

# OPĆI UVJETI ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

## I. OPĆE ODREDBE

### Članak 1.

(1) Ovi Opći Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: Uvjeti*) sastavni su dio Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, kojeg je Ugovaratelj osiguranja sklopio s društvom Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. (*u daljnjem tekstu: Osiguratelj*).

(2) Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između Ugovaratelja, Osiguranika i Osiguratelja iz Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva.

(3) Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokrivanje sudjelovanja i doplate u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno članku 3. ovih Uvjeta.

(4) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

OSIGURATELJ je Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.;  
UGOVARATELJ OSIGURANJA je fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi Ugovor o osiguranju i koja je obvezna plaćati premiju;

OSIGURANIK je osoba koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravno na ispunjenje Osigurateljeve ugovorne obveze;

PONUĐITELJ je osoba koja podnosi ponudu za osiguranje;

PREMIJA OSIGURANJA je iznos koji je Ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom Ugovoru o osiguranju;

POLICA OSIGURANJA je isprava o sklopljenom Ugovoru o osiguranju, koju izdaje Osiguratelj;

ISKAZNICA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (*u daljnjem tekstu: Iskaznica*) je isprava u elektroničkom obliku ili od tvrde plastike kojom Osiguranik dokazuje svoj status Osiguranika i kojom ostvaruje prava iz sklopljenog Ugovora o osiguranju;

OSIGURANI SLUČAJ je događaj temeljem kojeg Osiguranik ostvaruje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja. Obveza Osiguratelja postoji ukoliko se osigurani slučaj dogodio (započeo i završio) ili je započeo za vrijeme trajanja Ugovora o osiguranju, a pod uvjetom da je istekao rok iz članka 8., stavka 3. ovih Uvjeta;

OSIGURATELJNO RAZDOBLJE je razdoblje na koje je sklopljen Ugovor o osiguranju, a traje najmanje godinu dana.

PERIOD POČEKA (KARENCA) je vremensko razdoblje definirano na Polici osiguranja, a računa se od dana koji je naznačen kao početak osiguranja, za vrijeme kojeg osigurateljno pokrivenje nije na snazi odnosno Osiguratelj nije u obvezi isplate osigurane svote ako osigurani slučaj nastupi za vrijeme karence.

## II. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE I SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

### Članak 2.

(1) Osiguranikom po osnovi dopunskog zdravstvenog osiguranja može postati osoba pristupne dobi od najmanje osamnaest (18) godina koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (*u daljnjem tekstu: HZZO*), sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (*u daljnjem tekstu: Zakon*).

(2) Ugovor o osiguranju sklopljen je kada je ponuda o osiguranju prihvaćena.

(3) Ugovor o osiguranju smatra se sklopljenim uplatom premije odnosno prvog obroka premije ako je ugovoreno obročno plaćanje.

(4) Pisana ponuda učinjena Osiguratelju za sklapanje Ugovora o osiguranju obvezuje Ponuditelja, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od 8 (osam) dana otkad je ponuda prispjela Osiguratelju. Ako Osiguratelj u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uvjeta, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je Ugovor sklopljen.

(5) Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka, gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, gubi status Osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(6) Temeljem ugovora o osiguranju i plaćene premije, Osiguratelj izdaje Iskaznicu, kojom se provoditelju zdravstvene zaštite dokazuje status Osiguranika. Trošak izdavanja iskaznice od tvrde plastike prilikom sklapanja ugovora o osiguranju snosi Osiguratelj. Trošak svakog naknadnog izdavanja iskaznice od tvrde plastike snosi Ugovaratelj osiguranja u fiksnom iznosu od 5,00 €.

## III. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

### Članak 3.

(1) Ugovorom o osiguranju, sklopljenim sukladno ovim Uvjetima, osigurava se pokrivenje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja što obuhvaća:

a) 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 1% proračunske osnovice;

2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 2% proračunske osnovice;

3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 2% proračunske osnovice;

4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 1% proračunske osnovice po danu;

5. liječenje u drugim državama članicama i trećim državama u skladu s propisima Europske unije, međunarodnim ugovorom, ovim Zakonom i općim aktom HZZO-a, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 4,01% proračunske osnovice po danu;

7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala HZZO-a za odrasle osobe u dobi od 18 do 65 godina – 40,09 % proračunske osnovice;

8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala HZZO-a za osobe starije od 65 godina – 20,04 % proračunske osnovice.

b) iznos u visini od 0,30% od proračunske osnovice za:

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, u skladu s općim aktom HZZO-a,

2. izdavanje lijeka po receptu.

c) Ako se dodatno ugovori, osiguranje pokriva doplatu za lijek s Dopunske liste lijekova HZZO-a, a koja predstavlja razliku između pune cijene lijeka utvrđenog Dopunskom listom lijekova HZZO-a i iznosa kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje.

(2) Najviši iznos sudjelovanja po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 120,26 % proračunske osnovice.

### Članak 4.

(1) Pravo na naknadu troškova sudjelovanja i doplate, sukladno sklopljenom Ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti kod svih provoditelja zdravstvene zaštite u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj bez obzira da li imaju sklopljen ugovor s Osigurateljem.

(2) Osiguranik koristi svoje pravo na ugovorene troškove predloženjem iskaznice, odnosno bez plaćanja, a pravo na naknadu troškova ostvaruje zdravstvena ustanova u kojoj je Osiguranik ostvario to pravo.

(3) Iznimno Osiguranik može koristiti svoje pravo temeljem priloženog računa koji glasi na ime Osiguranika ili elektroničkim putem ukoliko je isto dostupno. Osiguratelj se obvezuje isplatiti Osiguraniku ugovorenu naknadu troškova iz članka 3., stavka 1. u roku od četrnaest (14) dana od dana zaprimanja zahtjeva i računa s potrebnom dokumentacijom. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, rok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi trideset (30) dana. Ukoliko Osiguratelj neće biti u mogućnosti donijeti konačnu odluku o visini svoje obveze u roku od trideset (30) dana od dana zaprimanja prijave, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma. Ne ispunji li Osiguratelj svoju obvezu u rokovima iz ovog članka, dužuje osiguraniku zatezne kamate od dana primitka obavijesti o osiguranom slučaju, kao i naknadu štete koja mu je uslijed toga nastala.

(4) Na zahtjev Osiguratelja, Osiguranik je dužan dostaviti svu relevantnu medicinsku dokumentaciju, a u svrhu dokaza da je koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite sukladno sklopljenom Ugovoru o osiguranju. Osiguratelj ima pravo na provjeru cijena plaćenih sudjelovanja i doplata te pregled medicinske dokumentacije putem

svojeg liječnika. U svakom slučaju Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze koji su po razumnoj ocjeni relevantni za ocjenu opravdanosti predmetnog zahtjeva.

(5) Za neovlašteno korištenje iskaznice i za korištenje za plaćanje usluga na koje, po ovim Uvjetima nema pravo, Osiguranik je odgovoran prema zakonu, a Osiguratelj ima pravo na povrat isplaćenog iznosa, uz naknadu svih troškova nastalih takvim postupanjem.

#### **IV. PREMIJA OSIGURANJA**

##### **Članak 5.**

(1) Premija osiguranja utvrđuje se za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrića, pristupnoj dobi Osiguranika i obliku osiguranja.

(2) Visina premije može se promijeniti u toku osigurateljne godine ako dođe do promjene zakona ili zakonskih propisa koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu sudjelovanja i doplata ili druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije.

(3) Ugovaratelj osiguranja dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed. Godišnja premija osiguranja dospijeva na naplatu u cijelosti i plaća se jednokratno, odnosno u obrocima ako je tako ugovoreno, prema dospijeću naznačenom na polici osiguranja.

(4) Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguranik, dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni dostavne adrese odnosno promjeni statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju.

(5) Osiguratelj može obračunati zakonsku zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

(6) U slučaju da Ugovaratelj osiguranja ima dugovanje po premiji osiguranja duže od šezdeset (60) dana od dana dospelosti premije, Osiguranik ostvaruje pravo na pokriće troškova zdravstvene zaštite korištenjem računa sukladno članku 4. stavak (3) ovih Uvjeta, bez obzira na datum nastale štete, a sve dok dugovanje za premiju ne bude kraće od 60 dana od dana dospelosti (*privremeno blokiranje iskaznice*). Korištenje prava temeljem priloženog računa sukladno članku 4. stavak (3) ovih Uvjeta primjenjuje se uz prethodnu naplatu dužne premije osiguranja pod uvjetom da je Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju još uvijek na snazi.

(7) Ako ugovaratelj osiguranja premiju koja je dospjela nakon sklapanja Ugovora o osiguranju ne plati do dospelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od trideset (30) dana od kada je Ugovaratelju osiguranja, uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obavješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset (30) dana od dospelosti premije. Ugovorne strane mogu ugovoriti da će se dostava pisma s obavješću o dospelosti premije izvršiti putem usluge elektroničke preporučene dostave koju obavlja kvalificirani pružatelj usluga povjerenja sukladno Uredbi (EU) br. 910/2014 Europskog parlamenta i Vijeća od 23. srpnja 2014. o elektroničkoj identifikaciji i uslugama povjerenja za elektroničke transakcije na unutarnjem tržištu i stavljanju izvan snage Direktive 1999/93/EZ (SL L 257, 28. 8. 2014.)

(8) U svakom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

#### **V. NAMJERNA NETOČNA PRIJAVA ILI PREŠUĆIVANJE**

##### **Članak 6.**

(1) Ugovaratelj osiguranja dužan je prijaviti Osiguratelju prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju sve okolnosti koje su značajne 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 o osiguranju da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništaj Ugovora o osiguranju.

(3) U slučaju poništaja Ugovora o osiguranju iz razloga navedenih u stavku 2. ovoga članka Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premiju za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj Ugovora o osiguranju, ali je u obvezi plaćanja osigurnine ako do toga dana nastupi osigurani slučaj.

(4) Osigurateljevo pravo da zahtijeva poništaj Ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi Ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

#### **VI. NENAMJERNA NETOČNOST ILI NEPOTPUNOST PRIJAVE**

##### **Članak 7.**

(1) Ako je Ugovaratelj osiguranja učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida Ugovor o osiguranju ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

(2) Ugovor o osiguranju u tom slučaju prestaje nakon isteka četrnaest (14) dana otkad je Osiguratelj svoju izjavu o raskidu priopćio Ugovaratelju osiguranja, a u slučaju Osigurateljeva prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako Ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest (14) dana otkad ga je primio.

(3) U slučaju raskida Ugovora o osiguranju Osiguratelj je dužan vratiti uplaćeni dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

(4) Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netočnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida Ugovora o osiguranju, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

#### **VII. POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA**

##### **Članak 8.**

(1) Osiguranje počinje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onoga dana koji je u Polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je prije toga plaćena premija, odnosno premijski obrok, a prestaje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onog dana koji je u Polici naveden kao dan prestanka osiguranja, ako nije drukčije ugovoreno.

(2) Ako je u Polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se sklapa na godinu dana i produljuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže.

(3) Obveza Osiguratelja počinje u 00,00 sati šesnaestog (16) dana od dana označenog u Polici kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija ili njen prvi obrok (Period počeka ili karenca).

(4) Osiguratelj prije isteka roka iz stavka 3. ovog članka, ne pokriva troškove zdravstvene zaštite iz članka 3. ovih Uvjeta. Period počeka (karenca) se ne primjenjuje kod produljenja trajanja Ugovora o osiguranju, za Osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje kod bilo kojeg Osiguratelja i koje je isteklo najkasnije trideset (30) dana prije početka osiguranja po ovim Uvjetima niti za osiguranja kod kojih je ugovoren početak osiguranja s odmakom većim od trideset (30) dana od dana Ugovaranja osiguranja.

#### **VIII. IZMJENE UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG SUSTAVA OSIGURATELJA**

##### **Članak 9.**

(1) Ako Osiguratelj izmijeni Uvjete osiguranja ili Premijski sustav, obvezuje se o tome pisano izvijestiti Ugovaratelja osiguranja.

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

(3) Ako Ugovaratelj osiguranja ne otkaže Ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, Ugovor o osiguranju se mijenja u skladu s izvršenim promjenama u Uvjetima osiguranja ili s promijenjenom u Premijskom sustavu od datuma naznačenog u obavijesti.

#### **IX. PRESTANAK I RASKID UGOVORA**

##### **Članak 10.**

(1) Osiguranje prestaje:

- kad nastupi smrt Osiguranika;
- kad prestane postojati zakonska osnova za osiguranje;
- kada je raskinut Ugovor o osiguranju;
- istekom Ugovora o osiguranju.

(2) Ugovaratelj osiguranja može raskinuti Ugovor o osiguranju ako Ugovor o osiguranju nije prestao po kojem drugom temelju. Raskid se daje pisanim putem najkasnije trideset (30) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine te osiguranje prestaje s istekom osigurateljne godine.

(3) Osiguratelj može raskinuti Ugovor o osiguranju pisanim putem ako Ugovor o osiguranju nije prestao po kojem drugom temelju,

najkasnije devedeset (90) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(4) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju unutar osigurateljne godine, pri čemu je za vrijeme trajanja osigurateljne godine nastupio osigurani slučaj (po osnovnom ili pridruženom programu), Osiguratelj će naplatiti premiju osiguranja ugovorena za tekuću osigurateljnu godinu u cijelosti.

(5) U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju unutar osigurateljne godine, pri čemu za vrijeme trajanja osigurateljne godine nije nastupio osigurani slučaj, odnosno u slučaju prestanka Ugovora o osiguranju iz stavak 1. točka 1. i 2. ovog članka, Osiguratelj će naplatiti premiju do dana raskida Ugovora o osiguranju.

(6) Kada je Ugovaratelj osiguranja, zatražio raskid Ugovora o osiguranju, kada je Ugovor raskinut na zahtjev Osiguratelja ili je prestao po sili Zakona, Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguranik, dužan je uništiti iskaznicu od tvrde plastike.

## **X. KLAUZULA O SANKCIJAMA**

### **Članak 11.**

(1) Osiguratelj (reosiguratelj) neće smjeti pružiti pokriće i neće imati odgovornost platiti bilo koji odštetni zahtjev ili pružiti bilo kakvu korist prema ovom Ugovoru u onoj mjeri u kojoj bi pružanje takvog pokrića, plaćanja takvog zahtjeva ili pružanje takve koristi izložilo osiguratelja (reosiguratelja) bilo kojoj sankciji, zabrani ili ograničavanju u skladu s odlukama Ujedinjenih naroda ili trgovinskim ili gospodarskim sankcijama, zakonima ili propisima Europske unije, sankcijama Republike Hrvatske, Ujedinjenog Kraljevstva ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uvjetom da to ne krši bilo koji propis ili specifično nacionalno pravo primjenjivo na osiguratelja ili reosiguratelja iz ovog Ugovora).

## **XI. MJERODAVNO PRAVO**

### **Članak 12.**

(1) Na Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i sve sporove koji proizađu iz Ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju primjenjuje se kao mjerodavno pravo Republike Hrvatske.

## **XII. ZAVRŠNE ODREDBE**

### **Članak 13.**

(1) Za odnose između Osiguratelja, Osiguranika i Ugovaratelja osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a nisu regulirani ovim Uvjetima ni ugovorom o osiguranju, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima ili odredbe mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju sukladno članku 12. ovih Uvjeta osiguranja.

(2) Ovi Uvjeti primjenjuju se od 15. travnja 2025. godine.