUSA OSIGURANIKA)

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.

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 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 30 dana od dana sklapanja ugovora.

Kada ponuditelj, koji želi postati osiguranikom sklapa ugovor na osnovi usmene ponude uz predložene 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 PC03 Zavod osigurava pokriće 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 dijagnostiku 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 ambulatnoj 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 ispostavljenom 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 pokriću troškova zdravstvene zaštite utvrđene člankom 19. stavkom 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 0,30% od proračunske osnovice za:

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.

* države članice Europske unije

** države koje nisu članice Europske unije

VII. (PREMIJA - ČLJENA POLICE)

Iznos premije, odnosno cijenu police za pokriće troškova sudjelovanja iz točke VI. ovih Općih uvjeta utvrđuje Zavod Odlukom o vrsti i cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ 32/09., 118/09., 140/09. i 88/10.).

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

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

Na zakašnjele uplate premija obračunavaju se zakonske zatezne kamate.

Ako ugovaratelj kasni s plaćanjem jedne ili više premija, plaćanjem premije najprije se podmiruju zatezne kamate pa dospjele, a nenaplaćene premije.

Osiguravatelj 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.

Ugovor je ništavan, ako je u trenutku njegovog sklapanja već nastao osigurani 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 osiguravatelja.

XII. (OTKAZ UGOVORA)

Ugovaratelj može pisanim putem otkazati ugovor.

XIII. (ODUSTANAK OD UGOVORA)

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

XIV. (PRODULJENJE OSIGURAVATELJNOG RAZDOBLJA)

Nakon isteka trajanja osigurateljnog razdoblja od jedne godine ugovor će se smatrat 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 izjavi 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 predložiti 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;

- *u smene po nudge/e-ponude*, koja mora biti podnijeta najkasnije 30 dana prije željenog dana novog osiguranja.

XVI. (NAKNADA ŠTETE)

Za štetu Zavodu odgovara ugovaratelj s kojim je raskinut ugovor ili koji je otkazao ugovor, ukoliko je iznos štete viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja do dana raskida odnosno otkaza ugovora – za razliku između iznosa štete i iznosa pripadajuće premije.

XVII. (KORIŠTENJE OSOBNIM PODACIMA)

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

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

Ovi Opći uvjeti primjenjuju se dan nakon objave u „Narodnim novinama“.

Klasa: 025-04/13-01/219

Ur.broj: 338-01-01-13-1

Zagreb, 02. srpnja 2013. godine

Predsjednik Upravnog vijeća
Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

prim.mr.sc. Marijan Cesarik, dr.med., v.r.