



АКЦИОНЕРСКО ДРУШТВО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
ВИНЕР - ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП СКОПЈЕ

Пречистен текст на
ОПШТИ УСЛОВИ
ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Март 2013 година

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Согласно член 18 од Преодните одредби на Законот за доброволно здравствено осигурување (Службен весник на РМ број 145/2012), во законски утврдениот рок Акционерското друштво за осигурување ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп Скопје, ги усогласи своите продукти во класата на здравствено осигурување и на ден 06.03.2013 година ги донесе следните

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

(1) Овие општи услови за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст: општи услови) се составен дел на договорите за осигурување склучени по Посебните услови за дополнително здравствено осигурување и приватно здравствено осигурување кои договорувачот на осигурувањето доброволно ќе ги склучи со Винер А.Д Скопје.

(2) Општите услови ги регулираат правата и обврските на договорувачот на осигурувањето, осигуреникот и осигурувачот во зависност од видот на склучениот договор за доброволно здравствено осигурување.

ДЕФИНИЦИИ:

Член 2

(1) Поедини изрази во овие општи услови, ги имаат следниве значења:

1) **Осигурувач** - ВИНЕР АД Скопје;

2) **Договорувач** на доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст договорувач) - Правно лице, Физичко лице, Друг правен субјект кој во има и за сметка на осигуреникот, односно во свое има и за сметка на осигуреникот ќе склучи договор за доброволно здравствено осигурување со осигурувачот и кој се обврзал на уплата на премијата од лични средства или на терет средства на осигуреникот, договорувачот на осигурувањето и осигуреникот можат да бидат исто лице;

3) **Осигуреник** - Физичко лице на кое му е утврдено својство на осигурано лице по закон, во системот на задолжително здравствено осигурување и доколку е полнолетно лице врз основа на негова писмена согласност – Изјава за израз на лична волја да склучи договор за доброволно здравствено осигурување кај осигурувачот, врз основа на овие општи и посебните услови за доброволно здравствено осигурување.

Со губење на својството на осигурено лице во системот на задолжителното здравствено осигурување, осигуреникот го губи својството на осигуреник и по системот на доброволното здравствено осигурување, склучено со посебен договор во друштвото за осигурување, доколку осигуреникот бил исклучен од системот на задолжително здравствено осигурување подолго од 60 дена со или без прекин во текот на календарската година.

4) **Осигурано лице** - Осигуреник (носител на осигурувањето) и евентуално членовите на неговото потесно семејство;

5) **Членови на семејството** - Брачен или вонбрачен партнер и децата на осигуреникот, доколку се наведени во полисата и доколку за нив е платена премија. Под деца се разбираат деца родени во брак или вон брак,усвоени деца и деца на издржавање до навршени осумнаесет год. Живот, односно до навршени 26 год. во случај да се наоѓаат на редовни студии;

- 6) **Задолжително здравствено осигурано лице** (во понатамошниот текст - обавезно осигурано лице) - осигуреник, т.е член на семејството на осигуреникот на кого во склад со законот за здравствено осигурување во Р.М ги обезбедува правата од задолжително здравствено осигурување;
- 7) **Понудувач** - Физичко или правно лице кој на осигурувачот писмено ќе му упати понуда за склучување на договор за доброволно здравствено осигурување;
- 8) **Понуда** - Пишан предлог на понудувачот упатен до осигурувачот за изготвување договор за осигурување;
- 9) **Полиса** - Документ за склучен договор за доброволно здравствено осигурување со осигурувачот;
- 10) **Исправа за задолжително здравствено осигурување** – документ кој осигуреникот треба да го обезбеди и достави на осигурувачот врз база на што осигуреникот го докажува својството на осигуреник во системот на задолжително здравствено осигурување и ги остварува правата од истото;
- 11) **Премија на осигурување** (во понатамошниот текст:премија) – паричен надомест кој го плаќа договорувачот на осигурувањето на осигурувачот врз база на склучен договор за доброволно здравствено осигурување;
- 12) **Колективно осигурување**: Осигурување на група на осигуреници не помалку од 10;
- 13) **Сума на осигурување** - паричен износ на надомест кој претставува максимална обврска на осигурувачот спрема склучениот договор за осигурување;
- 14) **Осигуран случај** – Иден, ненадеен и неизвесен случај, со чие настанување е обврска за осигурувачот во рамките на покритието договорено по овие општи и посебните услови за осигурување да го плати надоместот за осигурување;
- 15) **Паричен надомест** - надомест кој осигурувачот го плаќа на осигуреникот во случај на губиток на заработка, плата или други, поради привремена спреченост за работа, надомест на трошоци за превоз во врска со користење на здравствена заштита;
- 16) **Надомест на трошоци за лекување** - износ кој претставува обврска на осигурувачот по основ договор за осигурување во случај на настанување на осигурен случај кој е покриен со осигурувањето, а кој претставува трошок за искористена и оправдана здравствена услуга (медицински оправдан третман) предвиден со полисата;
- 17) **Здравствени услуги** - услуги што се пружат во здравствени установи и други облици на здравствени служби (во понатамошен текст приватна пракса) во склад со законот за спроведување на здравствената заштита, т.е за спроведени мерки за унапредување на здравјето, спречување и рано откривање на болести, лечење и рехабилитација;
- 18) **Здравствена установа** - правно лице кое обавува здравствена дејност и кое добило дозвола од министерство надлежно за работи во здравството (во понатамошен текст министерство) за извршување на здравствени дејности во склад со законот за здравствена заштита и донесени прописи за спроведување на истиот;
- 19) **Приватна пракса** - друг облик на здравствена служба во кој се вршат одредени здравствени дејности и која добила дозвола од министерство за извршување на одредени работи на здравствената дејност, во склад со законот со кој се уредува здравствената заштита и прописите за спроведување на истиот;
- 20) **Други даватели на здравствени услуги** - останати правни или физички лица кои извршуваат работи од здравствената дејност, односно обезбедуваат медицинско - технички помагала а кои имаат добиено дозвола од надлежен орган за вршење на тие работи, во склад со законот
- 21) **Лек** - производ кој содржи супстанца или комбинација на супстанции произведени и наменети за лекување или спречување на болести кај луѓе, поставување дијагноза, подобрување или промени на физиолошките функции, како за постигнување на други медицински оправдани цели и

кои добил дозвола за ставање во промет во Р.М, како и производ кој не добил дозвола за ставање во промет во Р.М и кој се извезува на основ на одобрување од бирото за лекови на Р.М, во склад со законот со кој се уредува областа на лековите.

22) **Медицинско - технички помагала** - медицински средства кои служат за функционална и естетска замена на изгубените делови од телото, т.е за овозможување на потпирање, спречување настанок на деформитети како и исправување на постоечките деформитети со олеснителни вршења на основните животни функции.

23) **Имплантати** - медицински средства кои по хирушки пат се вградуваат во човечкиот организам

24) **Период на чекање (каренца)** - период на почетокот на траењето на осигурувањето во кој договорувачот ја плаќа премијата за осигурување, а осигурувачот во тој период нема или има делумна обврска за исплата на надомест доколку настане осигурен случај, но најмногу до висина на подолутврдените проценти во делот на одредбата за каренца.

25) **Посебни услови на осигурување** - услови на осигурувачот со кој се регулираат правата и обврските на договорените страни за конкретен вид на доброволно здравствено осигурување, а кои се составен дел на договорот за осигурување (во понатамошниот текст посебни услови)

ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 3

(1) Со договор за осигурување договорувачот на осигурањето се обврзува да плати премија на осигурувачот, а осигурувачот се обврзува да во случај на настанување на осигурителниот случај, ги надокнати трошоците за лечење или исплати парична надомест во склад со овие општи услови, со посебните услови за конкретен вид на осигурување и договор за осигурување.

(2) Сите известувања и пријави кои договорените страни се должни да ги направат, мора да се потврдат по писмен пат или со електронска пошта.

(3) За ден на прием на известувањето, односно пријавата од став 2 на овој член се смета денот кога осигуреникот го поднел известувањето односно пријавата или дата на деловодниот протокол кај осигурувачот (печат, штембил) на применото известување, односно пријавата.

(4) Договорите кои се однесуваат на содржината на договорот за осигурување полноважни се само ако се заклучени во писмен облик.

СТЕКНУВАЊЕ СВОЈСТВО НА ОСИГУРЕНИК

Член 4

(1) Својство на осигуреник во доброволно здравствено осигурување, кај осигурувачот може да стекне лице кое има својство на осигурано лице во задолжителното здравствено осигурување и кое не било исклучено од истиот подолго од 60 дена со прекин или без прекин во текот на календарска година, што го докажува со исправа која ја издава Фондот за здравствено осигурување, со што осигуреникот искажува јасна намера дека со осигурувачот може да склучи договор за осигурување во согласност со овие општи и посебни услови за доброволно здравствено осигурување, дополнително или приватно.

(2) Својство на осигуреник во доброволното здравствено осигурување може да има лице кое не е државјанин на Република Македонија, со регулиран престој во државата и со соодветна исправа дека оставарува право од системот на задолжително здравствено осигурување.

СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 5

(1) Договор за осигурување се склучува врз основа на претходна понуда за склучување на договор на осигурување, кој на образец на осигурувачот го дава понудувачот.

- (2) Во случај на колективно осигурување (односно за договор за осигурување на над 10 лица) по овие услови, договарачот на осигурувањето може да поднесе единствена понуда која содржи податоци за секое лице за кое ќе се склучи договор за осигурување со осигурувачот.
- (3) Договорувачот на осигурување, односно осигураното лице должно е на осигурувачот да му ги пријави во моментот на склучување на договор за осигурување, сите околности кои се од значење за оценување на ризикот, а кои му се познати или не можеле да му останат непознати.
- (4) Во моментот на договорот, осигураното лице е должно е да достави на осигурувачот Формулар - изјава за здравствената состојба во вид на прашалник, која е составен дел на понудата, како и на барање на осигурувачот да изврши лекарски преглед и да достави документација со цел за утврдување на ризикот.
- (5) Во понудата договорувачот, односно осигуреникот мора да наведе точни, вистинити и потполни податоци важни и потребни за склучување договор за осигурување, како и за оние причини кои се важни за превземањето на ризик, а со својот потпис осигуреникот потврдува дека истото го сторил, во спротивно сноси материјална и кривична одговорност доколку го доведе во заблуда осигурувачот и му нанесе штета.
- (6) Писмената понуда направена на осигурувачот за склучување на договор за осигурување го врзува понудувачот, односно осигуреникот ако тој во рок од 8 (осум) дена од денот кога истата ја примил, не се изјаснил поинаку, а доколку е потребен лекарски преглед тогаш рокот е 30 (триесет) дена.
- (7) Се смета дека понудата пристигнала кај осигурувачот оној ден кога е службено предадена во пошта или кога е заведена преку архивата на осигурувачот. Во случај да осигурувачот, после приемот на понудата од договорувачот, побара дополнителни податоци или документација, се смета дека понудата пристигнала кај осигурувачот оној ден кога осигурувачот ги примил бараните податоци, односно извештајот за извршениот лекарски преглед.
- (8) Доколку осигурувачот во рок од 8 (осум) ,односно 30 (триесет) дена ако е потребно лекарски преглед, од денот кога понудата пристигнала кај осигурувачот, не понуди осигурување во променети услови, ќе се смета дека и тој се согласил со порано доставената понуда и дека договорот е заклучен оној ден кога понудата пристигнала кај осигурувачот.
- (9) Ако осигурувачот понудата за осигурување ја прифати само под изменетите услови, осигурувањето се смета за заклучено оној ден кога понудувачот, односно осигуреникот се сложил со изменетите услови.
- (10) Се смета дека понудувачот се повлекол од понудата ако на изменетите услови не се сложи во рок од 8 (осум) дена од денот на приемот на препорачаното известување на осигурувачот, односно ако не достави резултати од извршениот лекарски преглед во рок од 30 (триесет) дена од денот на приемот на писмено барање на осигурувачот за задолжителен лекарски преглед.
- (11) Ако во периодот од поднесување на понуда до склучување на договор за осигурување дојде до зголемување на ризик по здравјето на осигураните лица, осигурано лице, односно понудувачот на осигурување, должен е веднаш по дознавањето на тие причини да го известува осигурувачот. Зголемените опасности по здравје на осигураното лице се сметаат сите заболувања, односно болест, промена на занимање, повреди на осигуреното лице, бавење со спорт или патување во кризни подрачја, тропски краеве или експедиции, како и на други промени кој ја зголемуваат опасноста по здравјето на осигуреното лице.
- (12) Доколку во систематски или друг преглед, при користење услуги покриени со договор за осигурување, се утврди дека осигуреното лице во моментот на потпишувањето на осигурување болувало од болест која не ја пријавило во моментот на поднесување на понудата, осигурувачот може да предложи осигурување со изменети услови или договорот за осигурување да го ракине.

(13) Доколку понудувачот не се сложи со изменетите услови дефинирани во став 12 од овој член, во рок од 8 (осум) дена од прием на препорачаното писмо, со предлог за осигурување со изменети услови за осигурување, со истекувањето на овој рок договорот се смета за раскинат.

(14) Во случај на раскинување на договорот од став 13 од овој член, на осигурувачот му припаѓа целокупниот износ на доспеаната премија.

(15) Со својот потпис на понудата, односно на полисата, осигуреникот односно договорувачот на осигурување ги потврдува и прифаќа општите и посебни услови.

(16) Целокупната документација која ќе биде доставена на осигурувачот од страна на понудувачот, односно осигуреникот до издавање на полиса претставува составен дел на понудата.

(17) Доколку договорувачот на осигурувањето и осигуреникот не е исто лице, за договарање на доброволното здравствено осигурување потребна е писмена согласност на осигуреникот, освен кај колективното осигурување.

(18) Понудата е составен дел на договорот за осигурување.

ПОЛИСА И ДОКУМЕНТ

Член 6

(1) Осигурувачот издава полиса на договорувачот на осигурувањето со денот на потпишување на договор за осигурување.

(2) Осигурувачот издава полиса на договорувачот на осигурувањето врз основа на податоците од понудата.

(3) Полисата за осигурување претставува исправа за доброволно здравствено осигурување врз основа на кој се остваруваат правата од доброволното здравствено осигурување со денот на издавање на полиса, според услови и обем на покритие договорени со овие и посебните услови .

(4) За колективни осигурувања, кај кои договорувачот на осигурување е различен од осигуреникот, односно осигурениците, се склучува една групна полиса со прилог Список на сите осигуреници опфатени со истата. Понудата и останата придружна документација поединечна за секое осигурено лице се составен дел на полисата.

ВИДОВИ НА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ПОКРИЕНИ РИЗИЦИ

Член 7

(1) Осигурувачот ќе организира и ќе ги спроведува следните видови на доброволно здравствено осигурување:

- Дополнително здравствено осигурување со кое се покриваат трошоците на здравствените услуги, лекови, медицински помагала, импланти, односно парични надомести на име учество со лични средства при користење на здравствените услуги од задолжителното здравствено осигурување согласно Законот, односно за разликата над износот опфатен со правата од задолжителното здравствено осигурување за услуги во и надвор од Република Македонија, за земји кои имаат склучено договор за соработка со Фондот за здравствено осигурување во РМ;
- Приватно здравствено осигурување е осигурување на лица кои се опфатени со системот на задолжителното здравствено осигурување, за покривање на трошоци за вид, содржина, обем и права кои се договараат со друштвото односно се вклучени во полисата за осигурување и за нив важат посебните услови за осигурување со кои осигуреникот остварува право на поголем содржај, обем и стандард на здравствени услуги наспроти оние што се опфатени со задолженото здравствено осигурување

ТРАЕЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 8

Договорот за осигурување се склучува на неодредено или одредено време на траење, но најмалку на 12 месеци, од денот на почеток на осигурувањето, освен доколку со Законот за доброволно здравствено осигурување не биде поинаку уредено или со друг подзаконски акт.

Договорот за приватно здравствено осигурување не може да се договори на период пократок од 12(дванесет) месеци.

Осигурувањето почнува да тече со истекот на 24:00 часот на денот кој е наведен во полисата за осигурување како ден на почеток на доброволното здравствено осигурување и е платено премија односно рата од премијата.

Осигурувањето престанува со истекот на 24:00 часот во денот кој во полисата е наведен како ден на истекување на осигурувањето.

Член 9

Осигурувањето престанува и пред договорениот рок во следните случаи:

- смрт на осигуреникот- денот на смртта
- исклучување од осигурувањето на осигуреното лице од страна на договорувачот на осигурувањето во колективните осигурувања
- исклучување на осигураното лице од системот на задолжително здравствено осигурување со или без прекин подолго од 60 дена во текот на календарска година
- раскинување на договорот во согласност со член 16 од овие општи услови
- отказ на договорот - истек на отказниот рок, во склад со член 17 од овие општи услови.

ПОЧЕКОВЕН РОК (КАРЕНЦА)

Член 10

(1) Кај осигуреници кај кои немало континуитет на овој вид на осигурување или за прв пат стапиле во работен однос (колективни осигурувања) задолжителен е рок (каренца) во однос на евентуален осигурен случај во периодот на каренцата (првите три месеци од денот на склучувањето на осигурувањето) и

- се пресметува од почетокот на осигурувањето дефинирано во полисата, под услов до тој ден да е платена доспеаната прва договорена премија.
- Ако доспеаната премија не е платена до почетокот на осигурувањето, каренцата се пресметува од 24:00 часот од денот кога е платена првата договорена премија,
- Каренцата не се применува при обнова на договорот и континуитет на договореното осигурување (превземање) .
- За време на причековниот рок (каренца) во времетраење на првите 3(три) месеци од почетокот на осигурувањето, обврската на осигурувачот спрема осигуреникот во случај да настане осигурен случај, а доколку осигуреникот нема континуитет за конкретниот вид на осигурување, осигурувачот ќе надомести:

1. 50% од договорената осигурена сума, ако настане осигурен случај во првите три месеци на траењето на осигурувањето, односно од стапувањето во осигурување на новиот работник (кај колективните осигурувања)

2. 50% од износот за кој е зголемена осигурената сума кога се врши зголемување на осигурената сума, доколку настане осигурен случај во текот на првите три месеци од извршеното зголемување на осигурената сума и договорената осигурена сума пред да се изврши зголемување на осигурената сума.

3. целата осигурена сума, ако настане осигуран случај по третиот месец од почетокот на осигурувањето, односно од неговото стапување во осигурувањето.
4. целата осигурена сума, ако настане осигуран случај по третиот месец од почетокот на извршеното зголемување на новодоговорената осигурена сума.

(2) Осигурувачот нема никаква обврска за случај на смрт поради болест:

1. ако болеста кај осигуреникот настанала поради хронично заболување пред осигуреникот да биде примен во осигурување
2. ако смртта на осигуреникот настапи поради земјотрес,
3. ако смртта на осигуреникот настапи поради настан кој директно се препишува на војна, инвазија, чин на надворешниот непријател, воени дивеења или воени операции (без оглед дали е објавена војната или не), граѓанска војна, востание, буна или револуција.

ПОЧЕТОК И ПРЕСТАНОК НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 11

(1) Обврската на осигурувачот запчнува по 24:00 часот на денот кој во полисата е наведен како почеток на осигурувањето, но не пред 24:00 часот на денот во кој е платена премијата односно ратата на премијата, освен во полисата не е поинаку одредено.

(2) Обврската на осигурувачот престанува во 24:00 часот на денот кој во полисата е наведен како истек на осигурувањето.

ОБЕМ НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 12

Сумата на осигурување назначена во полисата претставува горна граница на обврската на осигурувачот по основ на договорот за осигурување.

Во случај да осигуреното лице, односно договорувачот на осигурувањето, не му доставил на осигурувачот вистински, точни и потполни податоци при склучување на договорот за осигурување, а кои можат да имаат влијание на висината на договорената премија, обврската на осигурувачот се смалува сразмерно помеѓу платената премија и премијата која требало да се плати согласно вистинскиот ризик, доколку осигурениот случај се случи како поседица на непочитувањето на одредбите на членот 5 од овие општи услови, односно осигурувачот нема обврска за никакви плаќања, доколку договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот му премолчил или затаил податоци во врска со неговата здравствена состојба која е од значење и влијание за осигурувачот за оценка на ризикот.

Член 13

(1) Осигурувачот е должен да, во согласност со полисата, овие општи услови и посебни услови, на осигураното лице да му ги надомести трошоците на лекување или дел од трошоците настанати при остварување на правата од договорениот вид на доброволното здравствено осигурување, како износот на договорените парични надоместоци во рок од 14 дена, од денот кога е утврдено постоењето на обврската.

(2) Осигурувачот има право да бара од осигуреното лице, договорувачот или друго правно или физичко лице, дополнителни објаснувања или документација за утврдување на важните околности во врска со пријавениот осигуран случај.

(3) Осигурувачот има право да го прати осигуреното лице на контролен или дополнителен медицински преглед, со кои би се утврдиле неопходните докази во врска со пријавениот осигурен случај. Трошоците за овој преглед ги сноси осигурувачот.

(4) Доколку осигуреното лице, во намера да за себе или за било кое друго правно или физичко лице прибави противправна имотна корист, со лажно прекривање на фактите кои го доведуваат осигурувачот во заблуда и со тоа го наведуваат да на своја штета или на туѓ имот нешто направи или ненаправи, осигурувачот може да поднесе кривична пријава против тоа осигурано лице.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 14

Исклучена е обврската на осигурувачот во следниве случаи:

1. Доколку осигуреникот дал неточни податоци, т.е. ги прикрил важните околности кои имаат влијание на склучениот договор за осигурување;
2. Доколку договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот, не ја плати доспеаната премија до договорениот рок, ниту тоа го направи некое друго лице кое има правен интерес да ја плати премијата;
3. Во случај на злоупотреба на полисата;
4. Доколку се пречекори обемот на договорените здравствени услови и висината на трошоците;
5. Доколку оштетното побарување е засновано на лажни податоци и лажна документација;
6. Доколку осигурениот случај настанал и трае во моментот на склучување на договорот, односно, доколку се во прашање трошоци за лекување болести на осигуреникот од кои боледувал во време на склучување на договорот за осигурување;
7. Доколку осигурениот случај настанал во текот на периодот на осигурување, а лекувањето на осигуреникот продолжува и после истекот на договорот за осигурување, осигурувачот е во обврска да ги плати трошоците за здравствена заштита, односно да го исплати договорениот надомест, настанати до денот до кој траело ова осигурување, освен во случај на обновување на договорот во склад со Член 18 од овие општи услови;
8. Доколку предмет на оштетното побарување се трошоци за организирање и спроведување на превентивни програми за вакцинација, имунопрофилакса и хемопрофилакса;
9. За надомест на трошоците на здравствена заштита и исплата на надоместот покриен со задолжителното здравствено осигурување, освен кај приватното здравствено осигурување.

ПРЕМИЈА

Член 15

- (1) Со договорот за осигурување, односно полисата, договорена е висината и начинот на плаќање на премија.
- (2) Договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот е должен да на осигурувачот ја плаќа премијата уредно, во утврдени рокови договорени со договорот за осигурување (полисата).
- (3) Ако е договорено годишната премија да се плаќа во полугодишни, тромесечни или месечни рати, осигурувачот има право на премија за цела година на траење на осигурувањето.
- (4) Се смета дека премијата е платена кога истата е евидентирана на сметка на осигурувачот.
- (5) Осигурувачот се обврзува да ја прифати платената премија и од секое лице кое има правен интерес истата да биде платена.
- (6) Осигурувачот не може да ја зголеми премијата во периодот за кои е склучен договорот.

ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈАТА

Член 16

- (1) Доколку договорувачот на осигурувањето не ја уплати доспеаната договорна премија, односно рата од премијата, престанува обврската на осигурувачот за покривање трошоци, односно дел од трошоците за здравствени услуги опфатени со договорот за осигурување (полисата), со истек на

рокот од 30 дена од денот кога на договорувачот на осигурувањето му е врачено писмено известување за доспеаните и неуплатени премии.

(2) После истекот на рокот од предходниот став (1), осигурувачот може да го раскине договорот за осигурување без отказан рок како и да покрене процедура за наплата на доспеаните премии со камата пред надлежен суд во Скопје.

ПОНИШТУВАЊЕ И ОТКАЗ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 17

(1) Доколку договорувачот, односно осигуреното лице, намерно направи грешна пријава или премолчи некоја околност од таква природа да осигурувачот не би склучил договор под истите услови кога би ја знаел вистинската состојба, осигурувачот може да бара поништување на договорот.

(2) Осигурувачот односно договорувачот можат да го откажат договорот за осигурување на начин и рокови предвидени со посебните услови.

ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО (ОБНОВА)

Член 18

Доколку осигуреникот сака да го продолжи доброволното здравствено осигурување под други услови или се менува договорувачот на осигурување, престанува да важи дотогашниот договор за осигурување и се склучува нов, без прекин во осигурувањето.

ПРО РАТА

Член 20

При прекин на осигурување пред истекот на важноста на договорот за осигурување, на писмено Барање на договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот, Осигурувачот ќе го раскине договорот, само доколку премијата била платена во целост и ќе му пресмета про рата на договорувачот (разлика помеѓу пресметаната премија за целиот период на осигурувањето, намалена за премијата за осигурување за искористениот период на осигурително покритие).

Доколку на денот на доставеното Барање за прекин премијата не е платена во целост, Осигурувачот нема да дозволи прекин на осигурувањето.

Прекин на осигурување може да се побара само под услови утврдени со закон и поради смрт на осигуреникот .

ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИЦИТЕ

Член 20

Договорувачот и осигуреникот со својот потпис на полисата го овластуваат осигурувачот да прибира, проверува, чува и користи личните податоци неопходни за склучување на договор за осигурување во согласност со законот за заштита на личните податоци.

Суброгација

Член 22

(1) Правата на договорувачот за осигурување или осигуреното лице спрема трето лице се пренесуваат на осигурувачот, во висина на обврската исплатена од страна на осигурувачот, без прибавување на посебна согласност од осигуреното лице.

(2) Доколку договорувачот на осигурувањето или осигуреното лице прими надомест од трето лице одговорно за штета, осигурувачот ќе исплати надоместок само во висина за разликата од исплатениот, односно примениот надомест на осигуреникот до висината на реално претрпената штета.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 23

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 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.