

P R A V I L A
USPOSTAVLJANJA I PROVOĐENJA
DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 2/09.), te njegove izmjene i dopune objavljene u "Narodnim novinama" broj 59/09., 91/09., 118/09. i 4/10., u kojima je naznačeno vrijeme njihovog stupanja na snagu

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim Pravilima propisuju se uvjeti i način uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) u skladu s odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) i Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 2.

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem koje provodi Zavod osigurava se pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u skladu s programima utvrđenim općim aktima Zavoda.

Članak 3.

- (1) Dopunsko zdravstveno osiguranje je dobrovoljno i osobno zdravstveno osiguranje.
- (2) Dopunsko zdravstveno osiguranje sklapa se na rok od godine dana s mogućnošću produljenja ugovora na novo osiguravateljno razdoblje od godinu dana.

Članak 4.

- (1) Osiguranik je osoba koja je sa Zavodom sklopila ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.
- (2) Ugovor iz stavka 1. ovog članka čini: polica dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: polica) i opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: opći uvjeti).
- (3) Iznimno od stavka 2. ovog članka osim police i općih uvjeta mogu se ugovoriti i posebni uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: posebni uvjeti).
- (4) Opće i posebne uvjete donosi Upravno vijeće Zavoda.

Članak 5.

- (1) Ugovaratelj dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovaratelj) je osoba koja je obveznik uplate premije dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: premija osiguranja).
- (2) Ugovaratelj može biti pravna ili fizička osoba koja u postupku ugovaranja dopunskog zdravstvenog osiguranja, prikuplja podatke o osobama koje žele sa Zavodom sklopiti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, omogućava tim osobama sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, te se obvezuje za te osobe uplaćivati premiju osiguranja.
- (3) Iznimno od stavka 1. ovog članka za osiguranika koji ispunjava uvjete iz članka 14.a, 14.b, 14.c, 14.d, 14.e i 14.f Zakona obveznik uplate premije osiguranja je Republika Hrvatska.
- (4) Osoba koja želi postati osiguranikom putem ugovaratelja iz stavka 2. ovog članka, obvezna je to potvrditi potpisom ponude za sklapanje ugovora o poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju, odnosno priloga koji je sastavni dio ponude, a osoba koja ispunjava uvjete i želi postati osiguranikom u skladu sa stavkom 3. ovog članka obvezna je to potvrditi potpisom ponude za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(5) Ugovaratelj iz stavka 2. ovog članka premiju osiguranja za osiguranike, koji su putem njega sklopili ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, uplaćuje iz svojih sredstava ili na teret sredstava tih osoba.

(6) S ugovarateljem iz stavka 2. ovog članka Zavod sklapa ugovor o poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(7) Opći, odnosno posebni uvjeti i popis osiguranika/radnika sastavni su dijelovi ugovora iz stavka 6. ovog članka.

(8) Popis osiguranika iz stavka 7. ovog članka obvezno sadrži pored imena i prezimena radnika, matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, matični broj građana, osobni identifikacijski broj te iznos zadnje isplaćene plaće radniku, umanjene za obvezne doprinose, porez i prerez.

Članak 6.

(1) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju je sklopljen kad je Zavod prihvatio ponudu.

(2) Ponuda je prihvaćena ako Zavod u roku od osam dana od dana zaprimanja ne odbije ponudu u kojem je slučaju Zavod obvezan podnositelju ponude dostaviti bez odgađanja potpisanu policu.

(3) Kada ponuda pristigne Zavodu elektroničkom poštom (u daljnjem tekstu: e-ponuda) izvan radnog vremena kao dan zaprimanja ponude smatrat će se prvi sljedeći radni dan.

(4) Zavod obvezno odbija ponudu osigurane osobe koja na dan zaprimanja ponude u Zavodu ima nepodmirenih tražbina odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz prethodne/ih police/a dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljene/ih sa Zavodom.

(5) Svojim potpisom na ponudi osiguranik /ugovaratelj potvrđuje prihvaćanje općih i posebnih uvjeta dopunskog zdravstvenog osiguranja.

STJECANJE STATUSA OSIGURANIKA

Članak 7.

(1) Status osiguranika može steći samo osoba s navršениh 18 godina života koja u času sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog članka za pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu s programima utvrđenim općim aktima Zavoda, status osiguranika mogu steći i djeca koja nisu navršila 18 godina života.

(3) Za osigurane osobe mlađe od 18 godina, kao i za osigurane osobe potpuno i trajno nesposobne za samostalan život i rad ponudu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju podnosi njihov zakonski zastupnik ili skrbnik.

(4) Status osiguranika može steći samo osoba koja u času podnošenja ponude za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju Zavodu nema dospjelih, a nepodmirenih premija po prethodnim ugovorima/policama dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 8.

(1) Polica je isprava o sklopljenom ugovoru o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa Zavodom.

Polica obvezno sadrži sljedeće podatke:

1. Podatke o osiguraniku:

a) ime i prezime

b) adresu stanovanja

c) broj osigurane osobe, matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju (MBO) i osobni identifikacijski broj (OIB).

2. Podatke o ugovaratelju:

a) naziv

b) adresa

3. Podatke o uvjetima osiguranja:

a) podatke o vrsti police i početku osiguranja

b) podatak o iznosu premije, načinu plaćanja premije sa šifrom važećeg cjenika

4. Podatak da se premija osigurava u državnom proračunu

(2) Osim podataka iz stavka 2. ovog članka, polica, na prednjoj strani, sadrži i broj police, šifru police, broj ponude, mjesto za potpis ovlaštene osobe Zavoda, naznaku mjesta izdavanja, datum kada je sačinjena i početak

osiguranja police, a na poledini su otisnuti opći uvjeti.

(3) Tiskanica police je formata A4 u narančastoj boji, a sadržaj i oblik police je tiskan uz ova Pravila i čini njihov sastavni dio.

Članak 9.

(1) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju može se sklopiti u svim područnim uredima Zavoda i njihovim ispostavama.

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklapa se osnovom ponude koja može biti dana:

- a) neposredno, usmeno ovlaštenom radniku Zavoda
- b) pisano na propisanoj tiskanici
- c) elektroničkom poštom popunjavanjem obrasca ponude u elektroničkom obliku (e-ponuda) iz članka 12. ovih Pravila.

(2) Ugovor o poslovnoj suradnji iz članka 5. stavka 6. ovih Pravila može se sklopiti osnovom pisane ponude i e-ponude.

(3) Ugovor za osobe iz članka 7. stavka 2. sklapa zakonski zastupnik tih osoba.

Članak 10.

(1) Prilikom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju osnovom neposredne i usmene ponude ovlaštenom radniku Zavoda osiguranik je obvezan predložiti:

- osobnu iskaznicu
- iskaznicu zdravstveno osigurane osobe Zavoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Osiguranik obvezno potpisuje ponudu koju je sastavio radnik Zavoda prema stavku 1. ovog članka .

(3) Prilikom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju osnovom e-ponude, osiguranik odnosno ugovaratelj obvezan je e-ponudu potpisati naprednim elektroničkim potpisom.

(4) Osigurana osoba koja udovoljava uvjetima propisanim člankom 14.a Zakona uz ponudu prilaže odgovarajuće dokumente propisane Pravilnikom o postupku, uvjetima i načinu utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna („Narodne novine“ broj 156/08., u daljnjem tekstu: Pravilnik).

Članak 11.

(1) Osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba obvezni su pri sklapanju ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju ovlaštenom radniku Zavoda dati potrebne podatke.

(2) Podaci iz stavka 1. ovog članka unose se na tiskanicu ponude za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ponuda).

(3) Prednja strana ponude obvezno sadrži sljedeće podatke:

- 1) broj ponude
- 2) šifru police
- 3) naziv ugovaratelja
- 4) adresu ugovaratelja – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj, e-mail adresu, broj mobitela
- 5) podatak da se premija osigurava u državnom proračunu
- 6) ime i prezime osiguranika, MBG, OIB, broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju
- 7) adresu osiguranika – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj, e-mail adresu i broj mobitela
- 8) podatak o iznosu mirovine/plaće/dohotka te odgovarajućoj cijeni godišnje premije
- 9) iznos godišnje premije plativo u jednakim mjesečnim obrocima
- 10) dospjeće premije
- 11) izjavu o točnosti podataka upisanih u ponudu i pravu Zavoda da provjerava, obrađuje, čuva i koristi dobivene podatke
- 12) datum i mjesto sačinjavanja ponude
- 13) potpis osiguranika, odnosno ugovaratelja.

(4) Poledina ponude obvezno sadrži opće uvjete.

(5) Tiskanica ponude za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju i ponude za sklapanje ugovora o poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju sastavni su dio ovih Pravila.

Članak 12.

(1) Tiskanica e-ponude sadrži sljedeće podatke:

- 1) broj ponude
- 2) šifru police
- 3) šifru cjenika police
- 4) naziv ugovaratelja, MB ugovaratelja
- 5) adresu ugovaratelja – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj
- 6) ime i prezime osiguranika, MBG, OIB, broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju
- 7) adresu osiguranika – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj
- 8) dospijeće premije
- 9) iznos godišnje premije plativo u jednakim mjesečnim obrocima
- 10) za osiguranika za kojeg se premija plaća iz državnog proračuna skenirane dokumente kojima dokazuje ispunjavanje propisanih uvjeta
- 11) Hyper Link na stranicu Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju
- 12) izjavu da su opći uvjeti ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju pročitani i prihvaćeni
- 13) napredni elektronički potpis osiguranika, odnosno ugovaratelja

(2) Tiskanice e-ponude za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju i e-ponude za sklapanje ugovora o poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju sastavni su dio ovih Pravila i mogu se preuzeti sa web stranica Zavoda (www.hzzo-net.hr).

Članak 13.

(1) Osiguraniku koji je sklopio ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju Zavod izdaje policu, a najkasnije u roku od 30 dana od izdavanja police i iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: iskaznica).

(2) Polica se tiska u dva primjerka od kojih se jedan uručuje osiguraniku, a drugi zadržava Zavod.

Članak 14.

Vrste polica prema opsegu prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja i iznos premije utvrđuje se prema cijeni police utvrđene općim aktom koji donosi Upravno vijeće Zavoda.

SREDSTVA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 15.

(1) Sredstva za korištenje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja utvrđenog policom osiguravaju se uplatom premije osiguranja od strane osiguranika/ugovaratelja, odnosno iz sredstava državnog proračuna.

(2) Cijena premije sukladno članku 14. stavak 2. Zakona utvrđuje se s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodovnog cenzusa osiguranika i statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 16.

(1) Ugovaratelj/osiguranik svoju obvezu plaćanja premije potvrđuju potpisom, odnosno ovjerom ponude.

(2) Kada osiguranik ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklapa osnovom članka 5. ovih Pravila, svoju obvezu plaćanja premije potvrđuje potpisom na popisu osiguranika koji je prilog ponude za sklapanje ugovora o poslovnoj suradnji.

Članak 17.

(1) Sredstva za premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i podmiruju iz državnog proračuna za:

1. osigurane osobe iz članka 6. točke 12. – 20., točke 25., 26., članka 9. stavka 3., članka 13. i 59. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, te za osigurane osobe kojima je priznat status hrvatskog ratnog vojnog invalida prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, kao i za osigurane osobe kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog invalida, mirnodopskog vojnog invalida i civilnog invalida rata prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata osigurava Republika Hrvatska,
2. osigurane osobe s invaliditetom i druge osobe kojima se priznaje pravo pomoć i njegu druge osobe u obavljanju većine ili svih životnih funkcija prema posebnim propisima, kojima je priznato pravo na osobnu invalidninu prema posebnim propisima, koje imaju najmanje 80% tjelesnog oštećenja prema propisima o mirovinskom osiguranju, ili prema drugim posebnim propisima te ostale osobe s invaliditetom s tjelesnim ili intelektualnim oštećenjem,
3. osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s preko 35 davanja (muškarci), odnosno s preko 25 davanja (žene),
4. osigurane osobe redovne učenike i studente starije od 18 godine,
5. osigurane osobe - hrvatske branitelje iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%,
6. osigurane osobe – članove obitelji smrtno stradaloga, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata,
7. osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen člankom 14.b Zakona.

(2) Postupak, uvjeti i način utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna za osiguranike iz ovog članka propisuje se Pravilnikom.

NAČIN KORIŠTENJA PRAVA

Članak 18.

(1) Prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje osnovom iskaznice koju mu izdaje Zavod.

(2) Izgled, sadržaj, oblik i način korištenja iskaznice iz stavka 1. ovog članka propisuje općim aktom Upravno vijeće Zavoda.

Članak 19.

(1) Zavod osiguranicima osigurava pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u skladu s odredbama ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a prema programima utvrđenim općim aktima Zavoda.

(2) U slučaju kada ugovorna zdravstvena ustanova, ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse, odnosno drugi ugovorni subjekt Zavoda (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekt) ne prihvati dokaz o dopunskom zdravstvenom osiguranju osiguranika i naplati mu sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite koju je bio dužan snositi Zavod, osiguranik ima pravo na povrat naplaćenog iznosa.

Članak 20.

(1) Zavod tijekom osiguravateljnog razdoblja, odnosno za vrijeme trajanja sklopljenih ugovora/polica o dopunskom zdravstvenom osiguranju ima pravo promijeniti Opće uvjete ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, ako se promijene zakonski i drugi propisi osnovom kojih Zavod provodi i ugovara dopunsko zdravstveno osiguranje. Prema izmijenjenim odredbama mogu se raskinuti postojeći ugovori/police, ili nastaviti njihova primjena u skladu s izraženom voljom ugovaratelja/osiguranika.

(2) Ako se novi opći uvjeti, odnosno ova Pravila imaju primijeniti na već sklopljene ugovore/police o dopunskom zdravstvenom osiguranju Zavod će o tome pisanim putem obavijestiti ugovaratelja najkasnije do dana njihove primjene.

VAŽENJE POLICE

Članak 21.

(1) Osiguranik koristi prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja isključivo u razdoblju važenja police, iskaznice i iskaznice osigurane osobe iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Rok važenja police i iskaznice počinje teći nakon proteka roka od 30 dana od dana sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(3) Rok važenja police i iskaznice produžava se na daljnju godinu, nakon proteka ugovorenog osiguravateljnog razdoblja od jedne godine, ako se osiguranik/ugovaratelj u roku od najkasnije 60 dana prije isteka tog razdoblja pisano ne izjasni da ne želi produljenje sklopljenog ugovora za sljedeće osiguravateljno razdoblje od godine dana.

(4) Iznimno od odredaba stavka 3. ovog članka, za osiguranike koji ostvaruju policu na teret sredstava državnog proračuna Republike Hrvatske rok važenja polica i iskaznica neće se produžavati za naredno osiguravateljno razdoblje, već će se prije isteka tekućeg osiguravateljnog razdoblja ponovno 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 osiguravateljnog razdoblja.

(5) Osiguranim osobama koje su u roku od 30 dana od dana navršene 18. godine života predale ponudu Zavodu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju rok važenja police i iskaznice počinje teći, iznimno od odredaba stavka 2. ovog članka, danom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(6) Iznimno od stavka 2. ovog članka, za osigurane osobe iz članka 17. ovih Pravila koje ispunjavaju uvjete za stjecanje prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna, kao i za osigurane osobe koje su izgubile pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna i koje su u roku od 30 dana prije, odnosno poslije dana gubitka tog prava predale ponudu Zavodu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, rok važenja police i iskaznice počinje teći danom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(7) Osiguranik koji do dana početka važenja police i iskaznice nije došao u posjed iskaznice, pravo na pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite ostvaruje na osnovi police.

(8) Prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguranci ostvaruju prilikom ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 22.

(1) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju iznimno prestaje prije ugovorenog roka trajanja u slučajevima:

- 1) smrti osiguranika;
- 2) raskida ugovora zbog neplaćanja premije u skladu s odredbama općih uvjeta;
- 3) gubitka, odnosno promjene statusa osiguranika/osigurane osobe Zavoda;
- 4) otkaza ugovora;
- 5) odustanka od ugovora;
- 6) nastavnog osiguranja u slučaju sklapanja novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju bez prekida osiguravateljnog razdoblja;
- 7) gubitka prava na policu na teret državnog proračuna Republike Hrvatske.

(2) Uvjeti prestanka ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju iz stavka 1. ovoga članka pobliže se utvrđuju općim uvjetima.

(3) Osiguranik, koji je unaprijed uplatio premiju osiguranja, ima pravo na povrat preplaćene premije osiguranja za one dane u mjesecu, odnosno mjesecima tijekom kojih više nije imao svojstvo osiguranika, a za koje je ta premija plaćena.

(4) Pod mjesecom osiguranja u smislu stavka 3. ovog članka podrazumijeva se i mjesec u kojem je osiguranik prekinuo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(5) U slučaju prijevremenog prestanka ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju iz stavka 1. točke 1., 3., 4. i 6. ovog članka, ugovaratelj, odnosno nasljednici mogu zatražiti od Zavoda povrat dijela unaprijed plaćene premije.

Članak 23.

Ako ugovaratelj i osiguranik nisu jedna osoba, a ugovaratelj otkáže ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju ili ga Zavod raskine zbog neplaćanja premije, Zavod može osiguraniku ponuditi sklapanje novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji se ne mora sklopiti pod istim uvjetima.

UGOVORNI SUBJEKTI ZAVODA I OBVEZE ZAVODA

Članak 24.

Zavod za osiguranika osigurava plaćanje sudjelovanja u troškovima pružene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 2. ovih Pravila u skladu s odredbama članka 10. Zakona, propisa donesenih na osnovi tog Zakona, općih akata Zavoda i odredaba ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a prema programima utvrđenim općim aktima Zavoda.

Članak 25.

Za pružene usluge zdravstvene zaštite osiguraniku ugovorni subjekti Zavoda ispostavljaju Zavodu račun osnovom sklopljenog ugovora sa Zavodom o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu s odredbama članka 24. ovih Pravila.

Članak 26.

(1) Za potrebe provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja Zavod će voditi ažuriranu listu nevažećih iskaznica koja mora biti dostupna ugovornim subjektima.

(2) Lista nevažećih iskaznica, s naznakom roka primjene, dostavlja se u pisanom obliku i objavljuje na web stranicama Zavoda prilagođena kompjutorskoj obradi.

(3) U slučaju razlike između dostavljene i objavljene liste, primjenjuje se ona dostavljena.

(4) Zavod će ugovornim subjektima odbiti namiriti trošak nastao po nevažećoj iskaznici, koja je uvrštena na listu nevažećih iskaznica, ako je trošak nastao u vrijeme primjene te liste, pod uvjetom da je ugovornom subjektu ta lista dostavljena na propisani način utvrđen stavkom 2. ovog članka.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 27.

(1) Osiguranicima se na njihov zahtjev osigurava dvostupanjsko rješavanje u upravnom postupku u Zavodu radi:

- utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna u skladu s Pravilnikom,

- zaštite prava na povrat neopravdano naplaćenog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 19. stavka 2. ovih Pravila, te na povrat unaprijed plaćene premije iz članka 22. stavka 3. ovih Pravila.

(2) O pravima iz stavka 1. ovog članka u prvom stupnju odlučuju područni uredi Zavoda.

(3) Protiv rješenja donesenog u prvom stupnju osiguranik ima pravo žalbe Direkciji Zavoda.

(4) U postupku odlučivanja o pravima iz stavka 1. ovoga članka, primjenjuje se Zakon o općem upravnom postupku, ako Zakonom nije drugačije uređeno.

Članak 28.

(1) Prestanak ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju iz članka 22. ovih Pravila ostvaruje se pod uvjetima utvrđenim općim uvjetima.

(2) U postupku rješavanja prestanka ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima, ako općim uvjetima nije drukčije uređeno.

Članak 29.

Tražbine osiguranika odnosno ugovaratelja te tražbine Zavoda, iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju zastarijevaju za tri godine računajući od prvog dana poslije protoka kalendarske godine u kojoj je tražbina nastala.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 30.

(1) Iznimno od članka 21. stavka 2. ovih Pravila rok važenja police od 1. do 31. siječnja 2009. godine počinje teći danom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a od 1. do 28. veljače 2009. godine u roku od 15 dana od dana sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(2) Iznimno od članka 21. stavka 4. ovih Pravila osiguranik koji do dana početka važenja police i iskaznice nije došao u posjed iskaznice, pravo na pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite ostvaruje osnovom naloga za plaćanje (uplatnice) iz koje je vidljivo da je uplaćen obrok premije za mjesec siječanj 2009. godine.

Članak 31.

Ugovori o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji su sa Zavodom sklopljeni na temelju Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 85/06.) i Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 112/06. i 131/06.) važe do isteka roka na koji su sklopljeni.

Članak 32.

(1) Osigurane osobe koje su ostvarile pravo na oslobođanje od sudjelovanja u dijelu troškova zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: doplata) u skladu s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 85/06., 105/06., 118/06., 77/07., 111/07. i 35/08.), zadržavaju to pravo do isteka važenja potvrde o oslobođanju od doplate, ali najdulje do 30. lipnja 2009. godine.

(2) Osiguranim osobama koje su ostvarile pravo na trajno oslobođanje u skladu sa Zakonom iz stavka 1. ovog članka Zavod će u razdoblju od 1. travnja do 30. lipnja 2009. godine po službenoj dužnosti utvrditi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, izdati im iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja s rokom važenja od jedne godine i dostaviti im je na adresu stanovanja.

(3) Osiguranim osobama koje su ostvarile pravo na oslobođanje od plaćanja doplate na osnovi utvrđenog im statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju, a kojima važenje potvrde o oslobođanju od plaćanja doplate ističe u razdoblju od 1. siječnja do 30. lipnja 2009. godine, Zavod će, pod uvjetom da nije došlo do promjene u njihovom statusu osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, po službenoj dužnosti utvrditi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, izdati im iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja s rokom važenja od jedne godine i dostaviti je na adresu stanovanja.

(4) Osigurane osobe iz stavka 2. i 3. ovog članka, iznimno, pravo na sklapanje ugovora/police dopunskog zdravstvenog osiguranja ne ostvaruju podnošenjem ponude za sklapanje ugovora.

(5) Osiguranici dopunskog zdravstvenog osiguranja iz stavka 2. i 3. ovog članka, ako i nakon isteka roka na koji im je izdana iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja žele biti dopunski zdravstveno osigurani na teret sredstava državnog proračuna, obvezni su u skladu s rokovima propisanim Općim uvjetima ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju podnijeti ponudu Zavodu za sklapanje novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a prije isteka važenja ugovora/police, odnosno iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja dobivene u skladu sa stavkom 2. i 3. ovog članka.