

UZDOP2

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 pokrivača 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 godine dana koje počinje na dan početka osiguranja ili na dan nastavka osiguranja sukladno čl. 6. stavku (3) ovih Uvjeta. Za razliku od kalendarske i poslovne godine, osigurateljna godina određuje se za svaku policu drukčije.

II SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Članak 3.

- (1) Po ovim Uvjetima mogu se osigurati osobe pristupne dobi od 18 navršениh 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 navršениh 18 godina a koje nisu obavezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 11. 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. Početkom osiguranja smatra se početak svake osigurateljne godine sukladno čl. 6. stavku (3) ovih Uvjeta.

- (4) Starost osiguranika pri sklapanju ugovora ne može biti manja od navršениh 18 godina života.,
- (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 poštanske troškove.
- (3) Ako Osiguratelj u roku 8 dana od prispjeća ponude, izričito ne odbije ponudu koja ne odstupa od uvjeta pod kojima sklapa osiguranje i o tome ne izvjesti 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 policu 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 pisanoj obliki, 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 plaćene 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 uplaćene premije.
- (2) Ugovor o dopunskom zdravstvenom 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 produžuje trajanje osiguranja za svaku sljedeću osigurateljnu godinu, osim ako nije otkazan, raskinut ili prestao u skladu s odredbama ovih Uvjeta. Pri produženju trajanja ugovora premija za tu osigurateljnu godinu utvrđuje se sukladno čl. 8. stavku (1) ovih Uvjeta.
- (4) Osigurateljno pokrivanje počinje od datuma početka osiguranja, ali ne prije isteka karenca 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;
 - 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 sili 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 pokrivača, 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.
- (4) Karenca ne postoji ukoliko je premija uplaćena minimalno 15 dana prije početka osiguranja.

VII PREMIJA OSIGURANJA

Članak 8.

- (1) Premija osiguranja se utvrđuje za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu i visini osigurateljnog pokrivača sukladno članku 11. ovih Uvjeta koja je ugovorom o osiguranju (Uvjeti, klauzule) za određenu pristupnu dob ugovorena. Promjenom opsega i visine osigurateljnog pokrivača mijenja se premija tijekom trajanja osiguranja, sve u okviru osigurateljnih programa definiranih ovim Uvjetima te klauzulama.
- (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 u dospjeću, Osiguratelj može osim premije obračunati i zateznu kamatu. Ako ugovaratelj ne plati premiju osiguranja i zateznu kamatu iste 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 pokrivača

- (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-konzilijarna zdravstvena zaštita, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije-0,75% proračunske osnovice;
 2. specijalistička dijagnostika koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite-1,50% proračunske osnovice;
 3. ortopedska i druga pomagala određena Osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala-1,50% proračunske osnovice;
 4. specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštitu u ambulatnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju 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 Osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno;
 6. troškovi bolničke zdravstvene zaštite-3,01% proračunske osnovice po danu;
- 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) Za osobe od 18 do 65 godine života osim troškova obveznog sudjelovanja osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite kako je to navedeno u stavku (1) ovog članka Osiguratelj pokriva te troškove i za dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od 30,07% proračunske osnovice;
- (3) Za osobe starije od 65 godine života osim troškova obveznog sudjelovanja osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite kako je to navedeno u stavku (1) ovog članka Osiguratelj pokriva te troškove i za dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od 15,03% proračunske osnovice;
- (4) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz 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.
- (5) Ako se posebno ugovori, osiguranje pokriva troškove koji predstavljaju iznos sudjelovanja osiguranika u cijeni lijeka s dopunske liste lijekova Zavoda iz Zakona.
- (6) Osiguranjem su pokriveni osigurani slučajevi u razdoblju dok traje osigurateljno pokrće.

XI ISPLATA OSIGURNINE

Članak 12.

- (1) Kad se osiguranik koristio pravom na pokrće zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekti Zavoda) i ljekarnama, uz predočenje 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 pokrće 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 predočio 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 obavezuje isplatiti osiguraniku odnosno ugovaratelju osiguranja, ovisno o tome tko je platio troškove, ugovorene troškove iz članka 11. ovih Uvjeta temeljem računa koji glasi na ime osiguranika, u roku od 14 dana od dana zaprimanja zahtjeva s potrebnom dokumentacijom: IBAN, broj iskaznice ili broj police.

XI IZMJENE UVJETA OSIGURANJA

Članak 13.

- (1) Ako Osiguratelj izmijeni Uvjete osiguranja ili cjenik na temelju kojeg mijenja premiju osiguranja, obavezuje 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 otkáže 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 SPOROVA

Članak 14.

- (1) Ugovorne strane suglasne su da će sve sporove koji proizađu 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) Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena MERKUR-u od strane ugovaratelja osiguranja, osiguranika ili korisnika, koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju.
- (3) Pritužbe se podnose na e-mail adresu: pritužbe@merkur.hr, telefonom, telefaxom, ili poštom na broj/adresu sjedišta MERKUR-a iz točke 1. ovih informacija ili usmeno na zapisnik. Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja MERKUR-a je 15 dana od dana kada je podnositelj pritužbe primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe.
- (4) Pritužba treba sadržavati: ime i prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba, razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe, dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe, kada ih je moguće priložiti, kao i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza, datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja te punomoć za zastupanje kada je pritužba podnesena po punomoćniku. MERKUR će putem Komisije za rješavanje pritužbi i prigovora zainteresiranih osoba u pisanom obliku odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe, odnosno ukoliko je potrebno obaviti pregled ili neku drugu radnju, taj rok produžiti će se za onoliko vremena koliko je potrebno da se ta radnja obavi. MERKUR može pritužbu uvažiti, djelomično uvažiti, odbaciti ili odbiti.
- (5) Ako ugovorne strane ne uspiju sporazumno riješiti sporna pitanja mogu nastaviti postupak mirenja u okviru izvansudskog rješavanja sporova pri Centru za mirenje Hrvatskog ureda za osiguranje. Ako sporovi ne budu riješeni mirenjem pred Centrom za mirenja 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.

- (1) 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.

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