

Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje

I. Uvodne odredbe

Članak 1.

(1) Ovi Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje (u nastavku teksta: Uvjeti osiguranja) sastavni su dio ugovora o osiguranju kojeg je ugovaratelj osiguranja sklopio s Allianz Hrvatska d.d. (u nastavku teksta: Osiguratelj).

(2) Ovim Uvjetima uređuju se međusobna prava i obveze između Osiguratelja i ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika iz sklopljenog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(3) Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: sudjelovanja) kako je definirano važećim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i drugim zakonskim propisima s područja zdravstva.

II. Osnovni pojmovi

Članak 2.

(1) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

Osiguratelj - Allianz Hrvatska d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj). Ugovorom o osiguranju obvezuje se na izvršenje obveza iz ugovora o osiguranju za osigurane rizike;

Ponuditelj osiguranja – osoba koja podnosi ponudu Osiguratelju s namjerom da sklopi ugovor o osiguranju;

Ugovaratelj osiguranja - fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi ugovor o osiguranju i obvezuje se na uplatu premije osiguranja. Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu biti ista fizička osoba;

Osiguranik – fizička osoba koja je osigurana u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno važećim odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i čije je sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, sukladno važećim odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, pokriveno ovim Uvjetima;

Osigurani slučaj - događaj prouzročen osiguranim rizikom;

Polica osiguranja - pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Ugovor o osiguranju – Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji čine policia osiguranja, Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje, posebni uvjeti osiguranja ukoliko su doneseni i klauzule ako su ugovorene;

Premija osiguranja - iznos koji je ugovaratelj dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Osigurateljna godina - vrijeme od 12 (dvanaest) mjeseci koje se računa od dana početka ugovora o osiguranju naznačenog na polici osiguranja, odnosno kod produljenja osiguranja vrijeme od 12 (dvanaest) mjeseci koje se računa od dana isteka prethodne osigurateljne godine;

Trajanje osiguranja – Trajanje ugovora o osiguranju definirano je policom osiguranja;

Iskaznica – isprava kojom se dokazuje status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju i kojom osiguranik ostvaruje prava iz ugovora o osiguranju, a izdaje je Osiguratelj;

Karenca - razdoblje od početka osiguranja za vrijeme kojeg osiguranik još ne može ostvarivati prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju;

III. Sklapanje ugovora o osiguranju

Članak 3.

(1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju prihvata usmene ili pisane ponude učinjene Osiguratelju odnosno potpisom police osiguranja i/ili uplatom premije ili obroka premije.

(2) Pisana ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje ugovora o osiguranju veže ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana od kada je ponuda prispjela osiguratelju.

(3) Osiguranje se ugovara navođenjem imena i prezimena, OIB-a, i datuma rođenja svakog osiguranika na polici.

(4) Ako se ugovor sklapa temeljem potpisa police osiguranja, u slučaju da policia nije izdana sukladno uvjetima pod kojima se sklapa ovo osiguranje, Osiguratelj ima pravo o tome pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja, te mu dostaviti novu ispravljenu ponudu u roku 15 (petnaest) dana od dana izdavanja police.

(5) Ukoliko ugovaratelj osiguranja u roku od 14 (četnaest) dana od dana primitka nove ponude ne prihvati ponudu s drugačijim uvjetima osiguranja, ugovor se raskida i ugovaratelju osiguranja se vraća uplaćena premija osiguranja.

Sposobnost za osiguranje

Članak 4.

(1) Osiguranik može biti samo fizička osoba koja ima status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. Gubitkom statusa osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja osoba gubi status osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja.

(2) Pristupna dob osiguranika se računa kao razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.

Oblik ugovora o osiguranju

Članak 5.

(1) Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovoru vrijede samo ako su sklopljeni u pisanom obliku.

(2) Svi zahtjevi ili izjave podneseni su pravovremeno ako su podneseni u roku predviđenom odredbama ovih Uvjeta.

Početak i trajanje osiguranje

Članak 6.

(1) Ugovor o osiguranju može se sklopiti:

- 1) s određenim rokom trajanja, koji ne može biti kraći od jedne godine, a koji se po isteku ugovorenog roka automatski produljuje iz godine u godinu i traje sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže sukladno stavku 2. ili 3. članka 22. ovih Uvjeta osiguranja;
- 2) s neodređenim rokom trajanja koji se produljuje iz godine u godinu i traje do otkaza za jedne od ugovornih strana. Ako je na polici naveden samo početak osiguranja (bez navođenja dana isteka), Ugovor se automatski produljuje iz godine u godinu sve dok ga je jedna od ugovornih strana ne raskine sukladno stavku 1. članka 22. ovih Uvjeta osiguranja.

(2) Početak osiguranja može biti bilo koji dan u mjesecu.

Osiguranje počinje u 24,00 sata onoga dana koji je u polici osiguranja naveden kao početak osiguranja, ali ne prije 24,00 sata onoga dana kad je plaćena premija odnosno njezin prvi obrok.

(3) Ako je ugovor o osiguranju sklopljen samim plaćanjem premije ili obroka premija, osiguranje počinje u 24,00 sata onoga dana kada je plaćena premija ili prvi obrok premije.

(4) Obveza Osiguratelja počinje u 00,00 sati prvog sljedećeg dana nakon isteka karence pod uvjetom da je plaćena dospjela premija te da se osigurani slučaj dogodio ili započeo nakon isteka ugovorene karence.

(5) Osiguranje za svakoga pojedinog osiguranika prestaje istekom 24,00 sata onoga dana:

- 1) koji je na polici naveden kao istek osiguranja;
- 2) kada nastupi osiguranikova smrt;
- 3) kada osigurana osoba izgubi status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju, a o čemu je u obvezi pisano izvijestiti Osiguratelja;
- 4) kada osigurana osoba ostvari pravo na oslobođenje od plaćanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite;
- 5) prestankom plaćanja premije osiguranja sukladno članku 9. stavku 5. ovih Uvjeta osiguranja.

Karenca

Članak 7.

(1) Kod sklapanja novog osiguranja ugovara se karenca u trajanju od 15 (petnaest) dana od dana početka osiguranja navedenog na polici osiguranja. Za vrijeme karence ugovaratelj osiguranja se obvezuje plaćati premiju osiguranja.

(2) Za vrijeme karence osiguranik ne može koristiti prava iz sklopljenog ugovora o osiguranju.

(3) U slučaju prekida osiguranja dužeg od 30 dana ugovara se karenca kao kod novog osiguranja.

(4) Odredba ovog članka se ne primjenjuje kod produljenja ugovora o osiguranju (ukoliko nema prekida osiguranja dužeg od 30 dana utvrđenog prethodnim stavkom ovoga članka), niti za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje kod bilo kojeg osiguratelja, a pod uvjetom da se ugovor o osiguranju kod Osiguratelja sklapa unutar roka od 30 dana od dana isteka prethodne police drugog osiguratelja.

Premija osiguranja

Članak 8.

(1) Premija se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu temeljem dobi osiguranika u trenutku ugovaranja odnosno produljenja osiguranja te opsega osigurateljnog pokrića.

(2) Dob osiguranika računa se svake godine kao razlika kalendarske godine u kojoj je zaključeno, odnosno produljeno osiguranje i kalendarske godine rođenja osiguranika.

(3) Visina premije će se automatski promijeniti kada osiguranik prijeđe u viši dobní razred. Dobni razredi i pripadne premije osiguranja su navedeni na ponudi odnosno polici osiguranja.

(4) Osiguratelj zadržava pravo promjene premije osiguranja u tijeku trajanja osiguranja, po načelu proporcije (pro rata), u slučaju promjene proračunske osnovice utvrđene Zakonom, odnosno u slučaju promjene zakonskih odredbi kojima su definirani opseg i iznosi obveznog sudjelovanja osiguranih osoba u punoj cijeni zdravstvene zaštite. U tom slučaju primijenit će se odredbe članka 21. ovih Uvjeta osiguranja.

Plaćanje premije i posljedice neplaćanja premije

Članak 9.

- (1) Osiguranje proizvodi pravne učinke ako ugovaratelj osiguranja u cijelosti uplati premiju kod sklapanja ugovora o osiguranju, za svaku godinu trajanja osiguranja.
- (2) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima, osiguranje proizvodi pravne učinke ako ugovaratelj osiguranja uplati barem prvi obrok premije kod sklapanja ugovora o osiguranju, za svaku godinu trajanja osiguranja.
- (3) Premija se plaća u gotovini, kreditnom karticom, trajnim nalogom, putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onoga dana kad je uplaćena na poštu, a ako je plaćena putem banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onoga dana kad je nalog predan banci.
- (4) Za svaki dan prekoračenja roka za plaćanje premije, Osiguratelj može obračunati zateznu kamatu u visini određenoj propisima.
- (5) Ako ugovaratelj osiguranja na poziv Osiguratelja, koji mu mora biti dostavljen preporučeni pismom, ne plati dospjelu premiju u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od 30 (trideset) dana, računajući otkad mu je pismo uručeno, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Osiguratelj može izjaviti ugovaratelju osiguranja da raskida ugovor.
- (6) Premija ugovorena za tekuću godinu trajanja osiguranja pripada Osiguratelju kad je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka ukoliko je isplaćena osigurumina.
- (7) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka Osiguratelju pripada premija samo do završetka dana do kojega je trajalo osiguranje.
- (8) Ukoliko po polici osiguranja postoji dugovanje za neplaćenu premiju osiguranja veće od 130,00 (stotridaset) kn, osiguranik ostvaruje pravo na pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite sukladno članku 19. stavku 3. uz prethodnu uplatu dužne premije osiguranja.

Način obavješćivanja

Članak 10.

- (1) Sve obavijesti i prijave koje je ugovaratelj osiguranja obavezan učiniti prema odredbama ovih Uvjeta osiguranja, ugovaratelj osiguranja je dužan potvrditi na trajnom mediju pisanim putem, ako su dostavljene usmeno, telefonom, ili na koji drugi način.
- (2) Sve obavijesti i prijave koje je Osiguratelj obavezan učiniti prema odredbama ovih Uvjeta osiguranja Osiguratelj će dostaviti ugovaratelju, osiguraniku ili trećoj osobi pisanim putem ili putem elektroničke pošte na posljednju dostavljenu adresu sukladno članku 11. ovih Uvjeta osiguranja.
- (3) Kao dan primitka obavijesti ili prijave smatra se dan kad je primljena obavijest ili prijava. Ako se obavijest ili prijava šalju preporučeno, kao dan primitka smatra se dan predaje pošti.
- (4) Osiguratelj će kao relevantnu obavijest ili prijavu uzeti onu koja mu je posljednja dostavljena sukladno odredbama ovog članka.
- (5) Sporazumi koji se tiču sadržaja ugovora vrijede samo ako su zaključeni pisano.

Promjena adrese - naziva

Članak 11.

- (1) Ugovaratelj osiguranja obavezan je o promjeni imena, adrese, adrese elektroničke pošte ili promjeni naziva - tvrtke i sjedišta obavijestiti osiguratelja u roku od 15 (petnaest) dana od dana nastale promjene sukladno prethodnom članku ovih Uvjeta osiguranja.
- (2) Osiguratelj će kao relevantnu kontakt poštansku adresu ili adresu elektroničke pošte uzeti onu koja mu je posljednja dostavljena sukladno odredbama ovog članka.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja ne izvijesti Osiguratelja o promjenama iz stavka (1) ovog članka, Osiguratelj zadržava pravo slati obavijesti preporučeni pismom na njegovu posljednju adresu iz stavka (2) ovog članka. Sve odredbe tako poslanih obavijesti stupaju na snagu kao da ih je ugovaratelj primio, a kao dan primitka smatra se dan predaje pošti.

Predmet osiguranja

Članak 12.

- (1) Ugovorom o sklopljenom dopunskom zdravstvenom osiguranju osigurava se sudjelovanje osiguranika u pokriću dijela troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
- (2) Troškovi zdravstvene zaštite odnose se na troškove liječenja osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju, a ukoliko je posebno ugovoreno i na sudjelovanje u troškovima lijekova s dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Zavod). Sudjelovanja u troškovima liječenja su u pokriću pod uvjetom da su nastali temeljem izdane uputnice, recepta, doznake, ili rješenja Zavoda.
- (3) Pravo na pokriće sudjelovanja osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite, sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, odnosi se na:
 - Zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine;
 - Specijalističko – konzilijarnu zdravstvenu zaštitu uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici;
 - Specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite;
 - Ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala;
 - Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulatnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji kao i fizikalnoj medicini i rehabilitaciji u kući;
 - Liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 201/24/EU, Zakonu o obve-

- znom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Zavod) općem aktu Zavoda;
- Troškove bolničke zdravstvene zaštite;
- Dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18. godine;
- Izdavanje lijeka po receptu.

- (4) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka (1) ovog članka koji se osiguranicima osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja definiran je važećim odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.
- (5) Ako se posebno ugovori, ugovor o osiguranju pokriva i iznos sudjelovanja za lijekove s dopunske liste lijekova Zavoda u iznosu koji predstavlja razliku između pune cijene lijeka utvrđene dopunskom listom lijekova Zavoda i cijene ekvivalentnog lijeka utvrđene osnovnom listom lijekova Zavoda. Sudjelovanja za lijekove s dopunske liste lijekova su u pokriću do ugovorenog limita (broj pakiranja) po jednom lijeku u svakoj osigurateljskoj godini. Ugovoreni broj originalnog pakiranja lijeka naznačen je na polici osiguranja.

Područje na kojem vrijedi osiguranje

Članak 13.

- (1) Osiguranjem su obuhvaćeni troškovi obveznog sudjelovanja u punoj cijeni zdravstvene zaštite koji su nastali na teritoriju Republike Hrvatske.
- (2) Troškovi nastali u drugim državama članicama i trećim državama obuhvaćeni su osiguranjem samo ako su nastali sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 201/24/EU, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda, pod uvjetom da je dostavljena odluka, odnosno rješenje Zavoda kojim se odobrava liječenje izvan Republike Hrvatske.

Obveze ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika

Članak 14.

- (1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ugovaratelj osiguranja obavezan je prijaviti Osiguratelju sve okolnosti relevantne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve naravi da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj ugovora.
- (3) Ako Osiguratelj pri poništaju vrati do tada naplaćenu premiju osiguranja, nije u obvezi platiti ugovorenu svotu ako osigurani slučaj nastupi do dana podnošenja zahtjeva za poništaj.
- (4) Ako Osiguratelj u slučaju poništaja ugovora zadrži premiju naplaćenu do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ili je naplati, u obvezi je plaćanja ugovorene svote ako do toga dana nastupi osigurani slučaj.
- (5) Osigurateljevo pravo da zahtijeva poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od 3 (tri) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

Članak 15.

- (1) Ako je ugovaratelj osiguranja dao netočne podatke ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može po svom izboru, a u roku od mjesec dana od spoznaje za netočnost ili nepotpunost podataka, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno većem riziku.
- (2) U slučaju iz stavka (1) ovoga članka, ugovor prestaje nakon isteka 14 (četnaest) dana od dana kada je Osiguratelj priopćio svoju izjavu o raskidu ugovaratelju osiguranja, a u slučaju osigurateljeva prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovaratelj ne prihvati prijedlog u roku 14 (četnaest) dana od dana primitka prijedloga.
- (3) U slučaju raskida ugovora u smislu stavaka (1) i (2) ovog članka, Osiguratelj je obavezan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

Članak 16.

- (1) Ugovaratelj osiguranja dužan je redovito plaćati premiju na način i u rokovima ugovorenim u ponudi/polici.
- (2) Osiguranik dozvoljava prikupljanje, obrađivanje, pohranjivanje njegovih osobnih podataka u svezi sa svim postupcima Osiguratelja. Istovremeno ovlašćuje Osiguratelja da pojedine podatke bitne za sklapanje ugovora može provjeravati.
- (3) Promjene koje nastupe kod ugovaratelja osiguranja odnosno osiguranika, a važne su za provedbu osiguranja, ugovaratelj osiguranja mora bez odgađanja javiti Osiguratelju.
- (4) Osiguranik dozvoljava Osiguratelju provjeri istinitost korištenja usluga za koje davatelj usluga zahtijeva plaćanje.
- (5) Ukoliko se utvrdi da osiguranik nije koristio zaračunate usluge za koje je isplaćena osigurumina ili je osigurumina isplaćena zbog neovlaštenog korištenja iskaznice nakon raskida ugovora o osiguranju, osiguranik odgovara prema zakonu, a Osiguratelj ima pravo na regres iznosa isplaćenog zdravstvenoj ustanovi, pravo na naknadu štete, te pravo na naknadu svih troškova nastalih zbog takvog postupanja.
- (6) U slučaju Osigurateljevog izričitog zahtjeva, osiguranik je dužan dostaviti i medicinsku i drugu dokumentaciju koja je Osiguratelju potrebna za utvrđivanje osnovanosti i visine odštetnog zahtjeva.
- (7) Osiguranik koji je izgubio iskaznicu, definiranu člankom 18. ovih Uvjeta, ili mu je bila otuđena dužan je o tome telefonom, faxom ili na neki drugi način odmah obavijestiti osiguratelja.
- (8) U slučaju prestanka osiguranja osiguranik je dužan osiguratelju vratiti iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja.

(9) Osiguraniku koji prekine radni odnos, a bio je osiguranik grupnog ili kolektivnog osiguranja, osiguranje se na njegov zahtjev može nastaviti pod istim uvjetima do isteka osigurateljne godine.

Odštetni zahtjev

Članak 17.

(1) Temelj za pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja račun koji se priznaje isključivo ukoliko je izdan na ime osiguranika temeljem izdane uputnice, recepta ili doznake liječnika iz obveznog zdravstvenog osiguranja i s utvrđenim datumom pružanja zdravstvene usluge ili kupnje lijeka.

(2) Za ostvarivanje pokrića sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranik koristi iskaznicu Osiguratelja na način i pod uvjetima definiranim u članku 19. stavku 2. i 4. ovih Uvjeta.

(3) Ukoliko osiguranik prava iz osiguranja koristi sukladno članku 19. stavku 3., svoje pravo na povrat plaćenog iznosa osiguranik ostvaruje prijavom štete u roku 30 (trideset) dana od dana izvršene zdravstvene usluge slanjem fotografije ili skeniranog plaćenog računa putem mobilnog telefona koristeći aplikaciju m-Allianz ili putem web prijave štete na internetskoj stranici osiguratelja www.allianz.hr

Status osiguranika

Članak 18.

(1) Dokaz o statusu osiguranika dopunskog osiguranja je iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja. Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja glasi na ime osiguranika i neprenosiva je.

(2) Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja se izdaje i vrijedi temeljem sklopljenog ugovora i plaćene premije.

(3) Do dana izdavanja iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja, osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja svoj status dokazuje policom.

Osigurateljeve obveze

Članak 19.

(1) Sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, osiguranik ima pravo na naknadu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju, kod svih provoditelja zdravstvene zaštite, ugovornih subjekata Zavoda, koji su obvezni naplaćivati troškove sudjelovanja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Kada je osiguranik koristio pravo na pokriće ugovorenih troškova sudjelovanja iz članka 12. predloženjem iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja, pravo na naknadu troškova ostvaruje zdravstvena ustanova u kojoj je osiguranik ostvario to pravo odnosno Zavod.

(3) Iznimno od stavka 2. ovog članka ukoliko je trošak sudjelovanja iz članka 12. osiguranik neposredno podmirio, Osiguratelj mu ih je dužan naknaditi, temeljem računa koji glasi na ime osiguranika i ima utvrđen datum pružanja zdravstvene usluge ili kupnje lijeka, u roku od 14 (četnaest) dana od dana primitka odštetnog zahtjeva i sve potrebne medicinske dokumentacije. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanoviti vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi 30 (trideset) dana. Ukoliko Osiguratelj neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku 30 dana od dana zaprimanja prijave, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela na ime predujma.

(4) Ukoliko je osiguranik u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi predočio iskaznicu za plaćanje usluge na koju prema ovim Uvjetima nema pravo ili se neovlašteno koristio iskaznicom, Osiguratelj ima pravo na povrat iznosa isplaćenog ustanovi odnosno Zavodu, uz naknadu troškova postupka.

Isključenje Osigurateljeve obveze

Članak 20.

(1) Isključene su u cijelosti obveze Osiguratelja za sve bolesti i stanja nastala uslijed:

1. rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnji,
2. građanskog rata, terorizma iz političkih pobuda, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja,
3. potresa,
4. bolesti epidemijskih ili pandemijskih razmjera,
5. radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmjeren izvan kruga mikrolokacije izvora zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice.

Promjena uvjeta i cjenika osiguranja

Članak 21.

(1) Ako Osiguratelj, sukladno članku 8. stavku 4. izmijeni uvjete osiguranja ili cjenik na temelju kojeg se mijenja premija osiguranja obvezuje se pisanim putem, ili na drugi odgovarajući način, obavijestiti o tome Ugovaratelja.

(2) Ugovaratelj ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti o promjeni.

(3) Ukoliko ugovaratelj osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju sukladno stavku 2. ovog članka, smatra se da je pristao na promjene uvjeta i cjenika od datuma naznačenog u obavijesti.

Raskid ugovora

Članak 22.

(1) Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao zbog ugovorenih razloga, može raskinuti ugovor s neodređenim trajanjem. Raskid ugovora obavlja se pisanim putem najkasnije 3 (tri) mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(2) Ako je osiguranje sklopljeno na rok dulji od 5 (pet) godina, svaka strana može nakon proteka toga roka, uz otkazni rok od 6 (šest) mjeseci, pisano izjaviti drugoj strani da otkazuje ugovor.

(3) Ako je osiguranje sklopljeno na rok kraći od 5 (pet) godina svaka strana može nakon proteka toga roka, uz otkazni rok od 3 (tri) mjeseca prije isteka posljednje osigurateljne godine, pisano izjaviti drugoj strani da otkazuje ugovor.

Mjerodavno pravo

Članak 23.

(1) Na ugovore o osiguranju sklopljene prema ovim Uvjetima osiguranja primjenjuje se hrvatsko pravo.

Primjena Uvjeta osiguranja

Članak 24.

(1) Ovi Uvjeti primjenjuju se na ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljene od 16. siječnja 2017. godine.