

## I. OPĆE ODREDBE

### ČLANAK 1.

(1) Ovi Opći Uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Uvjeti) sastavni su dio ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, koji je ugovaratelj osiguranja sklopio s društvom Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).

(2) Ovim Uvjetima reguliraju se odnosi između ugovaratelja, osiguranika i Osiguratelja iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju kako je definirano zakonima i zakonskim propisima iz područja zdravstva.

(3) Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokrivenost sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno članku 3. ovih Uvjeta.

(4) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:

**OSIGURATELJ** je Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.;

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

**OSIGURANIK** je osoba koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje Osigurateljeve ugovorne obveze;

**PREMIJA OSIGURANJA** je iznos koji je ugovaratelj osiguranja dužan platiti Osiguratelju prema sklopljenom ugovoru;

**POLICA OSIGURANJA** je isprava o sklopljenom ugovoru, koju izdaje Osiguratelj;

**ISKAZNICA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA** (u daljnjem tekstu: iskaznica DZO) je isprava kojom osiguranik dokazuje svoj status osiguranika i kojom ostvaruje prava iz sklopljenog ugovora. Trošak izdavanja iskaznice snosi Osiguratelj.

**OSIGURANI SLUČAJ** je događaj povodom kojeg osiguranik ostvaruje prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja. Obveza Osiguratelja postoji ukoliko se osiguranik slučaj dogodio ili započeo za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, a pod uvjetom da je istekao rok iz članka 8., stavka 3. ovih Uvjeta;

**OSIGURATELJNO RAZDOBLJE** je razdoblje od najmanje godinu dana.

## II. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE I SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

### 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), a koja nije oslobođena od plaćanja troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Osiguranik po ovim Uvjetima može biti fizička osoba pristupne dobi od najmanje osamnaest (18) godina koja ima status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO)

(3) Ugovor o osiguranju sklapa se potpisom Ponude odnosno Police osiguranja. Ugovor o osiguranju smatra se sklopljenim i samom uplatom premije ili premijskog obroka ukoliko se tako ugovori.

(4) Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka, gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, gubi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(5) Temeljem ugovora o osiguranju i plaćene premije, Osiguratelj izdaje iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kojom se davatelju usluge dokazuje status osiguranika.

## III. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

### ČLANAK 3.

(1) Ugovorom o osiguranju, sklopljenim sukladno ovim Uvjetima, osigurava se pokrivenost 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 ambulatnoj 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, ZOZO-u i općem aktu HZZO-a, 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) Ako se dodatno ugovori, osiguranje pokriva doplatu za lijek s dopunske liste lijekova HZZO-a, a koja predstavlja razliku između pune cijene lijeka utvrđenog dopunskom listom lijekova HZZO-a i iznosa kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje.

(2) Najviši iznos doplate po jednom osiguranom slučaju (jednom računu) može iznositi do 60,13% od proračunske osnovice.

### ČLANAK 4.

(1) Pravo na naknadu troškova sudjelovanja i doplate, sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju, osiguranik može ostvariti kod svih provoditelja zdravstvene zaštite u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj bez obzira da li imaju sklopljen ugovor s Osigurateljem.

(2) Osiguranik koristi svoje pravo na ugovorene troškove predočenjem iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno bez plaćanja, a pravo na naknadu troškova ostvaruje zdravstvena ustanova u kojoj je osiguranik ostvario to pravo.

(3) Iznimno osiguranik može koristiti svoje pravo temeljem priloženog izvornika računa koji glasi na ime osiguranika, u kojem slučaju se Osiguratelj obvezuje isplatiti osiguraniku ugovorenu naknadu troškova iz članka 3., stavka 1. u roku od 14 dana od dana zahtjeva i izvornika računa s potrebnom dokumentacijom. Ako je za utvrđivanje postojanja osnova ili visine obveze, odnosno kontrolu računa i medicinske dokumentacije potrebno stanovito vrijeme, rok 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 od 30 dana od dana zaprimanja prijave, obvezuje se isplatiti iznos nespornog dijela obveze na ime predujma.

(4) 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 plaćenih sudjelovanja i doplata te pregled medicinske dokumentacije putem svojeg liječnika. U svakom slučaju Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze koji su po razumnoj ocjeni relevantni za ocjenu opravdanosti predmetnog zahtjeva.

(5) 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.

## IV. PREMIJA OSIGURANJA

### ČLANAK 5.

(1) Premija osiguranja utvrđuje se za svaku osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrića, 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 police, osim ako se drugačije ne ugovori.

(4) Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni zaposlenja, adresi stanovanja i mjestu plaćanja premije.

(5) Osiguratelj može obračunati zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

(6) U slučaju da osiguranik ima dugovanje po premiji osiguranja duže od šezdeset (60) dana, ostvaruje pravo na pokrivenost troškova zdravstvene

zaštite sukladno članku 4. stavak (3) ovih Uvjeta uz prethodnu naplatu dužne premije osiguranja pod uvjetom da je ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju još uvijek na snazi.

(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.

## V. NAMJERNA NETOČNA PRIJAVA ILI PREŠUĆIVANJE

### ČLANAK 6.

(1) Ugovaratelj osiguranja dužan je prijaviti Osiguratelju prilikom sklapanja ugovora sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ako je ugovaratelj osiguranja namjerno učinio 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. ovoga članka Osiguratelj ima pravo zadržati i naplatiti premiju za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništaj ugovora, ali je u obvezi plaćanja osigurnine ako do toga dana nastupi osigurani slučaj.

(4) Osigurateljevo pravo da zahtijeva poništaj ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaratelju osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

## VI. NENAMJERNA NETOČNOST ILI NEPOTPUNOST PRIJAVE

### ČLANAK 7.

(1) Ako je ugovaratelj osiguranja učinio 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 povećanom riziku.

(2) Ugovor u tom slučaju prestaje nakon isteka četrnaest dana otkad je Osiguratelj svojoj izjavi o raskidu priopćio ugovaratelju osiguranja, a u slučaju Osigurateljeva prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovaratelj osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest dana otkad ga je primio.

(3) U slučaju raskida Osiguratelj je dužan vratiti uplaćeni dio premije koji otpada na vrijeme do kraja razdoblja osiguranja.

## VII. POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

### ČLANAK 8.

(1) Osiguranje počinje istekom dvadesetčetvrtog (24.) sata onoga dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, pod uvjetom da je Osiguratelju prije toga plaćena premija, odnosno premijski 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 u 00,00 sati 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. ovoga članka, ne pokriva troškove zdravstvene zaštite iz članka 3. 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 Osiguratelja i koje je isteklo najkasnije trideset (30) dana prije početka osiguranja po ovim Uvjetima.

(5) Osiguranje prestaje kod svakog osiguranika na dan:

- kad nastupi smrt osiguranika;
- kad prestane postojati zakonska osnova za osiguranje;
- kada je raskinut ugovor o osiguranju u smislu članka 10. ovih Uvjeta.

## VIII. IZMJENE UVJETA OSIGURANJA ILI CJENIKA OSIGURATELJA

### ČLANAK 9.

(1) Ako Osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja ili cjenik na temelju kojega se mijenja premija osiguranja, obvezuje se o tome pisano izvijestiti ugovaratelja osiguranja.

(2) Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od trideset (30) dana od dana primitka obavijesti.

(3) Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovoga članka, ugovor o osiguranju se mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uvjetima osiguranja ili s promijenjenom premijom osiguranja od datuma naznačenog u obavijesti.

## IX. RASKID UGOVORA

### ČLANAK 10.

(1) Svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem ili s trajanjem duljim od godine dana ako ugovor nije prestao po kojem drugom temelju. Raskid se daje pisanim putem najkasnije trideset (30) dana 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 DZO-a.

## X. RJEŠAVANJE PRITUŽBI I SPOROVA

### ČLANAK 11.

(1) Sve osobe koje imaju pravni interes iz ugovora o osiguranju sklopljenog prema ovim Uvjetima osiguranja sve svoje eventualne sporove s Osigurateljem, koji proizlaze ili su u svezi s predmetnim ugovorom o osiguranju, prvenstveno će nastojati riješiti mirnim putem.

(2) Ugovaratelj osiguranja i osiguranik mogu u svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja u roku od 15 dana od saznanja za razlog pritužbe obavijestiti Osiguratelja.

(3) Obavijesti iz stavka (2) ovoga članka Osiguratelju se dostavljaju u pismenom obliku putem pošte, telefaksa ili elektroničke pošte ili se izjavljuju usmeno na zapisnik kod Osiguratelja.

(4) Ako je podnositelj fizička osoba, obavijest treba sadržavati ime i prezime te adresu podnositelja, a ako je podnositelj pravna osoba, obavijest treba sadržavati naziv i sjedište te ime i prezime odgovorne, odnosno ovlaštene osobe podnositelja, datum podnošenja i potpis podnositelja odnosno zastupnika, a u slučaju kada je obavijest podnijeta po punomoćniku i punomoć za zastupanje. U obavijesti trebaju biti navedeni razlozi pritužbe, odnosno nezadovoljstva, kao i zahtjevi podnositelja. Uz obavijest po mogućnosti trebaju biti priloženi i dokazi kojima se potvrđuju navodi iz obavijesti i/ili eventualni dokazi koji nisu bili razmatrani u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi te prijedlozi za izvođenje dokaza ako podnositelj smatra da se trebaju izvesti.

(5) Osiguratelj će razmotriti pritužbu podnositelja i ispitati sve raspoložive dokaze te dostaviti odgovor podnositelju pritužbe u pismenom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana zaprimanja pritužbe.

(6) Ako Osiguratelj nije uvažio pritužbu ili nije u određenom roku odgovorio na pritužbu podnositelja, podnositelj pritužbe ima pravo obratiti se pritužbom Pravobranitelju osiguranja zbog kršenja kodeksa o poslovnoj Osigurateljnoj i reosigurateljnoj etici ili pokrenuti postupak za mirno rješavanje spora pred Centrom za mirenje pri Hrvatskoj gospodarskoj komori i/ili Centrom za mirenje pri Hrvatskom uredu za osiguranje odnosno u slučaju da ne uspiju postići mirno rješenje spora podnijeti tužbu nadležnom sudu.

(7) U slučaju spora iz ugovora o osiguranju u svim slučajevima nadležan je sud u Zagrebu.

## XI. MJERODAVNO PRAVO

### ČLANAK 12.

Na ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i sve sporove koji proizlaze iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju primjenjuje se kao mjerodavno pravo Republike Hrvatske.

## XII. ZAVRŠNE ODREDBE

### ČLANAK 13.

Za odnose između Osiguratelja, osiguranika i ugovaratelja osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a nisu regulirani ovim Uvjetima ni ugovorom o osiguranju, primijenit će se odredbe Zakona o obveznim odnosima ili odredbe mjerodavnog prava koje se primjenjuje na ugovor o osiguranju sukladno članku 12. ovih Uvjeta osiguranja.

Ovi Uvjeti primjenjuju se od 02. studenog 2016. godine.

# POSEBNI UVJETI ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA POKRIĆE DOPLATE ZA LIJEKOVE S DOPUNSKE LISTE LIJEKOVA

## I. OPĆE ODREDBE

### ČLANAK 1.

(1) Ovi Posebni uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova (u daljnjem tekstu: Uvjeti) sastavni su dio ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, koji je ugovaratelj osiguranja sklopio s društvom Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. (u daljnjem tekstu Osiguratelj).

## II. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE I SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

### ČLANAK 2.

(1) Osiguranik po ovim Uvjetima može biti fizička osoba pristupne dobi od najmanje osamnaest (18) godina koja ima utvrđen status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) i koja ima status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju kod Osiguratelja.

(2) Osiguranik iz stavka (1) ovoga članka, gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, ili gubitkom statusa osigurane osobe u dopunskom zdravstvenom osiguranju kod Osiguratelja, gubi status osiguranika prema ovim Uvjetima.

(3) Temeljem ugovora o osiguranju i plaćene premije, Osiguratelj izdaje iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja, kojom se davatelju usluge dokazuje status osiguranika, a na kojoj je naznačeno osiguranje za pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova.

### ČLANAK 3.

(1) Ugovor o osiguranju za pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova sklapa se prilikom sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju kod Osiguratelja i prati pravnu sudbinu ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

## III. OPSEG OSIGURATELJNOG POKRIĆA

### ČLANAK 4.

(1) Osiguranik ima pravo na pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu Dopunska lista lijekova) koja predstavlja razliku između pune cijene lijeka utvrđenog Dopunskom listom lijekova i cijene koju pokriva obvezno zdravstveno osiguranje.

(2) Pokriće doplate za lijekove s dopunske liste lijekova predstavlja dodatno pokriće sukladno članku 3. stavku (1.) točki (c) Općih uvjeta za dopunsko zdravstveno osiguranje.

### ČLANAK 5.

(1) Osiguratelj zadržava pravo utvrđivanja maksimalnog iznosa doplate s PDV-om koja je u pokriću. Ukoliko osiguratelj utvrđuje maksimalni iznos doplate koja je u pokriću, isto se naznačava na Polici.

### ČLANAK 6.

(1) Pravo na pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova sukladno sklopljenom ugovoru o osiguranju, osiguranik može ostvariti u svim ljekarnama u Republici Hrvatskoj bez obzira da li imaju sklopljen ugovor s Osigurateljem.

(2) Osiguranik koristi svoje pravo na pokriće doplate predočenjem iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno bez plaćanja, a pravo na naknadu troškova ostvaruje ljekarna u kojoj je osiguranik ostvario to pravo sukladno članku 15. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Iznimno osiguranik može koristiti svoje pravo temeljem priloženog izvornika računa koji glasi na ime osiguranika, u kojem slučaju se Osiguratelj

obvezuje isplatiti osiguraniku ugovorenu naknadu troškova iz članka 4. stavka (1.) u roku od 14 dana od dana zahtjeva i izvornika računa s potrebnom dokumentacijom.

(4) Ukoliko je ugovorom o osiguranju utvrđen maksimalni iznos doplate koja je u pokriću, te prostali neutrošeni iznos doplate nije dostatan za pokriće cijelog iznosa doplate za lijek, pravo na ugovorenu naknadu osiguranik ostvaruje sukladno stavku (3.) ovog članka u iznosu prostalom do maksimalno utvrđenog iznosa doplate.

### ČLANAK 7.

(1) Ukoliko je osiguranik u ugovornoj ljekarni predočio iskaznicu za plaćanje usluge na koju prema ovim Uvjetima nema pravo, Osiguratelj zadržava pravo na povrat iznosa isplaćenog ljekarni, uz naknadu troškova postupka.

## IV. PREMIJA OSIGURANJA

### ČLANAK 8.

(1) Premija osiguranja utvrđuje se za svaku Osigurateljnu godinu, a ovisi o opsegu osigurateljnog pokrića, pristupnoj dobi osiguranika, utvrđenom maksimalnom iznosu doplate 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 Dopunske liste lijekova, visinu doplata ili druge elemente koji su značajni za utvrđivanje visine premije.

(3) Premija za pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova obračunava se i plaća uz premiju osnovnog programa dopunskog zdravstvenog osiguranja kao njegov sastavni dio.

(4) U slučaju da osiguranik ima dugovanje po premiji osiguranja duže od šezdeset (60) dana, ostvaruje pravo na pokriće doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova sukladno članku 6. stavku (3.) ovih Uvjeta uz prethodnu naplatu dužne premije osiguranja, pod uvjetom da je ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju još uvijek na snazi.

## V. IZMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI CJENKA OSIGURATELJA

### ČLANAK 9.

(1) Ako Osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja ili cjenka na temelju kojega se mijenja premija osiguranja, obvezuje se o tome pisano izvijestiti ugovaratelja osiguranja.

(2) Ugovaratelj osiguranja, odnosno osiguranik, ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od trideset (30) dana od dana primitka obavijesti.

(3) Ako ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stavka (2) ovog članka, ugovor o osiguranju se mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uvjetima osiguranja ili s promijenjenom premijom osiguranja od datuma naznačenog u obavijesti.

## VI. ZAVRŠNE ODREDBE

### ČLANAK 10.

U slučaju otkaza ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju prestaje važiti i osiguranje za pokriće doplata za lijekove s Dopunske liste lijekova ugovoreno prema ovim Uvjetima.

### ČLANAK 11.

Za odnose između Osiguratelja, osiguranika i ugovaratelja osiguranja te ostalih osoba kojih se tiče, a nisu regulirani ovim Posebnim Uvjetima primjenjuju se Opći uvjeti za dopunsko zdravstveno osiguranje, ako nisu u suprotnosti s ovim Uvjetima.

Ovi Uvjeti primjenjuju se od 02. 11. 2016. godine.