

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1537

Na osnovi članka 128. stavka 4. i članka 131. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 80/13. i 137/13.) te članka 26. točke 1.a Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 08/11., 18/13. i 1/14.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje na 87. sjednici održanoj 3. srpnja 2015. godine donijelo je

PRAVILNIK

O IZMJENAMA I DOPUNAMA PRAVILNIKA O PRAVIMA, UVJETIMA I NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U SLUČAJU OZLJEDE NA RADU I PROFESIONALNE BOLESTI

Članak 1.

U Pravilniku o pravima uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti (»Narodne novine«, broj 75/14 i 154/14), tiskanica iz članka 5. stavka 3. mijenja se, tiskana je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

Članak 2.

U članku 6. iza stavka 1. dodaje se novi stavak 2. koji glasi:

»Pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad iz stavka 1. točke 2. podtočke 2.2.1. pripada osiguranicima iz članka 7. stavka 1. točaka 1. do 4. te točaka 6., 8., 9., 20. i 25. Zakona.«.

Dosadašnji stavci 2. i 3. postaju stavci 3. i 4.

Članak 3.

U članku 11. stavku 1. riječi: »članka 7. stavka 4.« zamjenjuju se riječima: »članka 7. stavka 1. točaka 1. do 4. te točaka 6., 8., 9., 20. i 25.« .

Članak 4.

Tiskanice iz članka 41. stavka 1. mijenjaju se, tiskane su tiskane uz ovaj Pravilnik i čine njegov sastavni dio.

Članak 5.

Članak 44. mijenja se i glasi:

»(1) Prijava o ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti popunjava se u pet primjeraka i to za: obveznika podnošenja prijave, osiguranu osobu, nadležnog doktora specijalistu medicine rada, izabranog doktora opće/obiteljske medicine te Zavod.

(2) Podatke o zaprimljenim prijavama o ozljedama na radu i profesionalnim bolestima Zavod dostavlja tijelu nadležnom za inspekciju rada, Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo te Hrvatskom zavodu za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu elektroničkim putem uz odgovarajuću autentifikaciju i autorizaciju korisnika.«.

Članak 6.

Članak 52. mijenja se i glasi:

»(1) O priznatoj ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti, pored podnositelja prijave i osigurane osobe, Zavod je obvezan u roku od 8 dana obavijestiti izabranog doktora opće/obiteljske medicine te nadležnog doktora specijalistu medicine rada.

(2) Zavod godišnje na svojim internetskim stranicama, u dijelu koji se odnosi na »Zaštitu zdravlja na radu«, objavljuje podatke o broju priznatih ozljeda na radu, odnosno profesionalnih bolesti i to sa stanjem na dan 31. ožujka tekuće godine za prijave o ozljedama na radu, odnosno profesionalnim bolestima koje su zaprimljene u prethodnoj godini.«.

Članak 7.

U članku 60. Pravilnika riječi »1. srpnja 2015.godine« zamjenjuju se riječima »1. siječnja 2016.«.

Članak 8.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu dan nakon objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04/15-01/166

Urbroj: 338-01-01-15-01

Zagreb, 3. srpnja 2015.

Predsjednik
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda
za zdravstveno osiguranje
prof. dr. sc. Marko Duvnjak, dr. med., v. r.

PRIJAVA na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



TISKANICA-5

Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Regionalni
ured _____
Područna
služba _____
naziv _____
šifra _____

1. PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Broj obveze		Naziv obveznika uplate	
Adresa sjedišta		OIB	

2. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

MB osigurane osobe u Zavodu OIB		Datum rođenja		*Sex	☐ M ☐ Z
Prezime:					
Adresa: P – prebivalište / SB – stalni boravak	Adresa: B – boravište / PB – privremeni boravak od _____ do _____				
Poštanski broj, naziv pošte		Ulica i broj		Naselje	
*Naznaka slučaja osiguranja prema članku 16. stavku 1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, točki:					
☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	8	9	10	11	12
☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	14	15	16		
☐	☐	☐	☐		
Datum početka osiguranja		Datum prestanka osiguranja			

M.P.

U _____, _____ god. Ime i prezime podnositelja – ovlaštene osobe
(admmggggg) Potpis / elektronički potpis podnositelja – ovlaštene osobe

3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Oznaka oznake osiguranja		Oznaka izlaza obveze	
Datum stečanja statusa osigurane osobe		Datum prestanka statusa osigurane osobe	
Datum zaprimanja		Datum evidentiranja	
KLASA:		Interni broj	
UREDOJ:		M.P.	
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda		

HZZO - Otvorila: Zagreb
Istaknuta-5. 13/11/2014

*- odgovarajuće označiti znakom X





Lokacija _____

Datum primika

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika

PRIJAVA O OZLJEDI NA RADU

A) PODACI O POSLODAVCU

Ispunjava POSLODAVAC

01. Naziv:															
02. Adresa (sjedište):															
03. E-mail:															
04. OIB:															
05. Broj obveze obveznika uplate:															
06. Glavna gospodarska djelatnost (naziv i šifra prema razredu) - sukladno važećoj NKD klasifikaciji:															
07. Broj zaposlenih (šifra sukladno ESAW klasifikaciji):															
08. Ime, prezime izabranog doktora specijaliste medicine rada:															

B) PODACI O OZLJEĐENOJ OSOBI

09. Ime, ime roditelja, prezime:															
10. Datum rođenja (DDMMGGGG):															
11. Adresa stanovanja:	Ulica														
	Kućni broj														
	Mjesto														
	Poštanski broj														
	Telefon:														
	E-mail:														
12. OIB:															
13. Matični broj osigurane osobe:															
14. Spol : 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka															
15. Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)															
16. Osnova osiguranja:															
000 - nepoznato; 100 - samozaposleni; 300 - zaposlenik; 400 - obiteljski radnik; 500 - radnik/vještbenik; 900 - ostalo															
17. Vrsta ugovora o radu: 0 - nema podataka; 1 - neodređeno; 2 - određeno															
18. Radno vrijeme na koje je ozlijeđena osoba zaposlena: 0 - nema podataka; 1 - puno radno vrijeme; 2 - nepuno radno vrijeme															
19. Radno vrijeme ozlijeđene osobe na dan ozljede (od - do):															
20. Zanimanje ozlijeđene osobe (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:															
21. Koliko je sati ozlijeđena osoba radila toga radnog dana prije ozljede:															
22. Koliko je dugo osoba obavljala posao na kojem je ozlijeđena (godina, mjeseci, dana):															

C) PODACI O OZLJEDI NA RADU

23. Datum ozljede (DDMMGGGG):															
24. Vrijeme ozljede (upisati sat u kojem se ozljeda dogodila od 00 do 23, bez minuta; 99 - nepoznato):															
25. Lokacija (adresa) gdje se ozljeda dogodila:															

