



HRVATSKI SABOR

KLASA: 021-12/19-18/412

URBROJ: 65-19-02

Zagreb, 13. lipnja 2019.

50 — VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

Primljeno:	14-06-2019		
Klasifikacijska oznaka:	Org jed		
021-12/19-01/136			
Uredbeni broj:	Pril.	Vrij.	
65-19-1			

26,10

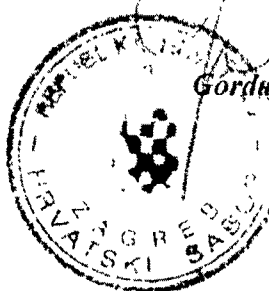
VLADI REPUBLIKE HRVATSKE

*U prilogu dostavljam zastupničko pitanje **Pede Grbina**, zastupnika u Hrvatskom saboru, postavljeno sukladno članku 140. Poslovnika Hrvatskoga sabora.*

Molim odgovorite na postavljeno zastupničko pitanje, sukladno odredbi članka 142. stavka 1. Poslovnika Hrvatskoga sabora, u roku od 30 dana od dana kada je pitanje dostavljeno.

PREDSJEDNIK

Gordan Jandroković



Primljeno: 12-06-2019	
Klasifikacijska oznaka	Org. jed.
Uredni broj	Pril. Vri.

Peda Grbin
Zastupnik u
Hrvatskom saboru

Predsjedniku
Hrvatskog sabora

Predmet: zastupničko pitanje predsjedniku Vlade Republike Hrvatske

Poštovani g. predsjedniče,

kao zastupnik u Hrvatskom saboru, molim Vas da temeljem čl. 131. i 140. Poslovnika Hrvatskog sabora, uputite ovo pitanje predsjedniku Vlade Republike Hrvatske, g. Andreju Plenkoviću:

„Poštovani g. predsjedniče,

dana 30. kolovoza 2018. godine uputio sam zastupničko pitanje vezano uz članak objavljen dana 13. kolovoza 2018. godine u Jutarnjem listu pod naslovom „OSTAO BEZ DOPUNSKOG JER SE PREVIŠE LIJEČIO 'Nikada me nitko nije obavijestio o postojanju nekakvog limita, pa nisam ja kriv što sam se razbolio'“ iz kojeg proizlazi da je osiguraniku jednog osiguravajućeg društva otkazana polica dopunskog zdravstvenog osiguranja jer se previše liječio.

Po primitku odgovora na navedeno zastupničko pitanje, dana 11. travnja 2019. godine uputio sam Vam dopunska zastupnička pitanja u kojima tražim informaciju je li proveden najavljeni nadzor HANFA-e, vezano uz opisanu problematiku te koji su rezultati tog nadzora.

U odgovoru od dana 6. lipnja 2019. godine utvrdili ste da je nadzor proveden, a da iz provedenog nadzora proizlazi da nije bilo propusta, jer da sporni ugovor nije otkazan, već je istekao protekom roka na koji je zaključen.

Ono što, očito, nije utvrđeno provedenim nadzorom je pitanje je li nakon isteka roka na koji je ugovor sklopljen osiguranje odbilo sklopiti novi, a sve iz razloga navedenih u citiranom novinskom članku. Naime, osiguranik kojem nije omogućeno daljnje sklapanje police u članku je naveo: „Djelatnica "UNIQA" osiguranja me nazvala na mobitel i obavijestila me da mi oni neće dalje produžiti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju zbog prekoračenja limita.“.

Stoga postavljam novo pitanje koje glasi:

- smatrate li da osiguravatelj ima pravo odbiti zaključiti policu dopunskog zdravstvenog osiguranja s pojedinim osiguranikom zbog njegova zdravstvenog stanja i obima liječenja, pogotovo imajući u vidu članak 14. stavak 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju?

Međutim, pitanje otkazivanja police osiguranja, problematizirano u citiranom članku, nije jedini problem vezan uz pitanje dopunskog zdravstvenog osiguranja na koji Vam želim ukazati. Naime, provjerom uvjeta za dopunsko zdravstveno osiguranje objavljenih od strane osiguravatelja koji pružaju tu uslugu, pronašao sam da niz osiguravatelja (uvjeti u prilogu) ima odredbe kojima iz sustava dopunskog osiguranja isključuje osobe starije od 65 (iznimno 67) godina.

Ponovnim pozivom na članak 14. stavak 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koji glasi: „Osiguravatelj dopunskoga zdravstvenog osiguranja, odnosno Zavod obvezni su: – sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po programima osiguravatelja, – za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.“, postavljam Vam sljedeće pitanje:

- smatrate li da osiguravatelj ima pravo ne zaključiti policu dopunskog zdravstvenog osiguranja s pojedinim osiguranikom zbog njegove životne dobi, pogotovo imajući u vidu članak 14. stavak 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju?

Na postavljena pitanja molim jasan odgovor uz naznaku što namjeravate poduzeti ukoliko opisanu praksu osiguravatelja ne smatrate zakonitom.“.

S poštovanjem,

u Zagrebu, dana 12. lipnja 2019. godine

Peda Grbin

Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje

OPĆE ODREDBE

Članak 1

- Ovi Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu Uvjeti) sastavni su dio ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji je ugovaratelj osiguranja sklopio s Generali osiguranjem d.d. Zagreb, Republika Hrvatska (u daljnjem tekstu Osiguratelj).
- Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između ugovaratelja, osiguranika i Osiguratelja iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.
- Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokrivenost troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno članaku 4. ovih Uvjeta.
- Pojmovi navedeni u ovim Uvjetima znače:

OSIGURATELJ – Generali osiguranje d.d. s kojim je sklopljen ugovor o osiguranju.

UGOVARATELJ OSIGURANJA – fizička ili pravna osoba koja s Osigurateljem sklopi ugovor o osiguranju i koja je obvezna i plaćati premiju.

OSIGURANIK – osoba koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na isplatu iznosa Osigurateleve ugovorne obveze.

PREMIJA OSIGURANJA – iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom ugovoru.

PONUĐITELJ – osoba koja podnosi ponudu za osiguranje.

PONUĐA – ponuda za osiguranje koju podnosi Ponuditelj.

POLICA OSIGURANJA – svaka ispisnica koju Osiguratelj izdaje Osiguraniku.

ISKAZNICA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (u daljnjem tekstu iskaznica DZO) – isprava kojom osiguranik dokazuje svoj status osiguranika i kojim ostvaruje prava iz sklopljenog ugovora.

OSIGURANI SLUČAJ – događaj povodom kojeg osiguranik ostvaruje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja. Obveza Osiguratelja postoji ukoliko je osiguranik slučaj dogodio ili započeo za vrijeme trajanja osiguranja, a pod uvjetom da je istekao rok iz članka 9. stavka 3. ovih Uvjeta.

OSIGURATELJNO RAZDOBLJE – razdoblje od najmanje jednog dana.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Članak 2

- Osiguranikom po osnovi dopunskog zdravstvenog osiguranja može postati samo ona osoba koja ima utvrđeni status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu ZZO).
- Osiguranik po ovim Uvjetima može biti fizička osoba pri stupne dob od osam naist (18) godina, a ne starije od 65 godina.
- Osiguranik stavlja u ovoga članka gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju gubi status osigurane osobe u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Članak 3

- Ponuđači koji su zainteresirani za osiguranje sklopljenjem ugovora s Osigurateljem upućuju na Osiguratelja upućujući Osiguratele u odnosno potpisati policu osiguranja.
- Pisana ponuda upućena Osiguratelju za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju obvezuje ponuditelja, ako on nije odredio kratak rok za vrijeme od osam dana od dana kada je ponuda prispjela Osiguratelju. Ukoliko Osiguratelj u navedenom roku ne odbije ponudu koja je sukladna uvjetima pod kojima se sklapa ovo osiguranje, smatrat će se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor sklopljen.
- Ako se ugovor sklapa, osiguranik potpisuje policu osiguranja u slučaju da policu nije zadržao sukladno uvjetima pod kojima se sklapa ovo osiguranje. Osiguratelj ima pravo o tome pisanim putem obavijestiti ugovaratelja i osiguranika te mu dostaviti novu ispravljenu policu ne kasnije od petnaest (15) dana od dana udatanja prvotno dane police.
- Ako ugovaratelj osiguranja u roku od četrnaest (14) dana od primitka pisane obavijesti ne odbije policu s predloženim drugačijim uvjetima osiguranja, smatrat će se da ju je prihvatio i da je ugovor sklopljen.
- Temeljem ugovora o osiguranju i plaćene premije, Osiguratelj izdaje iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja kojom se davatelju usluge dokazuje status osiguranika.
- Ugovor o osiguranju može biti sklopljen samim plaćanjem premije, a u slučaju kada se takva odobrala i na, u skladu s odredbama Zakona o osiguranju.

OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

Članak 4

- Ugovorom o osiguranju sklopljeno sukladno ovim Uvjetima osigurava se pokrivenost troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja što obuhvaća:
 - 20% pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja od postotka proračunske osnovice za:
 - specijalističko konzilijarno zdravstveno zaštitu iz dnevne bolnice i kliničke ambulante u dnevnoj bolnici, ambulantne fizikalne medicinske rehabilitacije i proračunske osnovice;
 - specijalističku dijagnostiku koja je izdata u primarnom zdravstvenom zaštitu iz proračunske osnovice;
 - ortopedska druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala 150% proračunske osnovice;
 - specijalističko konzilijarno zdravstveno zaštitu iz ambulantne fizikalne medicinske rehabilitacije i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kućnoj fizikalne medicinske osnovice po fizičkom liječenju u drugim zdravstvenim ustanovama i drugim zdravstvenim ustanovama sukladno propisima Europske unije i međunarodnom pravu. Direktivi 2011/2/EU ZO O tome, čemu se Hrvatska pridržava, zdravstveno osiguranje u daljnjem tekstu HZZO, koje je u skladu s Europskim zakonodavstvom i proračunske osnovice;
 - troškovi zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja;
 - dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti 30-70% proračunske osnovice;
 - dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina – 150% proračunske osnovice;
 - iznos u visini od 30% od proračunske osnovice za:
 - zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog oboljela u zdravstvenim zaštitnim obiteljima i medicinskim i dentalne medicinske ustanove u skladu s općim aktima HZZO;
 - zdravstvena jeka u receptu;
 - Pokrivenost troškova iz pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja što obuhvaća pokrivenost koja predstavlja razliku između cijene lijeka utvrđene u proračunu i cijenom lijeka HZZO i cijene ekvivalentnog lijeka utvrđene u osnovnom listu lijekova HZZO.

Članak 5

- Pravo na naknadu troškova iz članka 4. stavka 1. osiguranik može ostvariti unutar iznosa mreže ugovornog zdravstvenog osiguranja Osiguratelja.
- Osiguratelj se obvezuje spajati osiguranika ugovorom sukladno članku 4. stavka 1. te ne može izvor naknade koji je osiguranik u roku od tri mjeseca od dana zaprimanja iznosa troškova iz članka 4. stavka 1. ostvariti.
- U slučaju da je osiguranik u skladu s člankom 4. stavkom 1. proračunom sklopio ugovor o osiguranju, a u slučaju da je ugovor o osiguranju sklopio ugovaratelj, a osiguranik plaćao pravo na naknadu troškova iz članka 4. stavka 1. u kojoj je osiguranik ostvario to pravo.
- Za neovlašteno korištenje likovne i za korištenje za plaćanje uvisu na koje po ovim uvjetima nema pravo, osiguranik je odgovoran prema Zakonu, a Osiguratelj ima pravo na povrat isplaćen od osiguranika iz naknade svih troškova nastalih takvim postupanjem.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 6

- Premija osiguranja utvrđuje se za svaku osobu utvrditi se opseg osigurateljnog pokrivenosti i stupanj obuhvaćanja osiguranja.
- Visina premije može se promijeniti, a u slučaju da se promijenila, zakoniti i zakonski propisi koji se odnose na postupak sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja i isplatu doplate likovne i za plaćanje su značajni za utvrđivanje visine premije.
- Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed. Ugovaratelj i osiguranik se plaćaju premiju iz ugovornog osiguranja i ugovornog osiguranja u obliku premije plaća prilikom podnošenja zahtjeva za isplatu likovne i za plaćanje uvisu na koje po ovim uvjetima nema pravo.
- Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je odmah platiti premiju Osiguratelju u obliku premije plaća prilikom podnošenja zahtjeva za isplatu likovne i za plaćanje uvisu na koje po ovim uvjetima nema pravo.



GENERALI



UNIQA osiguranje d.d.
tel (01) 6324 200
faks (01) 6324 250
OIB: 75665455333
e-mail: info@uniqa.hr

Posebni uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja

OPĆI ODREDBE

Članak 1

- 1.1 Dopunsko zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- 1.2 Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokrivenost sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Osiguranika kako je definirano zakonskim propisima iz područja zdravstva i sukladno odredbama ovih Posebnih uvjeta.
- 1.3 Na polici osiguranja iskazana su ugovorena pokrivena iz dopunskog zdravstvenog osiguranja kao i ugovoreni iznosi osiguranja. Iznosi osiguranja predstavljaju gornju granicu obveze osiguratelja u jednoj osigurateljskoj godini za ugovoreno pokriveno (godišnji limit). Ukoliko je na polici ugovoreno neograničeno pokriveno, godišnjeg limita nema.
- 1.4 Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, ovi Posebni uvjeti, polica dopunskog zdravstvenog osiguranja i ponuda za sklapanje ugovora u dopunskom zdravstvenom osiguranju sastavni su dio ugovora o osiguranju.
- 1.5 Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju prema ovim uvjetima osiguranja sklapa se za vrijeme naznačeno na polici osiguranja.
- 1.6 Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, ugovor se produžuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaze pisanim putem najmanje 90 dana prije isteka tekuće osigurateljske godine.
- 1.7 Iskaznica UNIQA dopunskog zdravstvenog osiguranja (dalje iskaznica UNIQA) je isprava koju izdaje Osiguratelj, a istom se dokazuje status Osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja.
- 1.8 Trošak izdavanja iskaznice snosi Osiguratelj.
- 1.9 Nestanak ili gubitak iskaznice Osiguranik je dužan usmeno prijaviti Osiguratelju odmah po saznanju, a potom i pisanim putem u daljnjem roku od 8 dana.
- 1.10 U slučaju raskida ili prestanka ugovora o osiguranju Osiguranik je dužan vratiti iskaznicu ili je uništiti.
- 1.11 Za posljedice neovlaštenog korištenja iskaznice odgovara Ugovaratelj osiguranja, odnosno Osiguranik, te u tom slučaju Osiguratelj ima pravo na povrat troškova isplaćenih zdravstvenoj ustanovi, pravo na naknadu štete, te pravo na naknadu svih troškova nastalih zbog takvog postupanja.

SKLAPANJE UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Članak 2

- 2.1 Prema ovim Posebnim uvjetima može se osigurati fizička osoba pri stupanju do najviše 65 godina. Osiguranje može trajati najduže do 66 godina starosti Osiguranika.
- 2.2 Iznimno, ukoliko se dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara zajedno sa osnovnim zdravstvenim osiguranjem, osiguranje može trajati najduže do 67 godina starosti Osiguranika.
- 2.3 Dopunsko zdravstveno osiguranje mogu ugovoriti samo osobe koje imaju status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja. Gubitkom statusa osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja, ta osoba gubi status Osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja.

PREMIJA OSIGURANJA

Članak 3.

- 3.1 Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljsku godinu.
- 3.2 Osobe koje u trenutku sklapanja osiguranja kronično boluju od teških bolesti ili zbog kontinuiranih troškova zdravstvene zaštite predstavljaju uvećani rizik, osiguravaju se uz naplatu povišene premije (doplatak) osim ukoliko osiguranje zbog težine bolesti nije moguće. Smatra se da Osiguranik predstavlja uvećani rizik ako je u razdoblju promatranja, koje nije kraće od 3 mjeseca, kontinuirano kori-

stio usluge zdravstvene zaštite za koje mu je isplaćena i naknada u osiguranja u ukupnoj sumi za 50% ili više uvećanja premije u prethodnom razdoblju.

- 3.3 Ako se tijekom osiguranja utvrdi da je potrebna izmjena ugovora, je potrebno povećanje premije osiguranja, Osiguratelj obavezan je dati od saznanja za navedenu promjenu obavijestiti ugovaratelja osiguranja i pozvati ga da prihvati navedenu izmjenu ugovora. Ako ugovaratelj osiguranja u roku 14 dana od dana primitka obavijesti ne prihvati izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim s danom dospeljaka premije koju ugovaratelj osiguranja je dužan platiti.

Ako se tijekom osiguranja utvrdi da je zdravstveno stanje Osiguranika takvo da osiguranje nije dalje moguće, Osiguratelj će od saznanja za navedenu promjenu obavijestiti ugovaratelja osiguranja da raskida ugovor.

U slučaju kada je Osiguratelj izjavio da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 dana od kada je osiguratelj svoju izjavu prijavio ugovaratelju osiguranja.

Danom raskida ugovora, prestaje obveza ugovaratelja osiguranja plaćanja daljnje premije, a Osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

- 3.4 Visina premije se može promijeniti u toku osiguranja posljedice promjene zakonskih ili podzakonskih propisa koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno na druge elemente značajne za utvrđivanje visine premije.

POKRIVENOST IZDANJE ISKAZNICE

Članak 4

- 4.1 Osiguravajuća zaštita obuhvaća pokrivenost i oskrbu izdavanje te iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećim Zakonima o obveznom zdravstvenom osiguranju, a koju je obavezan snositi Osiguranik. Troškovi zdravstvene zaštite odnose se na troškove liječenja Osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju (participacija) i troškove doplata za lijekove s dopunske liste lijekova (doplata), a koji su nastali temeljem izdane uputnice ili recepta s oznakom doznake od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.
- 4.2 Pravo na pokrivenost sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite odnosi se na:
 - zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite (obiteljski, opći) medicinske grane i stomatologije
 - specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu
 - dnevnu bolnicu i operacijske zahvate u dnevnoj bolnici
 - laboratorijsku, radiološku i drugu specijalističku dijagnostiku
 - ambulantnu fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
 - fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući
 - bolničke usluge
 - ortopedsku i druga pomagala utvrđena osnovnom listom
 - dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom
 - izdavanje lijeka po receptu
 - lijekove s dopunske liste lijekova (B lista),
 - lijekovanje u inozemstvu (ako je lijekovanje osobito teško, a Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje).
- 4.3 Kako bi Osiguranik ostvario pravo na pokrivenost participacije u zdravstvenoj ustanovi, bolnici, ljekarni, itd., u kojoj je koristio neko od prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, obavezan je uz iskaznicu obveznog zdravstvenog osiguranja priložiti iskaznicu UNIQA.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Članak 5

- 5.1 U slučaju da je Osiguranik koristio pravo na ugovoreno liječenje uz predloženu iskaznicu UNIQA, odnosno u slučaju kada je pravo na naknadu troškova osiguravatelj Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, odnosno zdravstvena ustanova u kojoj je Osiguranik ostvario pravo.

- 5.2 Osiguratelj se obvezuje isplatiti Osiguraniku ugovorenu naknadu i oskova iz članka 4. ovih Uvjeta, temeljem priloženog izvornika računa koji glasi na ime Osiguranika, u roku od 14 dana od dana zaprimanja zahtjeva s potrebnom dokumentacijom. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, lok za isplatu ili obavijest da je zahtjev neosnovan iznosi 30 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 obveze na ime predjuma.
- 5.3 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 placiranih participacija i doplata te pregled medicinske dokumentacije putem svojeg liječnika cenzora.
- 5.4 Ukoliko Osiguranik na zahtjev Osiguratelja ne dostavi traženu medicinsku dokumentaciju ili se utvrdi da Osiguranik nije imao valjanu medicinsku indicaciju za obavljanje zdravstvenih usluga, a Osiguratelj izvrši plaćanje, predmetne zdravstvene usluge zdravstvenoj ustanovi, sti ima pravo regresne naplate od Osiguranika.

RAZDOBLJE ČEKANJA

Članak 6

- 6.1 Osiguravajuća zadržu po sklopu jednog ugovora o osiguranju koji se odnosi na troškove liječenja Osiguravatelja u obliku participativnog osiguranja (participacija), Osiguravatelj može početi koristiti po proteku općeg razdoblja čekanja koje iznosi 15 dana, odnosno istekom 24-tog sata 15.og dana nakon dana koji je na polici naveden kao dan početka osiguranja, a pod uvjetom da je do tog dana plaćena premija, odnosno premijski obrok.
- 6.2 Odredbe ovog članka ne primjenjuju se kod produženja istog ugovora o osiguranju (ukoliko nema prekida osiguranja i da je 30 dana)

OGRAICENJE I ISKLUČENJE OSOBAMA KOJE ZASLUŽUJU

Clanak 7

Ograničenja i isključenja osiguravajuće zaštite utvrdena su čl. 6. Opć. n. u svjetu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne primjenjuju se na osiguranje u okviru dopunskog zdravstvenom osiguranju

17. primjenjivo od 1.6.2017.

UVJETI DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Uvjeti) sastavni su dio ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: osiguranje) kojeg ugovaratelj osiguranja sklopi s Merkur osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).

(2) Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće troškova koji predstavljaju obvezno sudjelovanje osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: participacija) i ukoliko je posebno ugovoreno troškovi sudjelovanja osiguranika u cijeni lijeka (u daljnjem tekstu: doplata) s dopunske liste lijekova HZZO-a (u daljnjem tekstu: Zavoda) iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon), kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva, sve u opsegu kako je definirano ovim Uvjetima.

Članak 2.

(1) Pojedini pojmovi i nazivi u smislu ovih Uvjeta imaju sljedeće značenje:

Ponuditelj je osoba koja podnosi ponudu za osiguranje;

Ugovaratelj osiguranja je osiguranik te svaka fizička ili pravna osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika s Osigurateljem sklopilo ugovor o osiguranju. Ugovaratelj mora imati sjedište ili prebivalište u RH;

Osiguranik je fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njene suglasnosti, sklopljen ugovor o osiguranju te koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje Osigurateljeve ugovorne obveze na način kako je to definirano ovim Uvjetima;

Premija osiguranja je novčani iznos koji naplaćuje Osiguratelj za preuzeti rizik;

Osigurnina je iznos koji je Osiguratelj dužan platiti temeljem ugovora o osiguranju ukoliko nastane osigurani slučaj;

Osigurani slučaj je korištenje zdravstvene zaštite za koju postoji zakonska obveza osiguranika za sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, a u okviru osigurateljnog pokrića u skladu s člankom 11. ovih Uvjeta;

Iskaznica je isprava koju izdaje Osiguratelj i kojom se osiguranik identificira u zdravstvenoj ustanovi i ljekarnama te koja dokazuje njegov status osiguranika;

Karenca je vremenski period nakon kojeg počinje osigurateljno pokriće;

Osigurateljna godina je vrijeme od 12 mjeseci koje se računa od dana početka osigurateljne godine.

II SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Članak 3.

(1) Po ovim Uvjetima mogu se osigurati osobe pristupne dobi od 18 do uključivo 65 godina života i koje imaju utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

(2) Osigurati se ne mogu osobe koje imaju navršених 18 i mlađe su od 65 godina koje nisu obavezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 11. stavak (1) ovih Uvjeta odnosno za koje Zavod snosi troškove zdravstvene zaštite u cijelosti.

(3) Pristupna dob osiguranika je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i godine rođenja.

(4) Starost osiguranika pri sklapanju ugovora ne može biti manja od navršених 18 godina, a pri isteku osiguranja može biti najviše 66 godina.

(5) Osiguranik gubi status osiguranika u slučaju gubitka statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju

III UGOVOR O OSIGURANJU

Članak 4.

(1) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklapa se temeljem pisane ponude odnosno potpisom police osiguranja kada je to propisano zakonom

(2) Ugovaratelj osiguranja može obavijestiti Osiguratelja o odustajanju od ugovora u roku 14 dana od primitka obavijesti Osiguratelja o sklapanju ugovora i u tom slučaju ne snosi obveze koje proizlaze iz tog ugovora, ali je obavezan platiti cijenu dijela usluge koja mu je pružena do trenutka raskida ugovora npr. cijenu izrade iskaznice i poštanski troškovi

(3) Ako Osiguratelj u roku 8 dana od prispjeca ponude, izričito ne odbije ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima sklapa osiguranje i o tome ne izvijesti ponuditelja te ako je ponuditelj uplatio premiju ili njezin prvi obrok predviđen ponudom, smatrat će se da je Osiguratelj prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju sklopljen

(4) Ako Osiguratelj odbije ponudu za osiguranje, za što zadržava pravo ne navodeći razloge za isto, ponuda s priloženim dokumentima se ne vraća ponuditelju

(5) Potpis ponuditelja u svojstvu ugovaratelja ili osiguranika po ponudi osiguranja smatra se potpisom na polici osiguranja

(6) Ako se ugovor sklapa temeljem potpisa police osiguranja, u slučaju da polica 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, najkasnije u roku od 15 dana od dana izdavanja police. Ukoliko ugovaratelj osiguranja u roku od 14 dana ne odbije ponudu s predloženim drugačijim uvjetima osiguranja, smatrat će se da je prihvatio ponudu i da je ugovor sklopljen

(7) Ako se tako ugovori, ugovor o osiguranju može biti sklopljen samim plaćanjem premije ili njenog obroka

(8) Sve izmjene ponude i zahtjevi ponuditelja, ugovaratelja i Osiguratelja moraju biti u pisanom obliku, a smatrat će se da su podneseni onog dana kada ih je primila strana kojoj su upućeni

IV POLICA I ISKAZNICA

Članak 5.

(1) Polica osiguranja je pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju i sadrži sve stavke regulirane člankom 926 Zakona o obveznim odnosima

(2) Temeljem ugovora o osiguranju i placene premije, Osiguratelj izdaje iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kojom se davatelju usluge dokazuje status osiguranika. Do dana izdavanja iskaznice osiguranik svoj status dokazuje policom osiguranja

(3) Trošak izdavanja iskaznice snosi Osiguratelj. Nestanak ili gubitak iskaznice osiguranik je dužan prijaviti Osiguratelju odmah po saznanju. Troškove izdavanja nove iskaznice snosi ugovaratelj osiguranja

V POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Članak 6.

(1) Početak osiguranja je u 00 sati dana koji je kao početak ugovoren na polici, ali ne ranije od 00 sati sljedećeg dana računajući od dana uplata premije

(2) Ugovor o osiguranju zaključuje se najmanje na godinu dana

(3) Ako je u polici naveden samo početak osiguranja, ugovor se sklapa na najmanje jednu godinu i automatski se obnavlja za svaku osigurateljnu godinu (produljuje se trajanje osiguranja), osim ako nije otkazan ili raskinut u skladu s odredbama ovih Uvjeta

(4) Osigurateljno pokrivanje počinje od datuma početka osiguranja, ali ne prije isteka karence u smislu članka 7. ovih Uvjeta.

(5) Osiguranje traje do 24 sata dana naznačenog na polici osiguranja kao istek osiguranja, odnosno prestaje:

- smrću osiguranika za vrijeme trajanja osiguranja;
- istekom osigurateljne godine u kojoj osiguranik navrší 66 godina;
- raskidom i otkazom ugovora u skladu s odredbama ovih Uvjeta;
- kad je ugovor o osiguranju prestao temeljem zakona;
- kad prestane postojati zakonska osnova za osiguranje.

(6) Ugovor o osiguranju može se raskinuti u roku od 14 dana računajući od dana sklapanja ugovora

(7) Svaka ugovorna strana. može raskinuti ugovor iz stavka (3) ovog članka bez navođenja razloga. Raskid ugovora obavlja se pisanim putem najmanje 3 (tri) mjeseca prije isteka tekuće osigurateljne godine. Raskid nastupa istekom tekuće osigurateljne godine.

(8) Kada je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik zatražio raskid ugovora o osiguranju, kada je ugovor raskinut na zahtjev Osiguratelja, kada je prestao po silí Zakona ili je prestao temeljem ovih Uvjeta, ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik dužan je Osiguratelju vratiti iskaznicu ili je uništiti. Za posljedice neovlaštenog korištenja iskaznice nakon odobrenog raskida ili prestanka ugovora, 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.

VI KARENCA

Članak 7.

(1) Karenca je razdoblje u kojem Osiguratelj nije u obvezi isplatiti osigurninu

(2) Karenca iznosi 15 dana od dana početka osiguranja

(3) Kod novosklopljenog ili obnovljenog ugovora o osiguranju bez povećanja pokriva, pod uvjetom da od prestanka ranijeg dopunskog zdravstvenog osiguranja do sklapanja novog ugovora o osiguranju nije proteklo više od 7 dana, karenca ne postoji. U suprotnom, ukoliko je proteklo više od 7 dana, karenca postoji.

VII PREMIJA OSIGURANJA

Članak 8.

(1) Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu i visini osigurateljnog pokriva sukladno članku 11. ovih Uvjeta te pristupnoj dobi osiguranika u toj osigurateljnoj godini, a utvrđuje se na temelju cjenika Osiguratelja.

(2) Premija se, u pravilu, plaća godišnje. Ugovorom o osiguranju može se utvrditi i plaćanje premije u mjesečnim, tromjesečnim ili polugodišnjim obrocima.

(3) Ako ugovaratelj osiguranja na poziv Osiguratelja, koji mu mora biti dostavljen preporučenim pismom Osiguratelja s obavješću o dospelosti premije, ne uplati dospjelu premiju odnosno obrok premije u roku određenom tim pismom, a koji ne može biti kraći od 30 dana, računajući od dana kada mu je pismo uručeno, a niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka navedenog roka od 30 dana. Smatra se da je obavijest uručena kada je poslana na posljednju poznatu adresu ugovaratelja osiguranja preporučenim pismom.

(4) Ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu.

(5) Ugovaratelj je dužan premiju plaćati u ugovorenim rokovima i na ugovoreni način do ugovorenog isteka osiguranja. Ako se premija plaća

putem pošte ili banke, smatra se da je plaćena onog dana kad je banka ili pošta primila uplatu.

(6) Osiguratelj može promijeniti visinu premije u toku godine ako dođe do promjene Zakona ili propisa koji se odnose ili utječu na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu participacija, doplata ili druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije.

(7) U slučaju promjene visine premije iz prethodnog stavka, Osiguratelj će o tome obavijestiti ugovaratelja osiguranja i pozvati ga da prihvati izmijenjenu premiju. Ako ugovaratelj osiguranja u roku 14 dana, računajući od dana primitka obavijesti o povećanju premije, ne prihvati navedenu izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim istekom 14 dana od primitka obavijesti, ukoliko je razlog povećanja premije promjena Zakona ili propisa koji se odnose ili utječu na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu participacija ili doplata, odnosno istekom tekuće osigurateljne godine ukoliko je razlog povećanja premije drugi.

(8) Ako ugovaratelj osiguranja ne plati premiju o dospeljeću, Osiguratelj može osim premije obračunati i zateznu kamatu. Ako ugovaratelj ne plati zateznu kamatu ista će se odbiti prilikom isplate osigurnine.

VIII OBVEZA PRIJAVE PODATAKA

Članak 9.

Namjerna netočna prijava ili prešućivanje

(1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ugovaratelj osiguranja je dužan prijaviti Osiguratelju sve okolnosti značajne za ocjenu rizika, koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno netočno prijavio ili prešutio neku okolnost koja je po svome značenju takva da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje, Osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovora pred nadležnim sudom.

(3) U slučaju poništenja ugovora, iz razloga navedenih u prethodnom stavku, Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora, ali je u obvezi plaćanja osigurnine ako do tog dana nastupi osigurani slučaj.

(4) Pravo Osiguratelja da zahtijeva poništenje ugovora prestaje, ako on u roku od 3 mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

Članak 10.

Nenamjerna netočnost ili nepotpunost prijave

(1) Ako je ugovaratelj osiguranja dao netočnu prijavu ili propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može po svom izboru, u roku od 30 dana od dana saznanja za netočnost odnosno prešućivanje, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

(2) U slučaju iz prethodnog stavka, ugovor prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je Osiguratelj priopćio ugovaratelju osiguranja izjavu o raskidu odnosno, ako je predložio povećanje premije, raskid nastupa po samom zakonu, ako ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku 14 dana od dana kada ga je primio.

(3) U slučaju raskida, Osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji se odnosi na vrijeme od raskida ugovora 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 odnosno prije usuglašavanja glede povećanja premije, iznos osigurnine se smanjuje u razmjeru između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku. Ukoliko su netočne i prešućene okolnosti takve da Osiguratelj ne bi, da je za njih znao, zaključio ugovor o osiguranju,

Osiguratelj nije u obvezi isplate osigurnine.

IX OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 11.

Opseg osigurateljnog pokrića

(1) Sukladno odredbama Ugovora o osiguranju, Osiguratelj pokriva troškove obveznog sudjelovanja osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite:

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

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije –0,75% proračunske osnovice;

2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite –1,50% proračunske osnovice;

3. ortopedska i druga pomagala određena Općim aktom Zavoda –1,50% proračunske osnovice;

4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalna medicina i rehabilitacija u kući –0,75% proračunske osnovice po danu;

5. liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, direktivi 2001/24/EU, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;

6. troškove bolničke zdravstvene zaštite -3,01% proračunske osnovice po danu,

7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti –30,07% proračunske osnovice;

8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina –15,03% proračunske osnovice.

b) 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;

2. izdavanje lijeka po receptu.

(2) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka

(1) ovog članka po jednom osiguranom slučaju (jednom ispostavljenom računu) za izvršenu zdravstvenu zaštitu može iznositi najviše do onog postotka proračunske osnovice koji je kao najviši određen Zakonom.

(3) Ako se posebno ugovori, osiguranje pokriva troškove koji predstavljaju iznos sudjelovanja osiguranika u cijeni lijeka s dopunske liste lijekova Zavoda iz Zakona.

(4) Osiguranjem su pokriveni osigurani slučajevi koji su nastupili u razdoblju dok je postojalo osigurateljno pokriće.

(5) Osiguranjem su pokriveni i osigurani slučajevi koji u kontinuitetu traju više od jednog dana (bolničko liječenje, fizikalna terapija i slično, ali ne i troškovi lijekova) ako su započeli u razdoblju dok je postojalo osigurateljno pokriće.

X ISPLATA OSIGURNINE

Članak 12.

(1) Kad se osiguranik koristio pravom na pokriće zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (u daljenjem

tekstu: ugovorni subjekti Zavoda) i ljekarnama, uz predodjenje iskaznice odnosno bez plaćanja, osigurnina će se isplatiti ugovornoj ustanovi Zavoda u kojoj je osiguranik to pravo ostvario odnosno Zavodu ili državnom proračunu.

(2) Kako bi osiguranik ostvario pravo na pokriće participacija i doplata troškova zdravstvene zaštite u ugovornom subjektu Zavoda i ljekarni itd. u kojima je koristio neko od prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, obavezan je uz iskaznicu obveznog zdravstvenog osiguranja priložiti i iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja Osiguratelja.

(3) Ako je osiguranik predložio iskaznicu ili policu za plaćanje usluge na koju prema ovim Uvjetima nema pravo, Osiguratelj ima pravo na povrat isplaćenog iznosa od osiguranika uz naknadu troškova postupka.

(4) Ukoliko je osiguranik ili ugovaratelj osiguranja neposredno platio ugovorene troškove zdravstvene zaštite iz prethodnog članka, Osiguratelj se obvezuje isplatiti osiguraniku odnosno ugovaratelju osiguranja, ovisno o tome tko je platio troškove, ugovorene troškove iz članka 11. ovih Uvjeta temeljem originalnog računa koji glasi na ime osiguranika, u roku od 14 dana od dana zaprimanja zahtjeva s potrebnom dokumentacijom: IBAN, broj iskaznice ili broj police, presliku osobne iskaznice i ostalu dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje obveze i njene visine.

(5) U slučaju iz prethodnog stavka osiguranik ili ugovaratelj je dužan o plaćanju troškova obavijestiti Osiguratelja odmah, a najkasnije u roku od 3 dana.

(6) 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 ugovoru o osiguranju. Osiguratelj ima pravo na provjeru cijena plaćenih participacija i doplata te pregled medicinske dokumentacije putem svog liječnika cenzora.

(7) Ukoliko osiguranik na zahtjev Osiguratelja ne dostavi traženu medicinsku dokumentaciju ili se utvrdi da osiguranik nije imao valjanu medicinsku indikaciju za obavljanje zdravstvene usluge, a Osiguratelj izvrši plaćanje predmetne zdravstvene usluge zdravstvenoj ustanovi, isti ima pravo regresa od osiguranika.

XI IZMJENE UVJETA OSIGURANJA

Članak 13.

(1) Ako Osiguratelj izmijeni Uvjete osiguranja ili cjenik na temelju kojeg mijenja premiju osiguranja, obvezuje se o tome pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 30 (trideset) dana prije isteka tekuće osigurateljne godine.

(2) Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće osigurateljne godine.

(3) Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne otkaže ugovor u roku iz stavka (2) ovog članka, ugovor o osiguranju se početkom slijedećeg razdoblja osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uvjetima osiguranja ili promijenjenom premijom osiguranja.

XII POSTUPAK IZVANSUDSKOG RJEŠAVANJA SPORA

Članak 14.

(1) Ugovorne strane suglasne su da će sve sporove koji proizadu iz ovog ugovora o osiguranju, u vezi s njim ili u vezi s njegovim naknadnim izmjenama i dopunama, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede, prestanka ili tumačenja, prvenstveno pokušati riješiti sporazumno u izvansudskom postupku kod Osiguratelja, a prema pravilima Osiguratelja o internom postupku

rješavanja pritužbi stranaka.

(2) Ugovorne strane suglasne su da će o svim prigovorima, zahtjevima ili spornim pitanjima proizašlim iz ugovora o osiguranju osobe ovlaštene za njihovo podnošenje, odnosno koje imaju pravni interes za njihovo podnošenje sukladno stavku (1) ovog članka izvijestiti Osiguratelja u roku od 15 dana od kad su primile odluku s kojom su nezadovoljne odnosno saznale za činjenicu koja je razlog prigovora ili zahtjeva

(3) Podnesci iz stavka (2) ovog članka predaju se na adresu sjedišta Osiguratelja usmeno na zapisnik, u pisanom obliku, putem pošte, telefaks uređaja ili elektroničke pošte uz naznaku osobnog imena, ili ako je pravna osoba: naziva tvrtke, te imena odgovorne osobe podnositelja, adrese odnosno sjedišta podnositelja, predmeta i jasnih razloga podnošenja, jasnog sadržaja zahtjeva, dokaza kada ih je moguće priložiti, kao i isprava ako nisu bile razmatrane, potpisa podnositelja i nadnevka te punomoći ako je podnositelj zastupan po punomoćniku.

(4) O odlukama postupka rješavanja pritužbi stranaka Osiguratelj će pismeno izvijestiti podnositelja u propisanim rokovima.

(5) Ako ugovorne strane ne uspiju sporazumno riješiti sporna pitanja mogu nastaviti postupak mirenja u okviru izvensudskog rješavanja sporova pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje. Ako sporovi ne budu riješeni mirenjem pred Centrom za mirenje u roku od 60 dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku koji stranke dogovore, stranke neće imati nikakvih obveza prema ovoj odredbi

XIII ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 15.

Za odnose između Osiguratelja, osiguranika, ugovaratelja i korisnika, te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o osiguranju, Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja

Članak 16.

U slučaju sudskog spora stranke ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda u Zagrebu i primjenu hrvatskog prava.