

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Na osnovi članka 16. stavka 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 85/06.), odredaba Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 112/06.) i članka 20. stavka 1. podstavka 1. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 16/02., 24/02. i 58/03.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 38. sjednici održanoj 24. listopada 2006. godine donijelo je

## PRAVILA

### USPOSTAVLJANJA I PROVOĐENJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

#### 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 i Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Pravilnik).

##### Članak 2.

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem koje provodi Zavod osigurava se pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 15. stavak 2. točka 2. do 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ( u daljnjem tekstu: doplata).

##### Članak 3.

Dopunsko zdravstveno osiguranje je dobrovoljno i osobno zdravstveno osiguranje. Dopunsko zdravstveno osiguranje sklapa se na rok od najmanje godine dana.

##### Članak 4.

Osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: osiguranik) je osoba koja sa Zavodom sklopi ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Ugovor iz stavka 1. ovog članka čini: policu dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: policu) i opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: opći uvjeti). 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). Opće i posebne uvjete donosi Upravno vijeće Zavoda.

##### Članak 5.

Ugovaratelj dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovaratelj) je osoba koja je obveznik uplate premije dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: premija osiguranja). 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. 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. Ugovaratelj iz stavka 2. ovog članka premiju osiguranja za osiguranike, koji su putem njega sklopili ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, uplaćuje ili iz svojih sredstava ili na teret sredstava tih

osoba.

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

Opći, odnosno posebni uvjeti i popis osiguranika sastavni su dijelovi ugovora iz stavka 4. ovog članka.

#### Članak 6.

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

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.

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

### STJECANJE STATUSA OSIGURANIKA

#### Članak 7.

Status osiguranika može steći samo osoba s navršениh 18 godina života koja u času sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju ima status osigurane osobe Zavoda u obveznom zdravstvenom osiguranju.

#### Članak 8.

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

Polica obvezno sadrži sljedeće podatke:

1. Podatke o osiguraniku:

- ime i prezime
- adresu stanovanja
- broj osigurane osobe u Zavodu iz obveznog zdravstvenog osiguranja

2. Podatke o ugovaratelju:

- naziv
- adresa

3. Podatke o uvjetima osiguranja:

- podatke o vrsti police i trajanju osiguranja
  - podatke o iznosu premije, načinu i uvjetima plaćanja premije sa šifrom važećeg cjenika s popustima.
- Osim podataka iz stavka 2. ovog članka, policu, 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 rok važenja police, a na poleđini su otisnuti opći uvjeti.

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.

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:

- neposredno, usmeno radniku Zavoda ili
- pisano na propisanoj tiskanici.

Ugovor o poslovnoj suradnji iz članka 5. stavka 5. ovih Pravila može se sklopiti samo osnovom pisane ponude.

#### Članak 10.

Prilikom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju osnovom neposredne i usmene ponude osiguranik je obvezan predočiti:

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

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

#### Članak 11.

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

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

Prednja strana ponude obvezno sadrži sljedeće podatke:

- broj ponude
- šifru police
- šifru cjenika police s popustom
- naziv ugovaratelja
- adresu ugovaratelja – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj
- ime i prezime osiguranika, MBG, broj osigurane osobe Zavoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja
- adresu osiguranika – broj pošte, naselje, ulica, kućni broj
- dospjeće premije
- iznos godišnje premije
- uvjete plaćanja
- datum i mjesto sačinjavanja ponude
- potpis osiguranika, odnosno ugovaratelja.

Poleđina ponude obvezno sadrži opće uvjete.

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.

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).

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

#### Članak 13.

Vrste polica prema opsegu prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja i cijenu pojedine vrste police utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Zavoda.

### SREDSTVA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

#### Članak 14.

Sredstva za korištenje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja utvrđenog policom osiguravaju se uplatom premije osiguranja.

Iznos premije utvrđuje se prema cijeni police, uzimajući u obzir i odredbe članka 16. ovih Pravila.

#### Članak 15.

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

Način plaćanja premije ugovaratelj i Zavod mogu urediti i posebnim ugovorom.

#### Članak 16.

Zavod može na cijenu police iz članka 14. stavka 2. ovih Pravila odrediti i popust s obzirom na način plaćanja, broj sklopljenih polica i ostalih uvjeta.

Visinu popusta iz stavka 1. ovog članka određuje Upravno vijeće Zavoda.

## NAČIN KORIŠTENJA PRAVA

### Članak 17.

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

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

### Članak 18.

Zavod osiguranicima osigurava pokriće doplate iz članka 15. stavak 2. točka 2. do 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u skladu odredbama ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

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 doplatu koju je bio dužan snositi Zavod, osiguranik ima pravo na povrat naplaćenog iznosa.

### Članak 19.

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 sa izraženom voljom ugovaratelja/osiguranika.

Ako se novi opći uvjeti, donosno 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 20.

Osiguranik koristi prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja isključivo u razdoblju važenja police, iskaznice i iskaznice zdravstveno osigurane osobe Zavoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Rok važenja police i iskaznice počinje teći nakon proteka roka od 15 dana od dana sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a prestaje istekom roka navedenog u polici i iskaznici. Iznimno od odredaba stavka 2. ovog članka kada osiguranik u vrijeme važenja postojeće police dopunskog zdravstvenog osiguranja potpiše ponudu za novo ugovorno razdoblje rok važenja nove police i iskaznice počinje teći prvog sljedećeg dana nakon isteka roka važenja postojeće police, odnosno iskaznice.

Osiguranik koji do dana početka važenja police i iskaznice nije došao u posjed iskaznice, pravo na pokriće doplate ostvaruje na osnovi police.

Prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguranici ostvaruju prilikom ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

### Članak 21.

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

- smrti osiguranika;
- raskida ugovora zbog neplaćanja premije u skladu s odredbama općih uvjeta;
- gubitka statusa osigurane osobe Zavoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja;
- otkaza ugovora;
- odustanka od ugovora;
- ostvarivanja prava na oslobođanje od plaćanja doplate;
- nastavnog osiguranja u slučaju sklapanja novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju bez

prekida osigurateljnih razdoblja.

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

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.

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

U slučaju prijevremenog prestanka ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju iz stavka 1. podstavaka 1., 3., 4., 6. i 7. ovog članka, ugovaratelj, odnosno nasljednici mogu zatražiti od Zavoda povrat dijela unaprijed plaćene premije.

#### Članak 22.

Ako ugovaratelj i osiguranik nisu jedna osoba, a ugovaratelj otkaže 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 23.

Zavod za osiguranika ugovornim subjektima osigurava plaćanje doplate u skladu s odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, propisa donesenih na osnovi toga Zakona, općih akata Zavoda i odredaba ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju..

#### Članak 24.

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 23. ovih Pravila.

#### Članak 25.

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

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

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

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 26.

Radi zaštite prava na povrat neopravdano naplaćene doplate iz članka 18. stavka 2. ovih Pravila, te na povrat unaprijed plaćene premije iz članka 21. stavka 3. ovih Pravila, osiguranicima se na njihov zahtjev osigurava dvostupanjsko rješavanje u upravnom postupku u Zavodu.

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

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

U postupku odlučivanja o pravima iz stavka 1. ovoga članka, primjenjuje se Zakon o općem upravnom postupku, ako Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije drugačije uređeno.

#### Članak 27.

Prestanak ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju iz članka 21. ovih Pravila ostvaruje se u mirnom postupku pod uvjetima utvrđenim općim uvjetima.

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

#### Članak 28.

Pravo na povrat novčanih sredstava u smislu ovih Pravila zastarijeva nakon proteka roka od tri godine, računajući:

- od dana nastanka troška – za neopravdano naplaćenu doplatu;
- od dana poništenja polica – za preplaćenu premiju.

### PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

#### Članak 29.

Osiguraniku kojemu je na recept propisan lijek u vrijeme važenja Odluke o utvrđivanju liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" br. 19/06., 24/06., 36/06., 61/06. i 84/06.) Zavod će snositi troškove participacije utvrđene tom listom lijekova i nakon primjene Odluke o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Odluke o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, ako osiguranik recept realizira u roku propisanom Pravilnikom o načinu propisivanja, izdavanja i naplaćivanja lijekova ("Narodne novine" broj 155/05. i 24/06.).

#### Članak 30.

Danom primjene ovih Pravila prestaju važiti Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 47/02., 76/02., 2/03., 11/03., 106/04., 51/05., 26/06., 48/06. i 78/06. – pročišćeni tekst).

#### Članak 31.

Ova se Pravila objavljuju u "Narodnim novinama", a primjenjuju se od 15. studenog 2006. godine.

Klasa: 025-04/06-01/344  
Ur.broj: 338-01-01-06-1  
Zagreb, 24. listopada 2006. godine

Predsjednik Upravnog vijeća  
Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje  
**prim. Stjepan Bačić, dr. med., v. r.**