

Na osnovi članka 16. stavka 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 85/06. i 150/08), članka 295. Zakona o obveznim odnosima ("Narodne novine" broj 35/05. i 41/08.), članka 4. stavka 4. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 2/09. i 32/09.) i članka 27. točke 2. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" broj 18/09.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 4. sjednici održanoj 11. svibnja 2009. godine donijelo je

OPĆE UVJETE UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. (UVODNA ODREDBA)

Ovi Opći uvjeti utvrđeni su osnovom članka 11. do 16. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („NN“ broj 85/06. i 150/08., nadalje: Zakon), te članka 4. stavka 4. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja („NN“ broj 2/09. i 32/09., nadalje: Pravila)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (nadalje: 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, prema odredbama članka 6. do 13. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, 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 dospijeća 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.

Osigurane osobe – samostalni obveznici uplate doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, mogu postati osiguranicima, ako su Zavodu u cijelosti podmirili te doprinose.

IV. (SKLAPANJE UGOVORA)

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju (nadalje: 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 iz članka 12. Pravila.

Ponuda vrijedi 8 dana od kada je Zavod zaprimi.

Ponudu obvezno potpisuje osoba koja želi postati osiguranikom.

Svojim 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.

Zavod obvezno odbija ponudu osigurane osobe koja na dan zaprimanja ponude u Zavod ima nepodmirenih tražbina odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom.

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 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)

Police, koje u potpunosti moraju odgovarati podacima iz ponude, izdaju se u dva istovjetna primjerka, od kojih po jedan primjerak zadržavaju osiguranik i Zavod.

Ako se podaci u polici bitno razlikuju od onih iz ponude, ugovaratelj ili osiguranik mogu u roku od 30 dana nakon primitka police od Zavoda, pisanim putem, zatražiti ispravak police, a ako to ne učini u zadanom roku, vrijedi sadržaj police.

Bitna razlika ponude i police iz stavka 1. ove točke je u imenu i prezimenu osiguranika, imenu i prezimenu odnosno nazivu ugovaratelja, adresi ugovaratelja i datumu rođenja osiguranika.

VI. (PREDMET OSIGURANJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA)

Policom PC03 Zavod osigurava pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite utvrđene člankom 16. 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. laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite - 0,45% proračunske osnovice,
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
3. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
4. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda - 1,50% proračunske osnovice,
5. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalna medicina i rehabilitacija u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
6. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,

7. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07% proračunske osnovice,
9. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih 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 90,20% 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 16. stavkom 4. Zakona obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 0,45% od proračunske osnovice za:

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i stomatologije,
2. izdavanje lijeka po receptu.

VII. (PREMIJA - CIJENA 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 („NN“ 32/09.)

VIII. (TRAJANJE OSIGURANJA)

Ugovor se sklapa na godinu dana.

Osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polici naveden kao početak dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Obveza Zavoda 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/promjenom statusa osiguranika/osigurane osobe Zavoda – danom gubitka odnosno promjene 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. nastavnog osiguranja – danom sklapanja novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

IX (OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA)

Osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja putem važeće iskaznice, koju mu izdaje Zavod, odnosno osnovom police, ako do dana početka važenja police nije došao u posjed iskaznice.

X. (PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NE PLAĆANJA)

Ugovorom se ugovara mjesečno plaćanje premije.

Premija se uplaćuje unaprijed prema rokovima dospjeća iz police, ako posebnim ugovorom nije drukčije određeno i to uplatnicom koju Zavod dostavlja ugovaratelju.

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 obvezan 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 raskida ugovor nakon isteka tridesetog dana od dana kada je ugovaratelju uručeno preporučeno pismo Zavoda kojim ga se opominje da plati dospjelu premiju. Taj rok ne može isteći prije nego što protekne 60 dana od dospjeća premije. U svakom slučaju, ugovor se raskida, ako premija nije plaćena u roku od 90 dana nakon njezina dospjeća.

U slučaju raskida ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj se Zavodu obvezuje platiti ugovornu kaznu u visini iznosa premije pripadajuće nerealiziranom dijelu osiguravateljnog razdoblja.

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 otkazati ugovor uz otkazni rok od tri mjeseca za koje je vrijeme obvezan podmiriti pripadajuću premiju.

XIII. (ODUSTANAK OD UGOVORA)

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

XIV. (NASTAVNO OSIGURANJE)

Kada osiguranik želi nastaviti dopunsko zdravstveno osiguranje pod drugim uvjetima koji zahtijevaju sklapanje novog ugovora, ili kada se mijenja ugovaratelj, ili nakon isteka osiguravateljnog razdoblja, prestaje dotadašnji ugovor i sklapa se novi bez prekida osiguravateljnog razdoblja.

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

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

XV. (NAKNADA ŠTETE)

Za štetu Zavodu odgovaraju ugovaratelji:

1. s kojima je raskinut ugovor osnovom točke XI., stavka 1. ovih Općih uvjeta, ukoliko je iznos štete viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja prije dana raskida ugovora – za razliku između iznosa štete i iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja;
2. koji su otkazali ugovor prema točki XII. ovih Općih uvjeta, ukoliko je iznos štete viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja – za razliku između iznosa štete i iznosa pripadajuće premije;

XVI. (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.

XVII. (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.

XVIII. (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 na ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljene od 01. srpnja 2009. godine.

Klasa: 025-04/08-01/106

Ur.broj: 338-01-01-08-1

Zagreb, 11. svibnja 2009. godine

Predsjednik
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda
za zdravstveno osiguranje

Dražen Jurković, dr.med.