

UDZO-0719

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 s Osigurateljem sklopilo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju;
Osiguranik je osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju i koja temeljem nastalog osiguranog slučaj ima pravo na ispunjenje ugovorne obveze osiguratelja;
Premija osiguranja je novčani iznos koji naplaćuje Osiguratelj za preuzeti rizik;
Ponuda je pisani podnesak ugovaratelja osiguranja na tiskanici MERKUR-a ili u elektronskom obliku, kojom ponuditelj iskazuje svoju volju za sklapanje ugovora o osiguranju;
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 osiguratelnog 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 pokrivanje;
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 navršениh 18 godina života i koje imaju utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju i koje nisu oslobođene obveze sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.
- (2) Ako se ugovara program osiguranja Merkur dopunsko plus sukladno čl. 11. stavak (7) ovih Uvjeta, osigurati se mogu osobe pristupne dobi od 18 do uključivo 60 godina života koje imaju utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju i koje nisu oslobođene obveze sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Starost osiguranika pri

sklapanju ugovora ne može biti manja od navršениh 18 godina, a pri isteku osiguranja može biti najviše 61 godina odnosno osiguranje prestaje istekom osigurateljne godine i to u kalendarskoj godini u kojoj osiguranik navršі 61 godinu.

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

III UGOVOR O OSIGURANJU

Članak 4.

- (1) Ugovor o osiguranju sklapa se na temelju prihvata pisane ponude učinjene Osiguratelju odnosno potpisom police osiguranja i/ili uplatom premije ili obroka premije.
- (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 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.
- (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 osim ako nije drugačije dogovoreno
- (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 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;
 - 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 novosklapljenog ili obnovljenog ugovora o osiguranju bez povećanja pokrivanja, 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 ugovara se u kunama i utvrđuje se za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu i visini osigurateljnog pokrivanja sukladno članku 11. ovih Uvjeta te pristupnoj dobi osiguranika u toj osigurateljnoj godini, a utvrđuje se na temelju cjenika Osiguratelja.
- (2) Visina premije će se automatski promijeniti kada osiguranik prijeđe u viši dobní razred. Dobni razredi i pripadne premije osiguranja su navedeni na ponudi odnosno polici osiguranja.
- (3) Premija se, u pravilu, plaća godišnje. Ugovorom o osiguranju može se utvrditi i plaćanje premije u mjesečnim, tromjesečnim ili polugodišnjim obrocima. Ukoliko je ugovoreno plaćanje premije u obrocima, odredbe ovog članka iz st (4) i (5) kojima se propisuje prestanak ugovora zbog neplaćanja premije odnose se i na neplaćanje obroka premije.
- (4) 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.

- (5) Ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu.
- (6) 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.
- (7) Ako ugovaratelj osiguranja ne plati premiju o 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.
- (8) Osiguratelj može promijeniti visinu premije u toku osigurateljne 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. U tom slučaju Osiguratelj će postupati sukladno članku 13. ovih Uvjeta.

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 pokrivanja

- (1) Osiguravajuća zaštita obuhvaća pokrivanje dijela troškova zdravstvene zaštite iz troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
- (2) Troškovi zdravstvene zaštite koji su u pokrivanju odnose se na obvezno sudjelovanje osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite u obveznom zdravstvenom osiguranju. Sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite su u pokrivanju pod uvjetom da su nastali temeljem izdane uputnice, recepta, doznake, ili rješenja Zavoda.
- (3) Pravo na pokrivanje obveze sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju koji su nastali temeljem izdane uputnice ili recepta, odnosno doznake Zavoda odnosi se na:
 - zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine;

XI IZMJENE UVJETA I CJENIKA OSIGURANJA

Članak 13.

- specijalističko - konzilijarnu zdravstvenu zaštitu;
 - dnevnu bolnicu i operacijske zahvate u dnevnoj bolnici;
 - laboratorijsku, radiološku i drugu specijalističku dijagnostiku;
 - ambulatnu fizikalnu medicinu i rehabilitaciju;
 - fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući;
 - bolničko liječenje;
 - ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom;
 - dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom;
 - izdavanje lijekova po receptu s osnovne liste lijekova;
 - liječenje u inozemstvu (ako je liječenje odobreno od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje).
- (4) Osiguranjem su obuhvaćeni troškovi obveznog sudjelovanja osiguranika u punoj cijeni zdravstvene zaštite koji su nastali na teritoriju Republike Hrvatske. Troškovi nastali u drugim državama članicama i trećim državama obuhvaćeni su osiguranjem samo ako su nastali sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda, pod uvjetom da je dostavljena odluka, odnosno rješenje Zavoda kojim se odobrava liječenje izvan Republike Hrvatske.
- (5) 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.
- (6) Ukoliko je posebno ugovoreno, osiguravajuća zaštita pokriva i iznos sudjelovanja za lijekove po receptu s dopunske liste lijekova Zavoda do ugovorenog iznosa osiguranja (limita) u svakoj osigurateljskoj godini.
- (7) Ako je sklopljen program osiguranja **Merkur dopunsko plus** ugovorena su sljedeća osiguranja, što je na ponudi i polici osiguranja posebno naznačeno:

- Dopunsko zdravstveno osiguranje u opsegu definiranom ovim Uvjetima,
- Osiguranje bolničke dnevnice sukladno Uvjetima za osiguranje bolničke dnevnice UZOBD3, uz isključenje iz primjene stavaka (2), (3), (4) i (5) članka 17. te stavka (3) članka 19. Uvjeta UZOBD3,
- Osiguranje kućne njege sukladno Klauzuli za osiguranje kućne njege KNJ2, uz limit po jednom štetnom događaju od 1.500 kn.

Bez obzira na odredbe uvjeta UZOBD3 i Klauzule KNJ2, ugovor o osiguranju Merkur dopunsko plus, sklapa se sukladno odredbama članka 4. ovih Uvjeta, a odredbe vezane uz premiju osiguranja određene su člankom 8. ovih Uvjeta.

XI ISPLATA OSIGURNINE

Članak 12.

- (1) Kad se osiguranik koristio pravom na pokrivanje 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 pokrivanje 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 obvezuje 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.

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.

U primjeni od 15.07.2019.