

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

26

Na osnovi članka 25. stavak 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« broj 85/06., 150/08. i 71/10), Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 17. sjednici održanoj 22. prosinca 2010. godine donijelo je

PRAVILA

USPOSTAVLJANJA I PROVOĐENJA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim Pravilima propisuju se uvjeti i način uspostavljanja i provođenja dodatnog 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 dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Pravilnik).

Članak 2.

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem koje provodi Zavod osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, sukladno članku 5. i članku 6. Pravilnika i u skladu s programima dodatnog zdravstvenog osiguranja utvrđenim općim aktima Zavoda.

Članak 3.

(1) Dodatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno i osobno zdravstveno osiguranje.

(2) Dodatno zdravstveno osiguranje je dugoročno i sklapa se na rok od najmanje jedne godine.

Članak 4.

(1) Osiguranik je osoba koja je sa Zavodom sklopila ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(2) Ugovor iz stavka 1. ovog članka čini: polica dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: polica) i opći uvjeti dodatnog 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 dodatnog zdravstvenog osiguranja za pojedine programe (u daljnjem tekstu: posebni uvjeti).

(4) Opće i posebne uvjete donosi Upravno vijeće Zavoda.

Članak 5.

(1) Ugovaratelj dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovaratelj) je osoba koja je obveznik uplate premije dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: premija osiguranja).

(2) Ugovaratelj može biti pravna ili fizička osoba koja u postupku ugovaranja dodatnog zdravstvenog osiguranja prikuplja podatke o osobama koje žele sa Zavodom sklopiti ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju, omogućava tim osobama sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, te se obvezuje za te osobe uplaćivati premiju osiguranja.

(3) Osoba koja želi postati osiguranikom putem ugovaratelja iz stavka 2. ovog članka obvezna je to potvrditi potpisom ponude za sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju.

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

(5) S ugovarateljem iz stavka 2. ovog članka Zavod sklapa Ugovor o poslovnoj suradnji u dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(6) Opći, odnosno posebni uvjeti i popis osiguranika/radnika sastavni su dijelovi ugovora iz stavka 5. ovog članka.

(7) Popis osiguranika iz stavka 6. ovog članka obvezno sadrži ime, prezimena i OIB radnika.

Članak 6.

(1) Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju je sklopljen kada je Zavod prihvatio ponudu.

(2) Ponuda je prihvaćena ako Zavod u roku od osam dana od dana zaprimanja ponudu ne odbije.

(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 ugovora o dopunskom i/ili dodatnom zdravstvenom osiguranju sklopljenih sa Zavodom.

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

STJECANJE STATUSA OSIGURANIKA

Članak 7.

(1) Status osiguranika u dodatnom zdravstvenom osiguranju mogu steći osobe koje u času sklapanja ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju imaju utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

(2) 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 dodatnom zdravstvenom osiguranju podnosi njihov zakonski zastupnik ili skrbnik.

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

Članak 8.

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

(2) Polica obvezno sadrži najmanje 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

c) OIB

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

(3) 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 poleđini su otisnuti opći uvjeti.

(4) Tiskanica police je formata A4 u zelenoj boji označena brojčanom oznakom, a sadržaj i oblik police u skladu s programima dodatnog zdravstvenog osiguranja propisat će se općim aktom Zavoda.

Članak 9.

(1) Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju može se sklopiti u svim područnim uredima Zavoda i njihovim ispostavama, a u skladu s programima dodatnog zdravstvenog osiguranja utvrđenim općim aktima Zavoda.

(2) Ugovor o dodatnom 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.
 - d) putem zastupnika u osiguranju
- (3) Ugovor o poslovnoj suradnji iz članka 5. stavka 5. ovih Pravila može se sklopiti osnovom pisane ponude i e-ponude.

Članak 10.

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

Članak 11.

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

(2) Podaci iz stavka 1. ovog članka unose se na tiskanicu ponude za sklapanje ugovora o dodatnom 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) ime i prezime osiguranika, MBG, OIB, broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju
 - 6) adresu osiguranika – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj, e-mail adresu i broj mobitela
 - 7) podatak o cijeni godišnje premije
 - 8) iznos godišnje premije plativo u jednakim mjesečnim obrocima
 - 9) dospijeće premije
 - 10) izjavu o točnosti podataka upisanih u ponudu i pravu Zavoda da provjerava, obrađuje, čuva i koristi dobivene podatke
 - 11) datum i mjesto sačinjavanja ponude
 - 12) potpis osiguranika, odnosno ugovaratelja.
- (4) Poledina ponude obvezno sadrži opće uvjete.
- (5) Tiskanica ponude za sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju i ponude za sklapanje ugovora o poslovnoj suradnji u dodatnom zdravstvenom osiguranju brojčano su označene tiskanice čiji se sadržaj i oblik propisuje općim aktom Zavoda.

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) Hyper Link na stranicu Općih uvjeta ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju
 - 11) izjavu da su opći uvjeti ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju pročitani i prihvaćeni
 - 12) napredni elektronički potpis osiguranika, odnosno ugovaratelja
- (2) E-ponuda za sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju i e-ponuda za sklapanje ugovora o poslovnoj suradnji u dodatnom zdravstvenom osiguranju mogu se preuzeti sa web-stranica Zavoda (www.hzzo-net.hr) pod dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Članak 13.

- (1) Osiguraniku koji je sklopio ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju Zavod izdaje policu, a najkasnije u roku od 30 dana od izdavanja police i iskaznicu dodatnog 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 dodatnog zdravstvenog osiguranja i iznos premije utvrđuje se programima iz članka 2. ovih Pravila, a u skladu s općim aktom Zavoda.

SREDSTVA DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 15.

- (1) Sredstva za korištenje prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja utvrđenog policom osiguravaju se uplatom premije osiguranja od strane ugovaratelja.
- (2) Način osiguravanja, raspolaganja i vođenja sredstava dodatnog zdravstvenog osiguranja propisuju se općim aktom Zavoda.

Članak 16.

Ugovaratelj svoju obvezu plaćanja premije potvrđuju potpisom, odnosno ovjerom ponude.

NAČIN KORIŠTENJA PRAVA

Članak 17.

- (1) Prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje osnovom iskaznice koju mu izdaje Zavod u zdravstvenim ustanovama i kod zdravstvenih radnika privatne prakse s kojima je Zavod sklopio ugovor o

provođenju zdravstvene zaštite iz dodatnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu ugovorni subjekti dodatnog zdravstvenog osiguranja).

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

Članak 18.

(1) Zavod osiguranicima osigurava pokriće troškova iz dodatnog zdravstvenog osiguranja u skladu s odredbama ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, a prema programima iz članka 2. ovih Pravila.

(2) U slučaju kada ugovorni zdravstveni subjekt ne prihvati dokaz o dodatnom zdravstvenom osiguranju osiguranika i naplati mu troškove zdravstvene zaštite koju je bio duž snositi Zavod, osiguranik ima pravo na povrat naplaćenog iznosa osnovom pisanog zahtjeva i priloženog izvornika računa o plaćenim troškovima ugovornom subjektu.

Članak 19.

(1) Zavod tijekom osiguravateljnog razdoblja, odnosno za vrijeme trajanja sklopljenih ugovora/polica o dodatnom zdravstvenom osiguranju ima pravo promijeniti Opće uvjete ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju, ako se promijene zakonski i drugi propisi osnovom kojih Zavod provodi i ugovara dodatno 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 dodatnom zdravstvenom osiguranju Zavod će o tome pisanim putem obavijestiti ugovaratelja najkasnije do dana njihove primjene.

VAŽENJE POLICE

Članak 20.

(1) Osiguranik koristi prava iz dodatnog 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 dodatnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Rok važenja police i iskaznice produžava se pod istim uvjetima i pod istim programom osiguravatelja na daljnu 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) Osiguranik koji do dana početka važenja police i iskaznice nije došao u posjed iskaznice, pravo na korištenje zdravstvene zaštite iz dodatnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovi police.

Članak 21.

(1) Ugovor o dodatnom 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 dodatnom zdravstvenom osiguranju bez prekida osiguravateljnog razdoblja;

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

Članak 22.

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

UGOVORNI SUBJEKTI ZAVODA I OBVEZE ZAVODA

Članak 23.

(1) Osiguranici dodatnog zdravstvenog osiguranja Zavoda mogu koristiti prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja kod ugovornih subjekata Zavoda za dodatno zdravstveno osiguranje.

(2) Zavod se obvezuje s popisom ugovornih subjekata Zavoda za dodatno zdravstveno osiguranje upoznati osiguranike na prihvatljiv i dostupan način.

Članak 24.

Za pružene usluge zdravstvene zaštite osiguraniku ugovorni subjekti Zavoda ispostavljaju Zavodu račun osnovom sklopljenog ugovora sa Zavodom o provođenju zdravstvene zaštite iz dodatnog zdravstvenog osiguranja u skladu s odredbama članka 23. ovih Pravila.

Članak 25.

Za potrebe provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja Zavod vodi dnevno ažuriranu bazu podataka važećih iskaznica dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Na web-stranicama Zavoda, ugovorni subjekti Zavoda mogu upisom broja iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja osiguranika izvršiti provjeru njene valjanosti, a ako osiguranik nema iskaznicu kod sebe upisom njegovog broja OIB-a ili broja MBO-a sa iskaznice zdravstveno osigurane osobe u

obveznom zdravstvenom osiguranju mogu provjeriti važeći status u obveznom i dodatnom zdravstvenom osiguranju.

Zavod će ugovornim subjektima odbiti namiriti trošak nastao po nevažećoj iskaznici dodatnog zdravstvenog osiguranja.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 26.

Osiguranicima se na njihov zahtjev osigurava:

- utvrđivanja prava na korištenje usluga iz dodatnog zdravstvenog osiguranja o trošku Zavoda,
- zaštite prava na povrat neopravdano naplaćenih troškova tijekom korištenja prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja Zavoda, te na povrat unaprijed plaćene premije dodatnog zdravstvenog osiguranja.

O pravima iz stavka 1. ovog članka odlučuju područni uredi Zavoda, a temeljem općih akata koje je donijelo Upravno vijeće Zavoda.

Članak 27.

Prestanak ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju ostvaruje se pod uvjetima utvrđenim općim uvjetima.

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

Članak 28.

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

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 29.

Ova Pravila objavljuju se u »Narodnim novinama«, a primjenjuju na sve ugovore o dodatnom zdravstvenom osiguranju sklopljene od 1. srpnja 2011. godine i dalje.

Klasa: 025-04/10-01/275

Urbroj: 338-01-01-10-1

Zagreb, 22. prosinca 2010.

Predsjednik
Upravnog vijeća Hrvatskog
zavoda za zdravstveno

osiguranje
mr. Dražen Jurković, dr.
med., v. r.