



VIENNA INSURANCE GROUP

АКЦИОНЕРСКО ДРУШТВО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ  
ВИНЕР - ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП СКОПЈЕ

**ПОСЕБНИ УСЛОВИ**  
**ЗА ДОПОЛНИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО**  
**ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ВИП КОРИСНИЦИ**

Декември 2015 година

## **ОПШТИ ОДРЕДБИ**

### **Член 1**

Со овие Посебни услови, се регулираат правата и обврските на АД за осигурување Винер – Виена Иншуренс Груп Скопје (во натамошниот текст: Осигурувач) и Договорувачот, односно Осигуреникот, а кои произлегуваат од договорите за осигурување склучени согласно овие услови.

### **Член 2**

Правата на Осигуреникот се остваруваат во рамките на мрежата на приоритетни здравствени установи (во натамошниот текст: Мрежа), но најмногу до договорениот износ на осигурената сума наведена во полисата за осигурување или до лимитот пропишан со овие услови за различни пакети на здравствени услуги.

Мрежата се состои од здравствени установи или приватна пракса со која Осигурувачот има склучено договор за обезбедување на здравствени услуги дефинирани со овие Услови, а кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство, како и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.

Приоритетна здравствена установа подразбира, здравствена установа која е основана во согласност со Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување, со која Осигурувачот има склучено договор за директно плаќање на трошоците на лекувањето на Осигуреникот, а според избраната програма наведена во полисата, односно договорот за осигурување, согласно овие услови.

Осигурителното покритие важи на територијата на Република Македонија, 24 часа на ден, за време на договорниот период на осигурување.

### **Член 3**

Неопходното лекување (услуги, материјали, лекови) е медицински индицирано доколку е потребно за воспоставување дијагноза или третман на болест или повреда на пациентот, и кое:

- Не го надминува обемот, траењето или интензитетот на нивото на заштита кое е потребно за да се обезбеди безбедна, адекватна и соодветна дијагноза или лекување;
- Пропишано од страна на соодветните специјализирани лекари;
- Во согласност со општоприфатените професионални стандарди на медицинска пракса и јурisdикција каде што е овозможено лекувањето;
- Не е првенствено наменето за личен комфор или удобност на пациентот, неговото семејството, докторот и други даватели на услуги или заштита;
- Не е дел од образовна или стручна обука на пациентот, ниту пак е поврзан со истото;
- Не е експериментално ниту пак во фаза на истражување.

### **Обем и покритие**

#### **Член 4**

Трошоци за болничко лечење максимално до 4.500 евра годишно по осигурено лице, кои обезбедуваат покритие за трошоци за лечење на ненадејна болест, односно на ненадејно и неочекувано заболување, повреди, инфективна болест или органско пореметување, кое што настанало по почетокот на осигурувањето, а има таква природа што бара лечење или престој во болница (хоспитализација).

Болница не подразбира бања (освен во услови кога бањското лекување е утврдено од соодветен лекар специјалист), хидроклиника, санаториум, дом за нега на болни или старечки домови. Времетраењето на болничкото лечење не е ограничено.

Трошоци за вон-болничко лечење максимално до 3.000 евра по осигурено лице.

- Неопходно амбулантно лечење,
- Купување на лекови препишани од страна на лекари со соодветна специјалност со медицинско објаснување во писмена форма со потпис и печат на лекарот, максимално до 250 евра за договорниот период на покритието по осигурено лице,
- Купување на санитарски материјал неопходен за санирање на повреди,
- Набавка на неопходни ортопедски помагала пропишани од страна на овластен лекар со соодветна специјалност и кои што се неопходен дел на медицинската услуга за повреди на екстремитетите,
- Вршење на дијагностички процедури кои што се неопходни и пропишани од страна на лекари со соодветна специјалност, а во врска со настанатиот осигурен случај,
- Лечење во здравствена установа од секундарно или терцијарно ниво на здравствена заштита која се наоѓа во местото на живеалиште на Осигуреникот или, ако таква здравствена установа не постои во местото на живеалиште на Осигуреникот, во најблиската здравствена установа,
- Лечење во специјализирана клиника, доколку тоа е неопходно и медицински посочено,
- Обезбедување на итна медицинска заштита која што е потребна поради последиците на настанатиот осигурен случај (вклучувајќи хируршки интервенции и пропратните трошоци),
- Стоматолошки услуги (до 500 евра) за договорниот период на покритие (каде се исклучени стоматолошки услуги од естетска природа – доколку не настанале поради незгода),
- Превоз до здравствена установа во случај на медицински нужен транспорт во здравствена установа,
- Превоз од здравствена установа до местото на живеалиште на Осигуреникот во случај на медицински нужен транспорт,
- Патронажна нега – домашна нега која што ја обезбедуваат медицински сестри, вреднаш по болнички третман и по препорака на овластен лекар и под услов да е во тек лечење кое го врши овластен лекар исклучително и поради неопходност во домот на осигуреното лице. Се плаќа доколку сите трошоци исклучиво се однесуваат на нега која што можат да ја пружат само квалификувани медицински сестри максимално до 700 евра за договорниот период на покритие по осигурено лице,
- Физикална вон-болничка терапија до износ од максимално 500 евра за договорниот период на покритие по осигурено лице,
- Психијатриско лечење во здравствена установа од терцијарно ниво на здравствена заштита до износ од максимално 700 евра за договорниот период на покритие по осигурено лице,
- Хомеопатија и акупунктура до износ од максимално 150 евра за договорниот период на покритие по осигурено лице,
- Комплетна потребна нега на трудници во рами на вон-болничко лечење од максимално 500 евра за договорниот период на покритие по осигурено лице,
- Еднаш годишно гинеколошки преглед,
- Мамографија/ ехо на гради над 40 години
- Преглед на простата

Договорената осигурена сума наведена во договорот за осигурување ја претставува горната граница на обврските на осигурителот по осигурено лице за договорниот период на осигурување. Поединечните лимити во рамките на договорените покритија се содржани во договорената осигурена сума и не го зголемуваат нивото на максимална обврска на осигурителот утврден со договорената осигурена сума.

## **Договорувач на осигурување Член 5**

Договорувач на осигурување во смисла на овие услови може да биде исклучиво правно лице. Обврската на Договорувачот е да ги запознае своите вработени со одредбите на овие услови како и со листата – список на здравствените установи во мрежата.

## **Осигуреник Член 6**

Осигуреникот е физичко лице за кого е склучен договор за дополнително здравствено осигурување со Осигурувачот и којшто ги користи правата утврдени со доброволното здравствено осигурување.

Според овие услови можат да се осигураат лица кои во времето на склучување на договорот за осигурување имаат својство на осигурено лице во системот на Задолжително здравствено осигурување во Република Македонија.

Осигуреното лице мора да биде во договорен однос со Договорувачот на осигурувањето по основ на склучен договор за вработување (вработување на определено или неопределено време), како и лицата кои се постојано ангажирани кај Договорувачот за време на траење на осигурувањето, врз основа на договор помеѓу договорувачот и друштвото во кое се вработени, по принципот на аутсорсинг.

Договорувачот може на барање на Осигуреникот да ги вклучи во осигурително покритие и членовите на неговото семејство кои имаат живеалиште или престојувалиште на адресата на осигуреникот, назначена во полисата за осигурување.

Семејството е секоја семејна или друга заедница на лица чии членови живеат заедно и имаат заеднички приходи.

Членови на семејството кои привремено престојуваат во друго место, но на територија на Република Македонија (лица на привремена работа, школување, воен персонал, итн.) може да се осигураат како членови на семејството.

Видот и периодот на осигурување за членовите на семејството не може да се разликува од видот и периодот на осигурителното покритие на Осигуреникот.

За склучување на договор за осигурување по овие услови, Осигуреникот, односно членовите на неговото потесно семејство, се должни да пополнат и приложат на Осигурувачот Прашалник за лични податоци и здравствена состојба.

## **НАЧИН НА СКЛУЧУВАЊЕ И ПРЕСТАНОК НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ Член 7**

Договорот за осигурување се склучува врз основа на Барање на Договорувачот, односно Осигуреникот упатено до Осигурувачот, во печатена форма.

Сите изјави и информации во врска со склучениот договор за Осигурување се поднесуваат во писмена форма.

Список на осигуреници со содржина и форма пропишана од Осигурувачот, е составен дел на полисата за осигурување и истиот мора да биде потпишан и заверен од страна на Осигурувачот и Договорувачот, и приложен со полисата за осигурување.

## **Член 8**

По започнувањето на осигурување, во осигурителното покритие исто така, можат да бидат вклучени и други лица во согласност со член 6 од Посебните услови како и членовите на нивните

семејства, на писмено барање на Договорувачот на осигурувањето, односно Осигуреникот, со обезбедување на соодветни докази (Извод од матична книга на венчани, Извод од матична книга на родени, Потврда за редовно пријавување во задолжително здравствено осигурување, пополнет прашалник за лични податоци и здравствена состојба).

### **Член 9**

Исклучување на одреден Осигуреник од осигурувањето пред истекот на договорниот период е можно во случај на престанок на работниот однос кај Договорувачот и тоа со денот на престанок на работниот однос кај Договорувачот, за што Договорувачот е должен истиот веднаш без одложување да го извести Осигурувачот или најдоцна во рок од 5 (пет) работни ден од престанокот.

## **ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ**

### **Член 10**

Осигурителното покритие почнува со истекот на 24-от час на денот кој во понудата е означен како ден на почеток на договорот за осигурување, но не пред истекот на 24-от час на оној ден кога е платена првата премија за осигурување.

За лицата пријавени во осигурување завреме на траењето на договорот, осигурителното покритие почнува со истекот на 24-от час на оној ден кој е наведен во договорот за осигурување како крај на периодот на траење на осигурувањето.

### **Член 11**

Осигурителното покритие престанува по истекот на 24-от час на денот наведен како истекот на период на осигурување.

Исклучок за осигурениците кои се одјавени од осигурување во текот на траење на договорот за осигурување, осигурителното покритие престанува по дваесет и четвртиот час од денот кога осигурувачот добил писмено известување од Договорувачот на осигурувањето.

## **Осигурен случај**

### **Член 12**

Осигурен случај претставува медицински оправдан третман (здравствена услуга или друга помош) кој е извршен над осигуреникот поради здравствени нарушувања (акутно заболување или повреда), а кој се одредува со овие Посебни услови.

Осигурен случај настанува на оној ден кога по настапување на болеста, повредата или потребата за дијагноза, осигуреникот превземе неопходно лекување (услуги, материјал, лек) од страна на одредени лекари специјалисти во рамките на мрежата, во согласност со член 3 од Посебните услови.

Осигурениот случај престанува кога по мислењето на лекар во мрежата лекувањето на Осигуреникот повеќе не е потребно.

Во случај на повторно лекување на Осигуреникот, доколку лекувањето се однесува на болест или повреда која со претходното лекување не е во причинска врска, Осигурувачот тоа ќе го смета како нов случај.

Доколку настапи осигурен случај, Осигурувачот е во обврска да ги надомести трошоци за лекување направени од страна на Осигуреникот кои настануваат во текот на траење на договорот за осигурување, со примена на одредени ограничувања и исклучувања одредени со Посебните услови, а за разликата над износот опфатен со правата од задолжителното здравствено осигурување.

Медицински оправдан третман се смета за легитимна медицинска постапка која има единствена цел на лекување или олеснување на акутна болест или повреда, во ситуација каде што е загрозен животот на Осигуреникот и во случај кога при изостанок на медицинска интервенција може да дојде до сериозни нарушувања на здравјето или до смрт на Осигуреникот.

Под акутни болести, во смисла на овие Посебни услови се подразбира ненадејно настанување на ограничена патолошка појава која е спонтанa или со употребана медицинска терапија целосно излечива, а која без медицинска помош - медицинска интервенција може да биде опасна по животот на осигуреното лице, или може да доведе до трајно и значајно оштетување на здравјето на осигуреното лице или смрт на осигуреното лице.

### **Степен на обврски на Осигурувачот** **Член 13**

Кога ќе настапи Осигурен случај Осигурувачот е должен да го исплати надоместот во рок од 14 дена од потпишување на спогодбата за исплата на штета.

Во зависност од локацијата на која што на Осигуреникот му е дадена неопходна здравствена услуга, надоместокот се исплатува на здравствениот центар од Мрежата, или на Осигуреникот, а доколку сам ги подмирил настанатите трошоци или тоа го сторило некое трето лице кое ќе докаже дека ги платило трошоците на лекување, тогаш исплатата на трошоците се врши согласно член 17 од овие услови.

Осигурувачот е обврзан да ги надомести трошоците кои се сторени од страна на Осигуреникот во здравствените установи по цени на здравствените установи, за здравствени услуги кои се составен дел од протоколите за лечење во случај на настанување на тешки болести во врска со извршена хируршка интервенција. За трошоците кои се сторени од страна на Осигуреникот во здравствените установи по цени на здравствените установи се сметаат оние трошоци за медицинско лечење кои што не се поголеми од општото ниво на трошоци во слични институции во Република Македонија, кога се работи за истиот или сличен медицински третман – лечење, услуги или помош за лица од истиот пол и слични години на старост, за слична болест или повреда.

Лечење, услуга, материјал или лек се смета за медицински неопходни во смисла на Условите за осигурување доколку:

- Одговара на или е неопходен за дијагноза или лечење на болест или повреда, а во согласност со Условите на осигурувањето,
- Не надминува во обем, времетраење или интензитет, ниво на заштита кое што е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лечење,
- Е пропишано од страна на овластен лекар,
- Е во согласност со широко прифатените професионални стандарди на медицинската пракса во Република Македонија,
- Не е примарно наменет за личен комфор или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на услуги за заштита,
- Не е дел на образованието или професионалната обука на пациентот ниту е поврзан со истиот.

Сите износи што се повисоки од разумните и вообичаените трошоци паѓаат на товар на осигуреното лице.

Осигурувачот исплаќа надоместоци, односно врши надомест на трошоците за лечење врз основа на овој Договор, на осигуреното лице во рок од 14 дена од денот кога е потпишана спогодбата за штетата.

## **ОПШТИ ИСКЛУЧОЦИ И ОГРАНИЧУВАЊА НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ**

### **Член 14**

Осигурувачот нема да врши исплата за здравствени услуги и лекување на хронични болести кои настапиле пред склучување на осигурувањето, и чие лекување продолжува по склучување на осигурувањето, или било утврдено дека постојат во моментот на склучување на полисата.

### **Член 15**

Според Посебните услови Осигурувачот не е должен да ги надомести трошоците настанати како резултат на:

1. Намерни постапки, крајна невнимателност на осигурениците, вклучувајќи и учество во сообраќајни незгода особено под дејство на алкохол или дрога. Се смета дека Осигуреникот е под дејство на алкохол доколку се утврди присуство на алкохол во крвта од над 10,8 мил.мол (0,5 промили)
2. Природни катастрофи или природни непогоди (земјотреси, вулкански ерупции, итн)
3. Во случај на војна или вооружени активности, освен кога учеството на Осигуреникот во истите е поради неговата професија или на повик на надлежните државни органи
4. Настани кои се директно поврзани со војна, инвазија, вооружен конфликт, граѓанска војна, востание, бунт или револуција,
5. Тероризам, кој подразбира секаков чин на насилство преземен со намера да се наштети на одредена држава или на меѓународна организација и политичко движење. Чинот на насилство може да се огледа во предизвикувањето пожари, предизвикувајќи експлозии или рушења, киднапирање на лица, предизвикање опасност по животот и имотот на луѓето со преземање на било какви општо опасни дејствија или со користење на општо опасни средства и слично што создава чувство на несигурност кај граѓаните,
6. Обид или извршување на самоубиство или ментална болест (непресметливост) на Осигуреникот од било која причина,
7. Ако Договорувачот или Осигуреникот намерно предизвикале сообраќајна незгодата,
8. Учество во физичка пресметка, освен во случај на самоодбрана,
9. Подготовка, или обид, намера да се изврши кривично дело со умисла, како и по бегството од таквата акција.

Ризични и опасни активности или спортови, како што се: лов, акробатика, нуркање, едрење, спелеолошки спортови, спелеолошко пешачење, активности со огномет и експлозиви, падобран, скискокање, Боб санкање, акробатско скијање, банџи-џамп скокање, автомобилски и мотоцикл трки, сите типови скијање, јавање коњи, санкање и хокеј.

### **Член 16**

Осигурувачот не е во обврска да ги надомести трошоците за лекување кои се надоместени по основ на некој друг договор за осигурување кој е склучен со Договорувачот, или пак е исплатен по основ на полиса кај некој друг Осигурувач.

Исклучени по овие Посебни Услови се и обврски по следните случаи:

- За хронични, повратни болести кои што постоеле во моментот на склучување, односно почетокот на осигурувањето, освен ако медицинската помош вклучува непредвидени итни мерки за спасување на животот или мерки исклучиво преземени за олеснување на акутни болки,



- За болести кои што се лечени во последните шест месеци пред почетокот на осигурувањето, освен ако медицинската помош вклучува непредвидени итни мерки за спасување на животот или мерки исклучиво преземени за олеснување на акутни болки,
- За било кој третман (или лек) за кој што се знаело дека е потребен или потребата од тој лек продолжува за време на пат или престој во државата за која е договорено осигурително покритие, освен ако медицинската помош вклучува непредвидени итни мерки за спасување на животот или мерки исклучиво преземени за олеснување на акутни болки,
- Трошоци кои го надминуваат општото ниво на трошоците за слична или споредлива здравствена заштита (според мислењето на стручниот тим на Осигурувачот), во местото каде што настанале трошоците,
- Трошоците на секој оперативен или медицински третман сторен надвор од Република Македонија,
- За повреди и болести кои што се последица на војни, внатрешни немири, побуни и тероризам,
- За повреди и болести кои што се последица на епидемија,
- За повреди и болести кои што настануваат како последица на елементарни и природни непогоди,
- За сите влошувања на здравствената состојба предизвикани од јонизирано зрачење (нуклеарна радијација),
- За повреди и болести кои што се последица на обид за самоубиство или намерно самоповредување,
- За спортски ризици од професионално, аматерско или рекреативно занимавање со опасни (екстремни спортови) како што се лов, картинг, акробации, street board, акробации на ролери, нуркање, алпинизам, планинарење, ракување со пиротехнички средства, огномет, муниција и експлозиви, скијачки скокови, возење боб санки, акробатско скијање, автомобилски и мотоциклистички трки, летање на змејови, падобрански скокови, параглајдинг, банџи скокови, рафтинг, inline skating, лизгање на лед, хокеј, скијање на вода и едрење,
- За повреди и болести кои што настанале како последица на извршување или учество во кривично дело,
- За повреди и болести кои што настанале како последица на конзумирање алкохол,
- За отстранување на физички мани и аномалии (козметичко–естетски третман), при медицински истражувања или третмани кои што не се поврзани со настанатиот осигурен случај,
- Третмани за намалување на телесна тежина или програма за намалување на телесна тежина со операција за вградување на гастрички балон, нутриционистички совети, обука во врска со исхрана,
- При примена на експериментални медицински методи или методи кои што се користат за цели на истражување,
- За трошоци настанати во врска со одмор или посета на бања (освен ако бањското лекување не е препишано како терапија во лекување на трауматска повреда од страна на лекар специјалист), климатско лечилиште, санаториум, опоравилиште или слични установи,
- При психоаналитички или психотераписки вон–болнички третман,
- За медицински контроли за време на бременост освен ако со осигурителната полиса не е договорено проширување на покритието,
- За трошоци поврзани со пораѓај, освен во случај на сериозни компликации кои што го загрозуваат животот на мајката односно детето
- За самоволен прекин на бременоста без медицински причини,
- За вештачко оплодување или лечење на стерилитет или трошоци за контрацепција,
- За хируршки потфати за промена на пол,
- За рехабилитација и физиотерапија или трошоци за протетички апарати,
- За болести или повреди настанати за време на спортски или други натпревари освен ако е договорен и платен дополнителен надомест за спортски ризик за аматерско и рекреативно занимавање со спорт,



- За болести или повреди кои што произлегуваат од учество во тепачки (освен во случаи на самоодбрана),
- За сите здравствени услуги кои што не се пропишани односно спроведени од страна на лекар кој поседува лиценца за работа издадена од Лекарска комора на Република Македонија.
- За сместување во еднокреветна или приватна соба во болница, освен ако медицинскиот тим не смета дека тоа е неопходно или е договорено дополнително покритие,
- Во случај на одбивање на Осигуреникот да се придржува до инструкциите кои што ги добива од медицинскиот тим или одбивање на датумот, видот и начинот на превоз кои што ќе ги одреди Осигурувачот по потврда од лекарот или медицинската установа која што го лечи Осигуреникот во земјата каде што настанал случајот покритиен со осигурувањето,
- За набавка, поправка и користење на очила, контактни леќи и протетички помагала од било кој вид,
- За набавка на лекови кои што не ги препишал лекар, кој поседува лиценца за работа издадена од Лекарска комора на Република Македонија.
- Во случај Осигуреникот да одбие да го ослободи лекарот и медицинскиот тим кој што ја поставил дијагнозата од обврската за чување на медицинска тајна и на тој начин го оневозможи Осигурувачот да дојде до неопходните информации,
- За било какви трошоци кои што настанале како последица на лечење на синдромот на стекнат имунолошки дефицит (AIDS), или било која состојба или заболување поврзани со AIDS и венерични болести.

Исклучени се сите обврски на Осигурителот ако Осигуреникот, односно Договорувачот на осигурувањето, дал неточни податоци или ако постои намера за измама или злоупотреба.

Ако било кое барање за оштета е на било која основа лажно или се базира на лажни податоци и искази, не го обврзува Осигурувачот.

Осигурувачот има право да одбие рефундација на лица за кои што ќе утврди дека дале неточни и неистинити изјави, односно прикриле важни околности кои влијаат на склучувањето на Договорот за осигурување, како и осигурено лице кое што не ги почитува условите и постапува несовесно во врска со договореното осигурување.

## **ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ПО ОСНОВ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ**

### **Член 17**

Пријавата на осигурен случај може да се изврши на два начини:

**СО КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ ВО МРЕЖАТА НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ НА ОСИГУРУВАЧОТ:**

Осигурувачот ќе му овозможи на Осигуреникот да користи здравствени услуги кај избраниот давател на здравствени услуги од мрежата на здравствени установи со кои што Осигурувачот има склучен договор за деловна соработка, за време на договореното времетраење на осигурувањето и според договореното ниво на покритие во согласност со условите на осигурувањето.

Доколку Осигуреникот користи услуги на лекар/клиника со кои што Осигурувачот има склучен договор за деловна соработка, трошоците за лечење на Осигуреникот во овие установи директно ќе ги плати Осигурувачот.

Доколку трошоците и видовите на обезбедените здравствени услуги се во согласност со Условите и Полисата за осигурување, осигуреното лице не е обврзано да плати дополнителни трошоци на здравствената установа, во спротивно – трошоците паѓаат на негов терет.

Во ваков случај осигуреното лице е обврзано, пред да ги прими услугите, да се идентификува со исправа / картичка. Исправата / картичката за приватно доброволно здравствено осигурување ги содржи следните податоци:

Податоци за идентификација на Осигуреникот;  
Податоци за идентификација на Договорарот на осигурувањето;  
Бројот на полисата;  
Договореното ниво на покритие;  
Договорениот период на осигурување;  
Број на телефонот на контакт центарот на Осигурувачот.

Напомена: Строго е забрането користење на Исправата/ картичката за приватно доброволно здравствено осигурување за обезбедување на услуги на лица кои што не се осигурени во значењето на Полисата и Условите на осигурувањето за што се известени и сите здравствени установи со кои што Осигурувачот има склучен договор за деловна соработка.

**КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НАДВОР ОД МРЕЖАТА НА ПРИОРИТЕТНИТЕ ДАВАТЕЛИ НА УСЛУГИ:**

Доколку Осигуреникот користи здравствени услуги надвор од мрежата на здравствени установи или кога Осигуреникот, од некаква причина, на лице место платил за услуга во здравствена установа во рамките на мрежата на здравствени установи со кои што Осигурувачот има склучен договор за деловна соработка, Осигуреникот самиот ги плаќа трошоците за тие услуги и потоа поднесува до Осигурувачот барање за надомест на трошоците.

Документите што се доставуваат за рефундација на трошоците за лечење се:

1. ПОПОЛНЕТО БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ТРОШОЦИТЕ
2. ОРИГИНАЛНА СМЕТКА, која мора да ги содржи сите релевантни законски задолжителни податоци – име и презиме на лицето на кое што е обезбедена услугата, печат на здравствената установа и потпис на одговорното лице, опис на услугата, денарски износ на трошоците (сметките искажани во евра не може да се рефундираат).
3. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА (копија од извештајот на лекарот кој Осигуреникот го добива при извршениот преглед, извештај или упат на понатамошни лабораториски анализи, а кои секогаш мора да бидат потпишани и заверени со печат на лекарот). Ако лабораториските анализи се извршени самоиницијативно или според устен упат на лекарот, тие не може да се рефундираат.

Осигурувачот го задржува правото да побара од Осигуреникот или било кое друго правно и физичко лице и друга документација која што ја потврдува медицинската неопходност на обезбедениот третман во согласност со Условите на осигурителната полиса. Осигурувачот ги исплатува, односно врши надомест на трошоците на лечењето врз основа на овој Договор, на осигуреното лице во рок од 14 дена по потпишување на спогодбата за штета. Заедно со барањето за исплата на надомест од осигурување се приложува комплетна оригинална медицинска и друга документација, исклучиво оригинални фискални сметки, потврди и други неопходни докази потребни за утврдување на обврската на Осигурувачот. Осигурувачот има право да ја провери веродостојноста на доставената документацијата наведена во овој член. Обезбедување на потребната документација паѓа исклучиво на товар на Осигуреникот.

## **Член 18**

Осигуреникот е во обврска да ги обезбеди сите информации и да ја стави на располагање целокупната медицинска документација со која располага, а кои се неопходни за да се утврди настанувањето на осигурениот случај, односно правниот основ за исплата на надомест од осигурување.

Претходниот став ја вклучува обврската на Осигуреникот да се подложи на прегледи по барање на Осигурувачот од страна на лекарот со кого Осигурувачот има договор за деловна соработка за решавање на барањата за оштета - лекар цензор.

## **Член 19**

Ако Осигуреникот ги користи услугите на здравствените установи надвор од мрежата, должен е сам да ги сноси трошоците на медицинскиот третман, по што доставува барање до Осигурувачот за рефундација на средствата.

## **Член 20**

Овие посебни услови важат согласно Општите услови за дополнително здравствено осигурување. Доколку содржина на овие Посебни услови е во спротивност со содржината на Општите услови за дополнително здравствено осигурување важат овие Посебни услови и нивната содржина.

## **ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ**

### **Член 21**

#### **Постапка по приговори**

Во случај Осигурувачот и Осигуреникот да не се согласат по однос на обемот и висината на штетата, Осигуреникот има право на приговор во рок од 8 дена од приемот на писменото известување од осигурувачот, до Второстепената комисија за решавање на штети по приговор, која е должна во рок од 30 дена да одговори по приговорот.

#### **Постапка по жалба**

Договорувачот, односно Осигуреникот во однос на работењето на Друштвото има право на жалба до Агенцијата за супервизија на осигурување како орган надлежен орган за супервизија на друштвата за осигурување.

#### **Решавање на спорови**

Евентуалните спорови кои би произлегле од договорот за осигурување, договорните страни ќе ги решаваат спогодбено, а доколку до спогодба не дојде надлежен е Основен суд, Скопје 2, Скопје.