

KLASA: 502-01/22-02/4834
URBROJ: 338-21-02-06-22-01
U Zagrebu 31.12.2022.godine

MATEA SAMARDŽIJA
VJEKOSLAVA KLAIČA 36
10000 ZAGREB

PREDMET: Troškovi zdravstvene zaštite nastali uslijed poništenja police dopunskog
zdravstvenog osiguranja – od strane Zavoda
- poziv na plaćanje

Poštovani/a,

uvidom u službene evidencije Zavoda, utvrđeno je, kako smo Vas, temeljem točke X. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, pisanim putem obavijestili o dospjelim, a neplaćenim premijama dopunskog zdravstvenog osiguranja. Budući da do ugovorenog roka niste postupili po navedenoj obavijesti, Vaša polica br. **16562389** poništena je temeljem točke XI. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju s danom 11.04.2021. godine.

Sukladno prethodno navedenom, a temeljem točke XVI. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (NAKNADA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE) koja glasi: „Ugovaratelj s kojim je raskinut ugovor ili koji je otkazao ugovor obavezan je Zavodu platiti razliku između troškova zdravstvene zaštite i iznosa pripadajuće premije, ukoliko su troškovi zdravstvene zaštite viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja do dana raskida, odnosno otkaza ugovora, osim u slučaju kada je osigurateljno razdoblje trajalo godinu dana“, utvrđeno je da po navedenoj polici postoji dugovanje u iznosu od **305,43 kn / 40,54 EUR***, a koje predstavlja razliku između troškova zdravstvene zaštite u iznosu **803,33 kn / 106,62 EUR*** i iznosa pripadajućih premija razdoblju osiguranja police od **497,90 kn / 66,08 EUR***.

Na iznos glavnog duga obračunate su zakonske zatezne kamate koje teku od 31.12.2022 do dana uplate, a koje na dan 31.12.2022 iznose 0,00 kn / 0 EUR*, što čini ukupan iznos dugovanja od **305,43 kn / 40,54 EUR***.

Pozivamo Vas da navedeni iznos podmirite u roku od 15 dana od primitka ove obavijesti. U protivnom, Zavod je obavezan pokrenuti postupak naplate prisilnim putem podnošenjem prijedloga za ovrhu. U slučaju da navedeni iznos duga niste u mogućnosti uplatiti jednokratno, upućujemo Vas da nam se obratite radi dogovora o eventualnoj obročnoj otplati duga.

Za sve upite i pojašnjenja možete nas kontaktirati na telefon: 01/4722-083, 4722-085, 4882-066; 5393-040; 4882-937; 5393-047, 4882-093, 4882-079, 4722-083, 4722-089, 4882-930, 5393-069 radnim danom od 8 do 16 h ili putem maila na: racunovodstvo.dopunsko_zagreb@hzzo.hr

Za uplatu molimo koristiti sljedeće podatke:

Primatelj:	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, DZO
IBAN primatelja:	HR 33 1001 0051 5502 0000 2
Model:	HR 63
Poziv na broj primatelja:	5924-41722-16562389224

* 7,53450 je fiksni tečaj konverzije

S poštovanjem,

Voditeljica Regionalnog ureda Zagreb

Jadranka Car-Mikuljan , dr.med.

PRIVITAK:

- trošak po osiguranoj osobi,
- ekranska slika police,
- uplatnica

Za sve upite i pojašnjenja možete nas kontaktirati na telefon: 01/4722-083, 4722-085, 4882-066; 5393-040; 4882-937; 5393-047, 4882-093, 4882-079, 4722-083, 4722-089, 4882-930, 5393-069 radnim danom od 8 do 16 h ili putem maila na: racunovodstvo.dopunsko_zagreb@hzzo.hr

Za uplatu molimo koristiti sljedeće podatke:

Primatelj:	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, DZO
IBAN primatelja:	HR 33 1001 0051 5502 0000 2
Model:	HR 63
Poziv na broj primatelja:	5924-41722-16562389224

* 7,53450 je fiksni tečaj konverzije

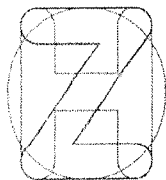
S poštovanjem,

Voditeljica Regionalnog ureda Zagreb

Jadranka Car-Mikuljan , dr.med.

PRIVITAK:

- trošak po osiguranoj osobi,
- ekranska slika police,
- uplatnica



KLASA: 502-01/22-02/4834
URBROJ: 338-21-02-06-22-01
U Zagrebu 31.12.2022.godine

MATEA SAMARDŽIJA
VJEKOSLAVA KLAICA 36
10000 ZAGREB

PREDMET: Troškovi zdravstvene zaštite nastali uslijed poništenja police dopunskog
zdravstvenog osiguranja – od strane Zavoda
- poziv na plaćanje

Poštovani/a,

uvidom u službene evidencije Zavoda, utvrđeno je, kako smo Vas, temeljem točke X. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, pisanim putem obavijestili o dospelim, a neplaćenim premijama dopunskog zdravstvenog osiguranja. Budući da do ugovorenog roka niste postupili po navedenoj obavijesti, Vaša polica br. **16562389** poništena je temeljem točke XI. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju s danom 11.04.2021. godine.

Sukladno prethodno navedenom, a temeljem točke XVI. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (NAKNADA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE) koja glasi: „Ugovaratelj s kojim je raskinut ugovor ili koji je otkazao ugovor obavezan je Zavodu platiti razliku između troškova zdravstvene zaštite i iznosa pripadajuće premije, ukoliko su troškovi zdravstvene zaštite viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja do dana raskida, odnosno otkaza ugovora, osim u slučaju kada je osigurateljno razdoblje trajalo godinu dana“, utvrđeno je da po navedenoj polici postoji dugovanje u iznosu od **305,43 kn / 40,54 EUR***, a koje predstavlja razliku između troškova zdravstvene zaštite u iznosu **803,33 kn / 106,62 EUR*** i iznosa pripadajućih premija razdoblju osiguranja police od **497,90 kn / 66,08 EUR***.

Na iznos glavnog duga obračunate su zakonske zatezne kamate koje teku od 31.12.2022 do dana uplate, a koje na dan 31.12.2022 iznose 0,00 kn / 0 EUR*, što čini ukupan iznos dugovanja od **305,43 kn / 40,54 EUR***.

Pozivamo Vas da navedeni iznos podmirite u roku od 15 dana od primitka ove obavijesti. U protivnom, Zavod je obavezan pokrenuti postupak naplate prisilnim putem podnošenjem prijedloga za ovrhu. U slučaju da navedeni iznos duga niste u mogućnosti uplatiti jednokratno, upućujemo Vas da nam se obratite radi dogovora o eventualnoj obročnoj otplati duga.

P-21/CN 07

on postal service
poštanska služba

Stamp of the office returning the advice
Oznaka žiga poštanskog ureda
koji vraća obavijest

ADVICE of receipt/of delivery/of payment
POVRATNICA — Obavijest o prijmu/uručenju/isplati

Croatian Post Inc.
Republika Hrvatska

Hrvatska
pošta

AR

Office of posting
Prijamni poštanski ured

Address of the item
Adresni podaci
Ulica Vukosavljeva kućica 36
12000 Zagreb

Nature of the item/vista posiljke
Priroda posiljke
Registered
Pregledano
Postal parcel
Poštanski paket
Insured letter
Osigurano pismo
Value of the item
Vrijednost posiljke

Amount
Iznos
8 HR
27.636.355

Make up a destination/ispunjava se na određeno
The item mentioned above has been duly
posiljka iznad navedena
delivered
poručeno
Signature
Potpis

Date
Datum
09-01-2020

The advice may be signed by the addressee or, if the regulations of the country
or destination so provide, by another authorized person
Ovu obavijest može potpisati primatelj ili, ako to propisi određene države dopuštaju,
druga ovlaštena osoba ili zaposlenik određene poštanske ureda.

Return to
Vratiti

Name
Ime i prezime ili naziv tvrtke

Street and No
Ulica i br.

Locality and country
Mjesto i država

10000 Zagreb

27.636.355

8 HR

27.636.355

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

09-01-2020

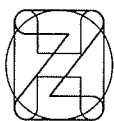
Hrvatska
pošta

Ozn. za narudžbu: 6/2020

MARA
SAMARDELIJA
(MARJUG)

To be filled in by the sender
Ispunjava pošiljatelj





Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Dopunsko
zdravstveno
osiguranje

PONUĐA ZA SKLAPANJE
UGOVORA O DOPUNSKOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

16562389

24-08-2020

Osiguranik: (osoba koja sklapa ugovor o osiguranju)

IME I PREZIME
MARA SAMARDŽIJA
ULICA I BROJ
UL. VUKOŠLAVA KLAČA 36
10000 ZAGREB
BROJ POŠTE, NASELJE
samarmate@gmail.com
E-MAIL ADRESA
091/5855483
BROJ MOBITELA
75319423738

OIB Ili JMBG
75319423738

BROJ OSIGURANE OSOBE U ZAVODU
1

MBO
1

BROJ PRETHODNO VAŽEĆE POLICE (U SLUČAJU NASTAVNOG OSIGURANJA)

Ugovaratelj: (osoba koja preuzima plaćanje premije)
I.

IME I PREZIME
ULICA I BROJ
BROJ POŠTE, NASELJE
E-MAIL ADRESA
BROJ MOBITELA

OIB Ili JMBG

II.
Republika Hrvatska prema članku 14. Zakona o dobrovoljnom
zdravstvenom osiguranju

UKOLIKO SU OSIGURANIK I UGOVARATELJ ISTA OSOBA, POPUNJAVAJU SE SAMO PODACI ZA OSIGURANIK A POPUNJAVANJE PODATAKA O E-MAIL ADRESI I BROJU MOBITELA NIJE OBVEZNO

IZNOS GODIŠNJE PREMIJE *

1. OSIGURANIK - UMIROVLJENIK 840,00 kn (70,00 kn mjesečno)

Administrativna zabrana kod HZMO ☐ DA ☐ NE

2. OSIGURANIK - OSTALI 840,00 kn (70,00 kn mjesečno)
(radnici, obrtnici, članovi obitelji poljoprivrednici i dr.)

3. osiguranik koji udovoljava uvjetima iz članka 14.a Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, premiju plaća državni proračun RH**

* Zaokružite samo jednu mogućnost - u protivnom ponuda će biti odbijena.

** Osobe pod 3) mogu se informirati kod ovlaštenog službenika o potrebnoj dokumentaciji.

Izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da su gore navedeni osobni podaci točni, te ovlašćujem Zavod da iste ima pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i koristiti, kao i prikupljati nove podatke radi sklapanja/provođenja/raskida ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Upisivanjem broja mobilnog telefona i/ili adrese elektroničke pošte dajem privolu, odnosno izričitu suglasnost Zavodu na primanje obavijesti i informacija od Zavoda, te obavijesti i informacija koje Zavod prima od drugih ugovornih subjekata Zavoda u svezi ostvarivanja zdravstvene zaštite osigurane obveznim, odnosno dopunskim zdravstvenim osiguranjem.

Mjesto i datum:

24-08-2020

Potpis osiguranika / ugovaratelja:

(ukoliko su osiguranik i ugovaratelj različite osobe, ponudu potpisuju oboje)

VAŽNE NAPOMENE:

Ova ponuda podnosi se za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju za osigurateljna razdoblja iz točke VIII. i XIV. Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju otisnutih na poleđini ponude!

Ispunjenu ponudu zainteresirane osobe mogu dostaviti mjesno nadležnim regionalnim uredima, područnim službama i ispostavama Zavoda na jedan od sljedećih načina:

- poštom na adresu regionalnog ureda, područne službe ili ispostave,
- neposredno - predajom ovlaštenom službeniku ili ubacivanjem u posebno označene sandučice na mjestima prijavljivanja

OPĆI UVJETI UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

(ovaj tekst obuhvaća Opće uvjete ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju "Narodne novine" broj 91/13., te njegove izmjene i dopune objavljene u "Narodnim novinama" broj 119/13., 18/14., 119/14., 135/14., 144/14., 17/15., 139/15., 63/16., 99/17. i 40/19.)

I. (UVODNA ODREDBA)

Ovi Opći uvjeti utvrđeni su osnovom članka 11. do 16. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) te odredaba Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Pravila). Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) i ponuditelj sklapaju ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji se sastoji od police i ovih Općih uvjeta.

II. (ZNAČENJE POJMOVA)

Pojedini pojmovi korišteni u ovim Općim uvjetima imaju sljedeće značenje:

Ponuda – izražena volja ugovorne strane za sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju;

Ponuditelj – osoba koja Zavodu uputi ponudu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju;

Osigurana osoba – osoba koja je, sukladno odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 80/13.), osigurana na obvezno zdravstveno osiguranje;

Osiguratelj – osoba osigurana na dopunsko zdravstveno osiguranje;

Ugovaratelj – osoba koja sa Zavodom, za sebe ili druge, sklapa ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, obveznik uplate premije;

Premija – iznos koji se, prema ugovoru plaća Zavodu, a naznačen je na polici;

Polica – isprava kojom se dokazuje da je taj ugovor sklopljen;

Iskaznica – isprava kojom se dokazuje svojstvo osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju;

Mjesec osiguranja – razdoblje od mjesec dana koje započinje danom dospijeća premije ili njezina obroka, a završava danom koji prethodi istome datumu narednog mjeseca.

III. (UVJETI ZA STECANJE STATUSA OSIGURANIKA I UGOVARATELJA)

Osiguranimikom mogu postati samo osigurane osobe koje su navršile 18 godina života i koje prema Zavodu nemaju nepodmirenih tražbina odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih police dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom osim u slučaju ostvarivanja prava na plaćanje premije iz sredstava državnog proračuna.

Ugovarateljem može postati svaka fizička ili pravna osoba koja prema Zavodu nema nepodmirenih tražbina odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih police dopunskog zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom.

IV. (SKLAPANJE UGOVORA)

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ugovor) sklapa se na osnovi ponude ponuditelja.

Zavod može prethodno zatražiti od ponuditelja pisanu ponudu na obrascu koji sadrži podatke iz članka 11. stavka 3., odnosno za e-ponudu podatke propisane člankom 12. Pravila.

Ponuda vrijedi 8 dana od dana kada je Zavod zaprimio.

Ponudu obvezno potpisuje osoba koja želi postati osiguranikom.

Svojim potpisom na ponudi odnosno naprednim elektroničkim potpisom na e-ponudi osiguranik/ugovaratelj potvrđuje prihvaćanje Općih i posebnih uvjeta dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Ako e-ponuda ne sadrži sve propisane podatke, ugovor će se smatrati sklopljenim pod uvjetom da je osiguranik/ugovaratelj uplatio dospjelu premiju do početka osiguranja.

Ako Zavod, u roku iz stavka 3. ove točke, ne odbije ponudu, a ponuda je u skladu s ovim Općim uvjetima, smatra se da je ponuda prihvaćena i ugovor sklopljen s danom kada je Zavod zaprimio ponudu.

Kada e-ponuda pristigne Zavodu izvan radnog vremena kao dan zaprimanja ponude smatra se da se prvi sljedeći radni dan.

Prava i obveze iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju počinju vrijediti u roku od 15 dana od dana sklapanja ugovora.

Iznimno od odredbe stavka 9. ove točke, za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje kod Zavoda ili kod drugog osiguratelja, a koji su Zavodu podnijeli ponudu za sklapanje novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju najkasnije u roku 30 dana od dana prestanka važenja prethodne police dopunskog zdravstvenog osiguranja, prava i obveze iz ugovora počinju vrijediti s danom sklapanja ugovora.

Kada ponuditelj, koji želi postati osiguranikom sklapa ugovor na osnovi usmene ponude uz predočenje osobne iskaznice i iskaznice zdravstveno osigurane osobe Zavoda, obvezno potpisuje ponudu koju je u skladu s njegovom usmenom ponudom sastavio radnik Zavoda.

V. (POLICA)

Zavod izdaje osiguraniku policu koja sadrži podatke propisane člankom 8. Pravila.

Naknadne promjene u imenu i prezimenu osiguranika, imenu i prezimenu odnosno nazivu ugovaratelja, adresi ugovaratelja i datumu rođenja osiguranika, te druge bitne promjene ugovaratelj je obavezan prijaviti Zavodu u roku od 8 dana od nastale promjene.

VI. (PREDMET OSIGURANJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA)

Policom Zavod osigurava pokriveno sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite utvrđene člankom 19. stavkom 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, odnosno najmanje u iznosu postotka proračunske osnovice za izvršenu zdravstvenu zaštitu kako slijedi:

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,

5. liječenje u drugim državama članicama* i trećim državama** sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, ovom Zakonu 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.

Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 1. ove točke koji se osiguranicima osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja iznosi 60,13% proračunske osnovice.

U slučaju kada je iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđen u skladu sa stavkom 1. ove točke veći od punog iznosa cijene zdravstvene zaštite, dopunskim zdravstvenim osiguranjem osiguraniku se osigurava plaćanje punog iznosa cijene te zdravstvene zaštite.

Policom iz stavka 1. ove točke Zavod osigurava i sudjelovanje u pokrivenosti troškova zdravstvene zaštite utvrđene člankom 19. stavkom 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju 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 Zavoda,

2. izdavanje lijeka po receptu.

VII. (PREMIJA – CIJENA POLICE)

Iznos premije, odnosno cijena police za pokrivenost troškova sudjelovanja iz točke VI. ovih Općih uvjeta utvrđuje se u skladu s važećom Odlukom o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Iznos premije se može promijeniti za vrijeme osigurateljnog razdoblja u slučaju promjene zakona ili zakonskih propisa, odnosno općih akata Zavoda koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja, visinu sudjelovanja ili druge elemente značajne za utvrđivanje iznosa premije.

VIII. (TRAJANJE OSIGURANJA)

Ugovor se sklapa na godinu dana s mogućnošću produljenja na novo osigurateljno razdoblje od godinu dana.

Osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polici naveden kao početak dopunskog zdravstvenog osiguranja, a prestaje u 24:00 sati onoga dana kada istekne rok važenja police.

Osiguranje prestaje i prije isteka roka utvrđenog policom i to u slučaju:

1. smrti osiguranika – danom smrti;

2. gubitka statusa osigurane osobe Zavoda – danom gubitka statusa;

3. raskida ugovora – prema točki XI. stavku 1. i 2. ovih Općih uvjeta;

4. otkaza ugovora – istekom otkaznog roka;

5. odustanka od ugovora – do dana početka važenja police pod uvjetom da nije uplaćena dospjela premija;

6. gubitka prava na policu na teret državnog proračuna Republike Hrvatske.

IX. (OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA)

Osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja putem važeće iskaznice, koju mu izdaje Zavod, odnosno iznimno osnovom police.

X. (PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NE PLAĆANJA)

Ugovorom se ugovara plaćanje premije mjesečno.

Premija se uplaćuje unaprijed prema rokovima dospijeća iz police, ako posebnim ugovorom nije drukčije određeno, a sukladno uputi Zavoda.

Zavod će o dospjelim, a neplaćenim premijama izvijestiti ugovaratelja pisanom opomenom.

Na zakašnjele uplate premija obračunavaju se zakonske zatezne kamate.

Ako ugovaratelj kasni s plaćanjem jedne ili više premija, uplatom se podmiruju ranije dospjele premije i to najprije zatezne kamate pa neplaćene premije.

Osiguravatelj je obavezan prihvatiti premiju od svake osobe koja za to ima pravni interes.

XI. (RASKID UGOVORA)

Ako ugovaratelj ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Zavod ima pravo raskinuti ugovor.

Zavod je obavezan pisanim putem obavijestiti ugovaratelja o raskidu ugovora.

U slučaju raskida ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj je obavezan Zavodu platiti dospjele, a neplaćene premije do dana raskida ugovora, kao i iznos utvrđenih troškova zdravstvene zaštite iz točke XVI. ovih Općih uvjeta.

Na zahtjev ugovaratelja koji je podmirio pripadajuću premiju do dana raskida ugovora, Zavod može izdati novu policu koja počinje vrijediti od dana raskida prethodno važeće police.

Ugovor je ništetan, ako je u trenutku njegovog sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bilo izvjesno da će nastupiti, osim ako Odlukom o polici nije drugačije utvrđeno. U tom slučaju uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za troškove osiguravatelja.

XII. (OTKAZ UGOVORA)

Ugovaratelj može pisanim putem otkazati ugovor uz otkazni rok od tri mjeseca uz obvezu plaćanja pripadajuće premije, a za koje vrijeme ostvaruje sva prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja.

U slučaju otkaza ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj je obavezan Zavodu platiti iznos utvrđenih troškova zdravstvene zaštite iz točke XVI. ovih Općih uvjeta.

XIII. (ODUSTANAK OD UGOVORA)

Ugovaratelj može pisanim putem odustati od ugovora do početka osiguranja, pod uvjetom da nije uplatio dospjelu premiju.

XIV. (PRODULJENJE OSIGURATELJNOG RAZDOBLJA)

Nakon isteka trajanja osigurateljnog razdoblja od jedne godine ugovor će se smatrati važećim i za naredno osigurateljno razdoblje od jedne godine pod uvjetima određenim ovim Općim uvjetima, ako se osiguranik/ugovaratelj prije isteka ugovorenog razdoblja pisano ne izjasni da ne želi produljenje sklopljenog ugovora.

Iznimno od odredaba stavka 1. ove točke, za osiguranike koji ostvaruju policu na teret sredstava državnog proračuna Republike Hrvatske ugovor/polica neće biti važeća i za naredno osigurateljno razdoblje od jedne godine, već će se ponovo utvrđivati postojanje uvjeta za stjecanje rečenog prava. Ove uvjete utvrđuje Zavod po službenoj dužnosti, a ukoliko su isti Zavodu nedostupni, dokaz o ispunjenju uvjeta za policu na teret državnog proračuna dužan je predočiti osiguranik, najkasnije do isteka tekućeg osigurateljnog razdoblja.

XV. (NASTAVNO OSIGURANJE)

Kada osiguranik želi nastaviti dopunsko zdravstveno osiguranje pod drugim uvjetima koji zahtijevaju sklapanje novog ugovora, ili kada se mijenja ugovaratelj, osiguranik/ugovaratelj obavezan je Zavodu podnijeti novu ponudu.

Nastavno osiguranje iz stavka 1. ove točke sklapa se temeljem:

- pisane ponude, koja mora biti podnijeta najkasnije 40 dana prije željenog dana novog osiguranja;

- usmene ponude/e-ponude, koja mora biti podnijeta najkasnije 30 dana prije željenog dana novog osiguranja.

XVI. (NAKNADA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE)

Ugovaratelj s kojim je raskinut ugovor ili koji je otkazao ugovor obavezan je Zavodu platiti razliku između troškova zdravstvene zaštite i iznosa pripadajuće premije, ukoliko su troškovi zdravstvene zaštite viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja do dana raskida, odnosno otkaza ugovora, osim u slučaju kada je osigurateljno razdoblje trajalo godinu dana.

XVII. (KORIŠTENJE OSOBNIM PODACIMA)

Ugovaratelj i osiguranik ovlašćuju Zavod prikupljati, provjeravati, obrađivati, čuvati, preneti i koristiti osobne podatke potrebne za sklapanje ugovora.

Zavod se obavezuje podatke iz stavka 1. ove točke čuvati kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.

XVIII. (PROMJENA OPĆIH UVJETA)

Zavod ima pravo za vrijeme trajanja osiguranja promijeniti ove Opće uvjete.

Ako se novi opći uvjeti imaju primijeniti na već sklopljene ugovore, Zavod mora, pisanim putem, ili na drugi odgovarajući način, obavijestiti o tome ugovaratelja, najmanje 30 dana prije početka primjene novih općih uvjeta.

Ugovaratelj može, do dana početka primjene novih općih uvjeta, izvijestiti Zavod da otkazuje ugovor, u kojem slučaju ugovor prestaje danom početka primjene novih općih uvjeta.

U suprotnom, na sklopljeni ugovor primjenjuju se novi opći uvjeti.

XIX. (PRIJELAZNA I ZAVRŠNA ODREDBA)

Ugovorne strane rješavat će sva sporna pitanja sporazumno, a ako to nije moguće, nadležan je stvarno nadležni sud prema sjedištu ugovaratelja.

Za odnose između ugovornih strana, koji nisu uređeni ovim Općim uvjetima, primjenjivat će se odredbe Zakona o obveznim odnosima.

* države članice Europske unije

** države koje nisu članice Europske unije