



**АКЦИОНЕРСКО ДРУШТВО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
ВИНЕР - ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП СКОПЈЕ**

ПОСЕБНИ УСЛОВИ

**ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ СО
АСИСТЕНЦИЈА ЗА ПАТНИЦИ ВО СТРАНСТВО**

- ПР/Г ПАКЕТ -

Февруари 2016 година

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

Овие Посебни Услови за доброволно здравствено осигурување со асистенција за патници во странство (во понатамошниот текст: Посебни Услови) се составен дел на договорот за здравствено осигурување со асистенција за патници во странство, кој што Договорувачот на осигурувањето ќе го склучи со ВИНЕР - ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурувач).

Дефинициите и одделни термини кои се споменуваат во овие Посебни услови и нивното значење се уредени со Условите за доброволно здравствено осигурување со асистенција на патници во странство.

ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 2

Предмет на осигурување

По овие Посебни Услови можат да се осигуруваат лица само индивидуално, за време на туристичко патување во странство. По овие услови не може да бидат осигурени лица кои се на привремена или постојана работа во странство, професионални возачи, ученици и/или студенти кои се на стручно усовршување во странство. По овие Посебни услови не може да биде осигурена спортска незгода.

(1) Со договорот за осигурување договорувачот се обврзува да ја плати премијата на осигурувачот, а осигурувачот се обврзува ако настане осигурен случај, да ги надомести трошоците т.е. ги обезбеди на осигуреникот договорените услуги за асистенција во странство.

(2) Износ на надоместот и вредност на асистенските услуги кои ги обезбедува осигурувачот т.е. асистентската компанија, не можат да бидат поголеми од максимално договорената осигурена сума на полисата по еден осигурен случај. Осигурувачот врз основа на договорот за осигурување, потпишаната полиса и платената премија, обезбедува помош и осигурителни услуги наведени во полисата, кои произлегуваат од осигурените случаи што ќе настанат во странство;

(3) Кога се склучуваат повеќе полиси со траење на осигурувањето во континуитет (полиси без прекин во осигурување), осигурените суми не се собираат.

Основно осигурително покритие

Здравствена помош и осигурување во случај на непредвидена болест на Осигуреникот или поради последици на несреќен случај за време на престојот на осигуреникот во странство.

Член 3

Способност за осигурување и Договор за осигурување

(1) Осигуреник може да биде секое лице на возраст до навршени 60 години живот, кое патува во странство.

(2) Осигурувањето може да се склучи само со лицето кое во моментот на потпишувањето на полисата престојува на територијата на Република Македонија и кое поседува валиден пасош на Р.М., кој е должен да го презентира на Осигурувачот при склучување на договорот за осигурување. Осигурувањето по овие Посебни услови важи само за лица кои се државјани на Р. Македонија и поседуваат патна исправа на Р.М. издадена од Министерство за внатрешни работи на Р.Македонија.

(3) Осигурувачот или неговиот преставник пополнува полиса за осигурување за секој Осигуреник, во која договорувачот со својот потпис го потврдува приемот на овие Услови и карактеристики на договорот за осигурување;

- (4) Договор за осигурување се склучува пред почетокот на патувањето во странство;
Се смета дека договорот за осигурување е склучен ако е издадена полиса за осигурување и ако е платена премија за осигурување пред почетокот на патувањето во странство.
- (5) Во текот на осигурувањето, Осигуреникот може да обави едно или повеќе патувања во странство, со тоа што вкупниот период на осигурително покрите се одредува според бројот на денови утврдени на полисата при склучувања на договорот за осигурување.

Член 4

Почеток и траење на осигурувањето

(1) Осигурувањето може да се склучи за период од најмногу 180 дена. Осигурувањето започнува на денот што во полисата е означен како почеток на осигурувањето штом осигуреникот ја напушти Република Македонија, но не пред денот кога е платена премијата и не пред да е помината границата на земјата на живеење.

Осигурувањето престанува на денот кој на полисата за осигурување е означен како ден на завршување на полисата и трае до 24 часот на денот наведен како истек на осигурувањето, односно по искористувањето на осигурените денови во рамки на траењето на полисата, односно со завршениот престој во странство, или ако е остварен осигурен случај од член 9 од овие Посебни Услови.

(2) Се смета дека периодот на престој во странство е завршен во моментот кога осигуреникот ќе ја помине границата и ќе влезе во Република Македонија. Со исклучок, доколку осигурениот случај кој му се случил на осигуреникот во странство бара подолго лекување, односно давање на асистентски услуги, кои траат и по истекот на датумот за осигурување на полисата, обврската на осигурувачот останува и во тој период, но најдолго до 2 (две) недели од датумот на истекување на осигурувањето, под услов дека бил оневозможен превоз до земјата на живеење, што мора да биде потврдено со лекарско мислење, во кое е прецизно наведено дека не се дозволува или би било ризично по животот и здравјето на осигуреникот, доколку порано од предвидениот период истиот биде транспортиран во матичната држава, во спротивно осигурувачот нема обврска на никакви плаќања за периодот кој ги надминува деновите на склученото осигурување.

Договорот за осигурување по овие Посебни услови не може да биде продолжен по искористувањето на осигурените денови по полисата, односно по истек на периодот за кој е издаден, доколку Осигуреникот е надвор од Република Македонија.

Член 5

Територијално покрите на осигурувањето

Осигурувањето важи во сите европски земји и Турција.

Доколку во некоја од земјите наведени во став 1 од овој член постои потенцијална опасност од терористички акти или е прогласена воена или вонредна состојба, осигурувањето не важи.

Член 6

Лимит на осигурително покрите

(1) Доколку настанат повеќе штети кои произлегуваат од ист штетен настан и временски се поврзани (како сообраќајна незгода и слично), максималната обврска на осигурувачот за сите лица изнесува 24.000,00 денари, односно согласно договорените суми на осигурување за конкретен пакет на осигурување, а уредено со полисата.

Во случај на настанување на штета, при обештетување на оштетените се применува правило на пропорција.

(2) Доколку Осигуреникот има повеќе полиси за патничко осигурување кај Осигурувачот, Осигурувачот дава надомест само по основ на една полиса.

Лимити на осигурително покритие

- Здравствена помош и осигурување во случај на непредвидена болест на Осигуреникот или поради последици на несреќен случај за време на престојот на осигуреникот во странство – болничко лекување до 100 еур, амбулантно лекување до 50 еур;
- Стоматолошки третман – до 50 еур;
- Трошоци за лекаства – до 30 еур;
- Репатријација на посмртни останки – до 100 еур.

Член 7

Премија за осигурување

Премијата за осигурување се пресметува според тарифата на премии за осигурување и се плаќа веднаш при склучувањето на договорот за осигурување.

Во случај на барање за сторно на полисата, Осигурувачот задржува 123 денари, а повратот се прави врз основа на барање за поврат, изјава за немање на штета и приложена фискална сметка за извршена уплата.

Член 8

Франшиза

Осигурителното покритие ПР/Г е без франшиза или со франшиза од 10% или 20% во штетен настан.

Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, осигуреникот учествува во секој штетен настан во висина на договорената франшиза.

Член 9

Здравствено осигурување и здравствена асистенција

(1) Осигурен случај, во смисла на овие Посебни Услови за осигурување претставува ненадејна болест или последица на несреќен случај за време на престојот на осигуреникот во странство, кој настанува во текот на договорениот период на осигурување;

(2) Осигурен случај започнува со почетокот на медицинскиот третман - лекување и се завршува во моментот кога од медицинска точка на гледиште, не постои повеќе потреба за лекување во странство;

(3) Во случај на настанување осигурен случај, Осигурувачот ќе ги надомести разумните и вообичаени трошоци кои настануваат во врска со лекувањето на Осигуреникот при патување во странство, но максимално до износот на осигурената сума наведена во полисата;

Под разумни и вообичаени трошоци се сметаат трошоци за медицинско лекување кои не се повисоки од општото ниво на трошоци во слични случаеви на тоа подрачје, кога се работи за ист или сличен медицински третман и лекување, услуги или помош на лица од ист пол и слични години на старост, за слична болест или повреда. Во случај на осигурен случај ќе се користи болница во местото во кое престојува Осигуреникот или пак најблиската специјалистичка болница, водејќи сметка чинењето на медицинските услуги да биде во корелација со општо важечките пропишани и применувани ценовници во подрачјето на патување.

(4) Во зависност од договореното ниво на осигурително покритие означено на полисата за осигурување, посебно ангажирана медицинска установа ќе му овозможи на осигуреникот услуги на здравствена асистенција, по претходна препорака од осигурувачот.

(5) Здравствената асистенција во смисла на овие Посебни Услови ги вклучува:

Услугите на медицинска асистенција, која е потребна според мислењето на претставникот на компанијата или од претставникот на центарот за помош на осигурувачот и која е одобрена од негова страна, а која подразбира:

1. Упатување на лекар

Давање на сите неопходни информации на Осигуреникот врзани за итна медицинска асистенција, како што се имиња, броеви на телефони и адреси на лекари, стоматолози, болници, медицински центри, аптеки, амбулантни станици кои се наоѓаат во близина на моменталниот престој на осигуреникот.

2. Лекарски совети

Давање совети на осигуреникот за мерките што треба да ги превзема, со исклучок на давање на дијагноза.

3. Следење и известување за здравствената состојба на осигуреникот

Следење на здравствената состојба на осигуреникот преку лекари и лекарски институции во кои осигуреникот се лечи, како и редовно информирање во врска со неговата здравствена состојба, на блиска личност во Република Македонија и која претстојува во Република Македонија, а која ја именува осигуреникот.

Услуги на плаќање на следните трошоци на лекување:

1. Медицински третман во амбуланта или болница одобрен од страна на Осигурувачот;
2. Лекови и завои препишани од страна на овластениот лекар;
3. Болничко лекување (хоспитализација) во институција која во странска земја во општ смисол се смета за болница, каде Осигуреникот е под постојана контрола на лекарот, која има доволен број дијагностичка и терапевтска опрема и ги ограничува медицинските услуги на научно признати методи, кои се клинички тестирани во таа земја. Во случај да настане осигурен случај, ќе се користи болница во местото во кое што претстојува осигуреникот или пак најблиската соодветна болница;
4. Операции и трошоци во врска со операцијата;
5. Стоматолошки третман, но само во случај на акутна забоболка, во согласност со лимитот на табелата за покритие по вид на одбран пакет.

Услуги за репатријација:

Репатријација, односно организација и покритие на трошоците на транспорт на посмртните останки на Осигуреникот во земјата на живеење, со исклучување на трошоците за погреб во земјата на живеење.

Во случај на репатријација на посмртни останки ќе се одреди најрационалното и најекономично превозно средство.

Член 10

Ограничувања и исклучувања поврзани со здравственото осигурување и асистенција

Здравственото осигурување не се однесува за:

- во случај на хронична болест, вродени мани и последица на овие болести кои постоеле или за кои се знаело за време на склучување и/или почетокот на осигурување, доколку не биле

лекувани, или за болести кои се болнички лекувани во последните 6 месеци пред почетокот на осигурувањето, вклучувајќи ги и нивните последици. Во секој случај исклучена е обврската на Осигуреникот за сите хронично болни лица кои што немаат обезбедено потврда од лекар дека се способни за патување;

- Исклучена е обврската на Осигурувачот доколку медицинската документација од земјата на живеење покажува нарушено општа здравствена состојба која претставува зголемен ризик, па можноста за настанување на осигурен случај, односно акутизација на наведената здравствена состојба со присуство или без присуство на таков ризик;

- Болести или повреди од било кој вид кои што согласно мислењето на медицинскиот тим не се карактеризираат како итен случај или чие лекување може да се одложи до враќањето на патникот во Р. Македонија;

- Услуги кои не се неопходни за утврдување на дијагнозата;

- Услуги амбулантно третирани повеќе од 50 евра (вклучително и трошоците поврзани со лекувањето);

- Исклучена е обврската на Осигурувачот, односно на компанијата за повеќе од 1 (еден) преглед во странство (во висина утврдено како во претходната алинеја), освен во случај кога медицинскиот тим посебно одобри и смета дека е неопходен дополнителен контролен преглед;

- Болест или повреда од било кој вид кои не бараат прекинување на патувањето во странство или чие лекување може да се одложи до неговото враќање во земјата на живеење;

- Ако се утврди дека Осигуреникот имал сознание или пак овластениот лекар во земјата на живеење го предупредил дека неговата здравствена состојба е таква и дека поради можни акутни компликации потенцијално е загрозен неговиот живот, а може да се лекува конзервативно или хируршки во земјата на престој, исклучена е обврската на Осигурувачот за сите трошоци поради лекување на таа состојба во странство. Ќе се смета дека Осигуреникот самоволно ги превзел ризиците на евентуални последици на таквата здравствена состојба, при патувањето во странство;

- За време на реализација на посебно организирано патување поради лекување - со цел за медицински третман (операција) или кога Осигуреникот се наоѓа на чекање за операција во земјата на живеење, односно кога постои медицински извештај (здравствен картон или останата здравствена документација) на Осигуреникот на основа која може да се заклучи дека на Осигуреникот му е препорачана операција во земјата на живеење пред склучување на Договорот за осигурување;

- Превземена медицинска интервенција. Било каква нега, купување на лекови заради претходна здравствена состојба на пациентот или од причини поврзани со неа; состојба која била очекувана или можела да се предвиди, без разлика дали му била позната на Осигуреникот или не;

- Под претходно постоечка здравствена состојба пред почетокот на осигурувањето во која лекарскиот третман бил неопходен или истиот бил предложен од лекари при што било потребно препишување на рецепти за лекарства, или истите биле веќе препишани.

- Услуги кои не се неопходно потребни за последиците на акутна болест или повреда, предизвикана од незгода и потврдени од страна на медицински тим;

- Дополнителни трошоци за болнички третман последица од фактот дека, иако медицински може да се разреши, Осигурувачот не може да го врати Осигуреникот за понатамошен третман во Р. Македонија;

- Алергиски реакции како последица на претходна дијагностицирана медицинска состојба;

- Алергиски реакции настанати од сонце и прашина, за кои осигуреникот сам мора да превземе мерки за заштита, не се опфатени со Условите;

- Како последица на некомплицирани (сходно на применетата терапија) случаи на манифестирани алергии кои настануваат со изложување на Осигуреникот на сончеви зраци како и во случај на непостапување на Осигуреникот за случај на превентива и спречување на последици од манифестирани алергии, а спрема мислењето на лекар цензор на Осигурувачот;

- Како последица на некомплицирани убоди на инсекти, како и реакција на убоди на инсекти кои директно не го угрозуваат животот на Осигуреникот, а согласно мислењето на лекар цензор на Осигурувачот;

- Лесни настинки (ринофарингити, тонзилити, ларингити) и останати настинки кои не бараат хоспитализација, освен ако дополнително не прераснат во пневмонија која ќе биде болнички утврдена и согласно тоа лекувана со прилог на изворна медицинска документација за текот на лекувањето;

- Третман од дебелина, лечење импотенција, стерилитет и вештачко оплодување, вакцинации;

- Сончаница (insulation), како реверзибилна состојба.

- Состојба на воспаление на уво т.н „Пливачко уво“ – воспаление на надворешниот ушен канал кој најчесто се јавува во лето, како последица од долготрајно задржување во вода (со чешање и пецкање во увото за кое е потребно да се изврши испирање); исклучена е и повторна епизода на инфекција на уво после допир со морска (хлорна) вода; освен во случај на акутен бол и секундарна инфекција на уво (отит на средно уво) кое е лекувано во болница.

- Ентерити и гастроентерити настанати во земјата на патување, за исклучок се смета потешка состојба која бара хоспитализација (со претходна потврда од страна на осигурувачот) на осигуреникот со примена на соодветна терапија.

- При патување во Турција, осигуреникот е должен да превземе претходни мерки за заштита (медицински документиран податок за таблетарна терапија) за прилагодување кон климатските услови, во спротивно ќе се сметаат како состојба настаната од небрежност на осигуреникот.

- Осигуреникот према климатските услови и консумирањето на вода за пиење;

- Уринарни инфекции кои се јавуваат кај постклимактерична женска популација;

- Лекување карцином, заразни болести, СИДА и венерични болести, како и трошоци на лекување;

На хронични болести:

- трошоци во врска со бременост, самоволно прекинување на бременоста, пред породилна нега или породување, како и секоја болест или компликација врзани со состојбата на бременост, освен кога осигурувачот ги покрива трошоците за лекување и медицински мерки за директно отстранување на опасностите по животот на мајката и детето, под услов трудницата на почетокот на абнормалниот тек на бременоста да нема навршено 38 години живот односно 28 недели бременост;

- незгоди предизвикани од болести како епилепсија или маларија;

- отстранување или трансплатација на органи, ткива или клетки;

- медицински испитувања и лекувања, рутински прегледи, методи на медицинска дијагностика, медицински истражувања или третмани кои не се во врска со настанување на осигурен случај, како и вакцинирања, примена на средства за контрацепција и лекови од било кој вид;

- експериментални медицински методи или методи кои се користат во корист на истражување, а кои не ги признава социјалната заштита, како и естетско-корективни лекувања и операции;

- термално лекување, односно трошоци за превентивни лекови, заздравување во бањи и здравствени центри, санаториуми и други центри или слични институции, како и трошоци за психијатриско лекување, лекување на ментални заболувања и нивни последици;

- набавки, поправки и користење на очари, контактни леќи, како и протетични справи од било кој вид;

- стоматолошки третман кој не бара итна интервенција, дефинитивно забно лекување, ортопедија на вилица (освен во случај на незгода), ортодонција, парадентално лекување, отстранување на забен камен, лекување на корен на заб, замена на заб, забна круна, изработка на забни протези и мостови, репарација или поправки;

- лекување на осигуреникот од страна на неговиот брачен другар, родител или дете;

- доколку осигуреникот сам ја избере болницата без консултација со Осигурувачот, Осигурувачот има право да го одбие надоместот на трошоците за болничко лекување;

- непријавување на осигурениот случај на осигурувачот, односно на компанијата во рок од 48 часа од настанат осигурен случај.

(2) Осигурувачот не ги покрива дополнителните трошоци настанати во врска со превозот на осигуреникот на територија на земјата на живеење, туку тие трошоци паѓаат на терет на осигуреникот.

(3) Извршените трошоци за лекување се признаваат исклучиво доколку се во сообразност и пропишани со ценовна листа на услуги од земјата во која се применуваат и не се поголеми од општите нивоа на трошоци во слични здравствени институции кога се работи за ист или сличен медицински третман за слична болест или повреда. Осигурувачот ќе ги исплаќа само горе наведените износи. Евентуалната разлика паѓа на товар на Осигуреникот.

Не се признаваат трошоци за кои е извесно дека Осигуреникот самиот ќе ги плател и доколку не настапил осигурен случај (трошоци на исхрана во ресторан и останати).

Не се признаваат трошоци направени од страна на придружувачот на Осигуреникот (член на семејството) кои се однесуваат на хотелско сместување, такси превоз, мобилна телефонија.

Не се признаваат и трошоци за превоз на Осигуреникот со такси или со друго превозно средство кога тоа не е медицински оправдано и според проценката на медицинскиот тим (лекар цензор).

Исклучување на обврските на Осигурувачот за исплата на осигурителните покритија од незгода:

- кога осигуреникот го загубил животот како последица на намерно дејствување на корисникот на осигурувањето,

- кога е докажано дека осигуреникот ја предизвикал незгодата спротивно на законот, или намерно поради небрежност - тоа во следните случаи:

1. во алкохолизирана состојба со ниво на алкохол преку 0,80 промили (за возач преку 0,50 промили), или под влијание на наркотични средства или лекови;

2. како резултат на осигуреникот без возење со возачка дозвола.

- кога осигуреникот извршува дејност, работа во странство или извршува работи и задачи за странски работодавач и остварува примања од истото.

Член 11

Општи исклучувања и ограничувања

(1) Исклучени се сите обврски на осигурувачот, ако осигурениот случај настанал:

1. Трошоци за враќање превземени без одобрение на осигурувачот или трошоци за предвременно враќање без одобрение од лекар специјалист;
 2. Во случај кога Осигуреникот знаел дека има можност за настанување на осигурен случај или би можел да предвиди дека ќе се случи;
 3. Како последица на природна катастрофа, елементарна непогода и прогласена епидемија и заразни болести.
 4. Во случаите кога осигуреникот го загубил животот како последица на намерно дејствување на корисникот на осигурувањето;
 5. Надвор од предвидената територија на која важи осигурувањето или ако осигурениот случај настанал пред почетокот на осигурувањето, односно по поминување на осигурениот период или е настанат по враќање во земјата на живеење;
 6. Како последица на намерно дејствие на осигуреникот, самоубиство и обид за самоубиство или душевни болести (непресметливост) на осигуреникот, намерно самоповредување, самолечење, алкохолизам, зависност од дрога или користење на опојни (халуциногени) производи, како и состојба под влијание на алкохол или дрога. Се смета дека осигуреникот е во алкохолизирана состојба ако после настанување на осигурениот случај е утврдено присуство на алкохол во крвта повеќе од дозволената количина на алкохол спрема позитивните законски прописи кои се на сила во моментот на настанување на несреќниот случај, односно ако се пронајдат траги на наркотични средства. Исто така, се смета дека Осигуреникот е во алкохолизирана состојба доколку алкохолизираност проценил овластен лекар како стручно лице, т.е медицинскиот тим проценил дека дејството на алкохолот имало за последица здравствени проблеми;
 7. Како последица на незгода предизвикана од возење на мотор без заштитна опрема (кацига). Без поседување на меѓународна возачка дозвола за одредена категорија.
 8. Поради тоа што Осигуреникот се занимава со ризични и опасни активности или спортови како што се: лов, акробации, нуркање, едриличарство, спелологија, планинарење, работење со огномет и експлозиви, падобранство, скијачки скокови, возење со боб, акробатско скијање, банџи скокање, авто-мото трки, акробација со ролери, скијање на вода, управување со скутери на вода, хокеј, лизгање на мраз, параглајдерство, летање со балон, картинг возење, активности во воден парк;
 9. Осигурувањето од спортска незгода по овој пакет воопшто не може да се вклучи и има третман на исклучок;
 10. Настани кои настанале во текот на учество на подготовки, учество на тренинзи;
 11. Како последица на војна, инвазија, делување на надворешен непријател, непријателства (без оглед дали војната е објавена или не), терористички активности, граѓанска војна, акт на саботажа, тероризам или вандализам, побуни, револуции, востанија, војни и други видови на узурпирање на власт;
 12. Како последица на јонизирано зрачење или контаминација од радиоактивност од друг радиоактивен отпад настанат со согорување на нуклеарното гориво, односно радиоактивни, отровни, експлозивни или други опасни својства на експлозивниот нуклеарен склоп или на некои негови компоненти;
 13. Како штета од неимотна природа;
 14. Како трошок кој би бил платен и доколку осигурениот случај не се случил.
- (2) Исклучена е обврската на Осигурувачот, во случај кога Осигуреникот склучил друга полиса која го покрива истиот осигурен случај, освен за надомест кој не е покриен со друга полиса. Во

случај кога Осигуреникот е покриен со осигурување кај истиот Осигурувач и со втора полиса, се смета дека има право на покритие по основ на полисата со поголемо покритие, односно по основ на полисата по која осигурувањето важи подолг временски период, доколку истата се однесува на период во кој е случен штетниот настан .

Исклучена е обврската на Осигурувачот кога надоместокот на осигурениот случај е предмет на исплата на некој друг начин (билатерални спогодби, осигурување од автоодговорност и сл.).

Член 12

Начин на пријавување на осигурениот случај

(1) Во случај на потреба на асистенција, кога ќе се случи осигурен случај или постои можност за склучување осигуреникот има обврска да го пријави осигурениот случај.

(2) Под пријава на осигурениот случај во смисла на овие услови се подразбира осигуреникот да ги изврши следните работи:

1. Веднаш, а најдоцна во рок од 48 часа од настанат осигурен случај да го повика дежурниот центар на компанијата на телефон кој се наоѓа на полисата за осигурување (да се јави на дежурниот телефон на центарот за помош во ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје);
2. да изврши идентификација, со давање на основни податоци за себе (име и презиме, бр на пасош и сл.)
3. да прифати лекување во здравствената установа во која што ќе го упати дежурниот центар;
4. да пополни формулар (даде изјава) за пријава на оштетно побарување;
5. да прати копија на полиса на број на факсот кој се наоѓа на полисата;
6. да достави број на телефон и адреса во странство на кој ќе може да биде лесно контактиран;
7. накратко да го опише видот и начинот на настанување на осигурениот случај.

(3) Ако не е можно итно да се телефонира пред да се консултира лекар, осигуреникот треба на лекарот или персоналот на болницата да ја покаже полисата за осигурување, кои по правило вршат пријава на осигурениот случај со повикување на дежурниот центар на компанијата.

(4) Кога се користи болничко лекување, а Осигуреникот сам ја избере болницата без консултација со дежурниот центар на компанијата (консултација со центарот за помош на ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје), компанијата има право да го одбие надоместот на трошоците за лекување.

(5) Во секој случај, кога поради ненадејна болест или несреќен случај неопходно е болничко лекување (хоспитализација), потребно е да се изврши пријава во рок од 48 часа од настанување на осигурениот случај, а најдоцна до моментот на напуштање на здравствената установа во која што се лекувал осигуреникот, и тоа пред да се платат настанатите трошоци за лекување и на асистентската компанија да и се дадат потребни информации, име и адреса на болницата, името на лекарот кој го лечи осигуреникот и број на телефон. Во спротивно, осигурувачот не гарантира дека трошоците ќе бидат надоместени во полн износ.

(6) Во случај кога Осигуреникот, поради ненадејна болест или несреќен случај, е сместен во болница поради лекување (хоспитализација), а поради ургентно тешката здравствена состојба пропратена со губење на свест и не е во можност да изврши пријава на штета согласно ставовите од овој член, Осигурувачот ќе признае дополнителен рок за пријава на осигурениот случај, но не подолг од 7 дена од денот на настанување на осигурениот случај и задолжително пред плаќање на трошоците за лекување, односно пред излез од болницата и враќање во земјата на живеење. Во

спротивен случај Осигурувачот не гарантира дека трошоците на лекување ќе бидат надоместени, односно дека ќе бидат надоместени во полн износ.

(7) Осигуреникот е должен сите трошоци лично да ги подмири согласно препораката испечатена на полисата, да ја подигне медицинската документација, и по враќањето во Р.Македонија уредно да ја пријави штетата во рок предвиден со условите.

Доколку штетата се пријави во асистентска компанија или на Call center на ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје, а најдоцна во рок од 48 часа од моментот на настанување на незгодата, согласно даденото одобрување (неодобрување) од страна на компетентно лице ќе се пристапи кон обработка на барањето.

Во спротивност на горе наведеното, трошоците паѓаат на товар на самиот Осигуреник.

(8) Ако осигуреникот не е во можност да изврши пријава на осигурениот случај на компанијата, односно осигурувачот, извршената пријава во најкраток можен рок од страна на блиско лице, полиција, судскиот орган, болничката установа или било кој кој му пружил помош, важи како осигуреникот лично да извршил пријава.

Трошоците за извршениот телефонски повик, нема да му бидат рефудирани на осигуреникот, односно ќе паднат на негов трошок.

Член 13

Постапување и обврски на осигуреникот по пријавата на осигурениот случај

(1) По пријавувањето на осигурениот случај, компанијата дава согласност и понатамошни инструкции како да се изврши потребната постапка на лечење или да обезбеди услуги на асистенција.

(2) Осигуреникот е во обврска да одобри слободен пристап на компанијата или на нејзиниот претставник, да овозможи увид во здравствената документација и консултации со овластениот лекар кој го лечи осигуреникот, или извршување на дополнителни здравствени прегледи, како тие би биле во можност да ја оценат здравствената состојба на осигуреникот.

(3) Осигуреникот мора да направи се' за да ги смали трошоците и ги сведе на стварно потребни и нужни.

(4) Осигуреникот мора да го пријави на осигурувачот или на компанијата постоењето на друга полиса на осигурување која го покрива истиот ризик.

(5) Компанијата, односно осигурувачот има право да бара од осигуреникот да го извести за сите факти и да ги предаде сите документи кои осигурувачот смета дека се битни поради проверка на веродостојноста на пријавениот осигурен случај и поради исполнување на своите обврски кон осигуреникот, вклучувајќи и доказ за стварниот почеток на патувањето во странство, според кој ќе се утврди основаноста на покритието. На барање, Осигуреникот мора да даде на компанијата, односно осигурувачот овластување како би ги собрал сите важни факти од трети лица (лекар, аптекар, фармацевт, или други медицински претставници или медицински установи од било кој вид, превозникот на осигуреникот, здравствените или пензиони установи). Со прифаќање на овие услови осигуреникот го ослободува лекарот и парамедицинскиот персонал кој го прегледал пред и по настанување на осигурениот случај на професионалната обврска на чување на тајна.

(6) Осигурувачот, односно компанија е ослободена од било каква обврска за исплата на надомест, доколку било која одредба од овој член не се почитува.

(7) Осигурувачот, односно компанијата има право да ја одбие исплатата на надомест во случај:
- осигуреникот да не ги исполни своите обврски од договорот или не ги испочитува инструкциите кои ги добива од компанијата;

- доколку трошоците не се во согласност со ценовната листа, пропишана во земјата во која осигурениот случај настанал;

- ако изјавата на осигуреникот, која претставува основ за заклучување на полисата или која настане во процесот на пријавата на штета, биде лажна, со неистинит исказ, или ги прикрива фактите заради измама и сл.

(8) Доколку трошоците произлезени со настанување на осигурениот случај се помали од наведените максимални лимити предвидени со полисата за осигурување, осигуреникот нема право на исплата на разликата.

Член 14

Надомест на трошоци на здравствената установа - болница

По правило, трошоците настанати при лечење на осигуреникот се надоместуваат директно на болницата од страна на Осигуреникот, по претходно одобрена конфирмација од страна на Осигурувачот, само доколку осигурениот случај е правилно пријавен, во смисла на овој член, пред плаќањето на настанатите трошоци за лекување, односно пред излегувањето од болница.

За да се оствари правото на надоместок на трошоците на Осигуреникот, а кои настанале при лечење на осигуреникот, потребно е, покрај пријавата на осигурениот случај во call center или во компанијата, односно осигурувачот неопходно е да се почитува Одлуката за избор на лекар или на здравствена установа каде што ќе се лечи Осигуреникот, со доставување на:

- Копија на полиса на осигурување,
- Копија на пасош за утврдување на осигурително покритие, Медицински извештај кој содржи дијагноза и детален опис на медицинскиот третман, здравствен картон на пациентот и дневни забелешки на лекарот кој го лечи осигуреникот, како и видот на препишаната терапија - лекот;
- Оригинални сметки. За да бидат овие сметки признати како валидни, мора задолжително:
 - да се на име и презиме на осигуреникот;
 - да содржат датуми на третманот;
 - да бидат заверени со печат и потпис на овластениот лекар или фармацевт;
- Официјален извештај од полиција за настанување и видот на несреќниот случај (незгода) во случај повредата на осигуреникот да е последица од несреќниот случај (незгода);
- Документи со службена потврда за причината на смртта, со изјава и извештај на лекарот кој ја констатирал смртта;
- Сите останати документи потребни да се пресмета надомест, а кои ќе ги побара асистентската компанија.

Во случај кога болницата или докторот ја имаат кај себе оригиналната полиса, односно потврдата за осигурување на Осигуреникот, а не го пријават осигурениот случај кај Осигурувачот во рокот предвиден со овие услови и Осигуреникот биде отпуштен од болницата или се врати во земјата на живеење, болницата, односно докторот нема да има право на директен надомест на направените трошоци во врска со осигурениот случај од Осигурувачот.

Член 15

Надомест на трошоци на осигуреникот по враќање во земјата на престој

Согласно овие Посебни услови Осигуреникот сам ќе ги подмири трошоците, откако претходно го пријавил осигурениот случај и го испочитувал изборот на лекар или болница од страна на центарот за помош на ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје согласно членот 12, а истите ќе му бидат надоместени по неговото враќање во Република Македонија.

1. Надоместот по основ на осигурување ќе се исплати на оштетениот – трето лице, кое ќе докаже дека во име и за сметка на Осигуреникот ги има платено трошоците за лекување во странство.
2. Надоместокот се плаќа во денари спрема официјалниот среден курс на НБРМ на валутата која е користена за плаќање на овие трошоци на денот на настанување на осигурителниот случај, односно на денот назначен на сметката. Во случај износот на сметката да е над износот на осигурената сума назначена во полисата, разликата паѓа на товар на Осигуреникот.
3. Оштетното побарување мора да се предаде на Осигурувачот не подоцна од 30 дена од завршеното лекување извршено во странство или најдоцна до 8 дена по поминување на границата и влез во Р. Македонија, со доставување на следните документи: оригинална полиса; договор за патување со агенцијата, во случај на организирано туристичко патување, пасош со доказ за почетокот на престојот на осигуреникот во странство; медицински извештај кој содржи дијагноза и детален опис на медицинскиот третман, комплетна историја на болеста на пациентот, како и дневните забелешки на лекарот кој го лечел осигуреникот со видот на препишаната терапија-лекот; оригинални сметки.
4. За да бидат овие сметки признаени како валидни мораат задолжително:
 - да се на име и презиме на осигуреникот;
 - да содржат детален опис на видот на болеста, односно видот на акутната забоболка;
 - да содржат детали за пружениот медицински и стоматолошки третман, како и видот на препишаниот лек;
 - да содржат датум на третмани;
 - да бидат заверени со печат и потпис на овластениот лекар или фармацевт;
 - официјален извештај од полиција за настанување на несреќниот случај (незгода) во случај повредата на осигуреникот да е последица од несреќниот случај (незгода);
 - документи со службена потврда за причината на смртта, со изјава и извештај на лекарот кој ја констатирал смртта, во случај на смрт на осигуреникот;
 - сите останати документи потребни да се пресмета надомест, а кои ќе ги одобри осигурувачот.

Превод на овие документи, освен ако се напишани на македонски или англиски се на товар на осигуреникот.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 16

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, чија одлука е конечна.

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.