

# Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje

## OPĆE ODREDBE

### Članak 1.

- (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).
- (2) Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između ugovaratelja, osiguranika i Osiguratelja iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokrivanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno članku 4. ovih Uvjeta.
- (4) Pojedini izrazi 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 plaćati premiju;
- OSIGURANIK** - osoba koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje Osigurateljeve ugovorne obveze;
- PREMIJA OSIGURANJA** - iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom ugovoru;
- PONUĐITELJ** - osoba koja podnosi ponudu za osiguranje;
- PONUĐA** - pisani podnesak Osiguratelja kojom ponuditelj iskazuje svoju volju za sklapanjem Ugovora o osiguranju;
- POLICA OSIGURANJA** - isprava o sklopljenom ugovoru, koju izdaje Osiguratelj;
- ISKAZNICA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA** (u daljnjem tekstu iskaznica DZO) - isprava kojom osiguranik dokazuje svoj status osiguranika i kojom ostvaruje prava iz sklopljenog ugovora;
- OSIGURANI SLUČAJ** - događaj povodom kojeg osiguranik ostvaruje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja. Obveza Osiguratelja postoji ukoliko se osigurani slučaj dogodio ili započeo za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, a pod uvjetom da je istekao rok iz članka 9., stavka 3. ovih Uvjeta;
- OSIGURATELJNO RAZDOBLJE** - razdoblje od najmanje godinu dana;

## SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

### Članak 2.

- (1) Osiguranikom po osnovi dopunskog zdravstvenog osiguranja može postati samo ona osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ZOZO).
- (2) Osiguranik po ovim Uvjetima može biti fizička osoba pristupne dobi od osamnaest (18) do najviše šezdeset i pet (65) godina.
- (3) Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka, gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, gubi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

## SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

### Članak 3.

- (1) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklapa se temeljem pisane ponude koju ugovaratelj osiguranja upućuje Osiguratelju, odnosno potpisom police osiguranja.
- (2) Pisana ponuda upućena Osiguratelju za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju obvezuje ponuditelja, ako on nije odredio kraći 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.
- (3) 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 policu, najkasnije u roku od petnaest (15) dana od dana izdavanja prvotno izdane police.
- (4) 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.
- (5) Temeljem ugovora o osiguranju i plaćene premije, Osiguratelj izdaje iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kojom se davatelju usluge dokazuje status osiguranika.
- (6) Ugovor o osiguranju može biti sklopljen samim plaćanjem premije osiguranja, ukoliko se takva odredba nalazi na ponudi, odnosno polici osiguranja.

## OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

### Članak 4.

- (1) Ugovorom o osiguranju, sklopljeno sukladno ovim Uvjetima, osigurava

se pokrivanje 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 - 0,75% proračunske osnovice,
  2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite - 1,50% proračunske osnovice,
  3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala - 1,50% proračunske osnovice,
  4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući - 0,75% proračunske osnovice po danu, liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, ZOZO-u i općem aktu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu HZZO), 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) 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, sukladno općem aktu HZZO-a,
  2. izdavanje lijeka po receptu.
- c) Pokriva dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, što obuhvaća pokriva doplata koje predstavljaju razliku između cijene lijeka utvrđenog dopunskom listom lijekova HZZO-a i cijene ekvivalentnog lijeka utvrđenog osnovnom listom lijekova HZZO-a do limita od 1.500,00 kn za svaku osigurateljnu godinu.

### Članak 5.

- (1) Pravo na naknadu troškova iz članka 4., stavka 1., osiguranik može ostvariti unutar i izvan mreže ugovornih zdravstvenih ustanova Osiguratelja.
- (2) Osiguratelj se obvezuje isplatiti osiguraniku ugovorenu naknadu troškova iz članka 4., stavka 1. temeljem priloženog izvornika računa koji glasi na ime osiguranika, u roku od 14 dana od dana zahtjeva i izvornika računa s potrebnom dokumentacijom.
- (3) U slučaju da je osiguranik koristio pravo na ugovorene troškove, predočenjem iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno bez plaćanja, pravo na naknadu troškova ostvaruje zdravstvena ustanova u kojoj je osiguranik ostvario to pravo.
- (4) 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.

## PREMIJA OSIGURANJA

### Članak 6.

- (1) Premija osiguranja utvrđuje se za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokriva, pristupnoj dobi osiguranika i obliku osiguranja.
- (2) Visina premije može se promijeniti u toku godine ako dođe do promjene zakona ili zakonskih propisa koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu doplata ili druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije.
- (3) Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed, u ugovorenom roku. Iznimno se plaćanje premije može ugovoriti obročno, s time da se prvi obrok premije plaća potpisom ponude, odnosno police, osim ako se drugačije ne ugovori.
- (4) Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je odmah pisanim putem obavijestiti Osiguratelja o promjeni zaposlenja (ili radnog mjesta), adresi stanovanja i mjestu plaćanja premije.
- (5) Osiguratelj može raskinuti ugovor ako ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, neredovito plaća premiju.
- (6) Osiguratelj može obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje

plaćanja ugovorene premije.

- (7) Ako ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora 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, odnosno osiguraniku, uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obavješću o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dospelosti premije.
- (8) U svakom slučaju ugovor prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

## NAMJERNA NETOČNA PRIJAVA ILI PREŠUČIVANJE

### Članak 7.

- (1) Ugovaratelj osiguranja, odnosno ponuditelj, dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti Osiguratelju sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje ugovora.
- (2) Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno podnio 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) U slučaju poništaja ugovora iz razloga navedenih u stavku 2., ovog članka, Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora.
- (4) Osigurateljevo pravo da zahtijeva poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri (3) mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave, ili za prešućivanje, ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

### Članak 8.

- (1) Ako je ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, podnio 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 ili predložiti povećanje premije razmjerno većem riziku.
- (2) Ako ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, ne prihvati prijedlog Osiguratelja o razmjernom povećanju premije ugovor prestaje po isteku četrnaest dana (14) nakon što je ugovaratelj primio preporučeno pismo Osiguratelja o prijedlogu za povećanje premije.
- (3) U slučaju raskida, iz razloga navedenog u prethodnoj točki ovog članka, Osiguratelj je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.
- (4) Promjenu imena/naziva odnosno adrese/prebivališta ugovaratelj osiguranja dužan je bez odgode pisano prijaviti osiguratelju.
- (5) Ako ugovaratelj osiguranja ne prijavi osiguratelju promjenu adrese stanovanja, osiguratelj zadržava pravo slati obavijesti preporučanim pismom na njegovu posljednju adresu. Sve odredbe tako poslanih obavijesti stupaju na snagu kao da ih je ugovaratelj primio.

## POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

### Članak 9.

- (1) Osiguranje počinje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onoga dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija ili njen prvi 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 produljuje iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkáže.
- (3) Obveza osiguratelja počinje šesnaestog (16) dana od dana označenog u polici kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena premija ili njen prvi obrok.
- (4) Osiguratelj prije isteka roka iz stavka 3. ovog članka, ne pokriva troškove zdravstvene zaštite iz članka 4. Ova se odredba ne primjenjuje kod produljenja trajanja ugovora o osiguranju, niti za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje kod bilo kojeg osiguravatelja i koje je isteklo najkasnije trideset (30) dana prije početka osiguranja po ovim Uvjetima.
- (5) Osiguranje prestaje kod svakog osiguranika na dan:
- kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 65 godina života, ako nije drugačije dogovoreno;
  - kad nastupi smrt osiguranika;
  - kad prestane postojati zakonska osnova za osiguranje;
  - kada je raskinut ugovor o osiguranju u smislu članaka 8. i 11. ovih Uvjeta.

## IZMJENE UVJETA OSIGURANJA

### Članak 10.

- (1) Ako Osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja, obvezuje se o tome pisano

ili na drugi pogodan način izvijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije trideset (30) dana prije isteka tekuće godine osiguranja.

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

## RASKID UGOVORA

### Članak 11.

- (1) Svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem ako ugovor nije prestao po kojem drugom temelju. Zahtjev za raskid ugovora o osiguranju potrebno je podnijeti pisanim putem najkasnije tri (3) mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Kada je ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, zatražio raskid ugovora o osiguranju, kada je ugovor raskinut na zahtjev Osiguratelja ili je prestao po sili Zakona, ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je Osiguratelju, uz prijedlog za raskid ugovora o osiguranju, vratiti iskaznicu.

## RJEŠAVANJE SPOROVA MIRNIM PUTEM

### Članak 12.

- (1) Ugovorne strane su suglasne da će sve sporove proizašle iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.
- (2) Ugovaratelj osiguranja, osiguranik i korisnik suglasni su da će o svim spornim stvarima, pritužbama, prigovorima i nesporazumima proizašlim iz odnosa s osigurateljem obavijestiti osiguratelja bez odgađanja.
- (3) Obavijesti iz stavka 2. ovog članka strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može razaznati sadržaj obavijesti, potpis podnositelja obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
- (4) Osiguratelj će zaprimljenu pritužbu/prigovor iz stavka 2. ovog članka uputiti Komisiji za pritužbe/prigovore. Odgovor Komisije dostavlja se podnositelju u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja pritužbe/prigovora, a iznimno, kada se odgovor ne može dati unutar navedenog roka, obavijestit će podnositelja pritužbe/prigovora o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak vjerojatno biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu/prigovor.
- (5) Svi sporovi koji proizlaze iz ovog ugovora ili u svezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proistječu, mogu se uputiti na mirenje pred jednom od organizacija za mirenje u Republici Hrvatskoj. Ako ti sporovi ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke neće imati nikakvih obaveza prema ovoj odredbi.

## NADLEŽNOST U SLUČAJU SUDSKOG SPORA

### Članak 13.

- (1) U slučaju sudskog spora između ugovaratelja osiguranja/osiguranika/korisnika osiguranja i osiguratelja nadležan je stvarno nadležni sud u Zagrebu.

## MJERODAVNO PRAVO

### Članak 14.

- (1) Na ugovor o osiguranju primjenjuje se hrvatsko pravo, osim ukoliko ugovorne strane nisu drugačije ugovorile.

## Klauzula – borba protiv financiranja terorizma

Osiguratelj zadržava pravo na odbijanje ponude za sklapanje ugovora o osiguranju odnosno pravo na jednostrani raskid ugovora o osiguranju i/ili zamrzavanje sredstava ukoliko su ugovaratelj osiguranja ili s njim povezane osobe evidentirane na međunarodnim popisima uspostavljenima radi sprječavanja financiranja terorizma.

## ZAVRŠNE ODREDBE

### Članak 15.

- (1) Na ugovore o osiguranju sklopljene sukladno ovim Uvjetima, primjenjuju se, na odgovarajući način, odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, te odredbe ostalih pravilnika i propisa donesenih temeljem Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, odnosno temeljem Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Osiguratelj pripada Generali Grupi koja je registrirana u Registar osiguranja Grupe kod talijanske Ustanove za nadzor osiguranja (IVASS) pod brojem 026.

U primjeni od 12. siječnja 2021.