



АКЦИОНЕРСКО ДРУШТВО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ  
ВИНЕР - ВИЕНА ИНШУРЕНС ГРУП СКОПЈЕ

Пречистен текст на  
**ПОСЕБНИ УСЛОВИ**  
ЗА КОЛЕКТИВНО ДОПОЛНИТЕЛНО И ПРИВАТНО  
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Март 2013 година

## ОПШТИ ОДРЕДБИ

### Член 1

Со овие Посебни услови, се регулираат правата и обврските на АД 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 здравствените 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, а за разликата над износот опфатен со правата од задолжителното здравствено осигурување на име учество со лични средства при користење на здравствените услуги од задолжителното здравствено осигурување согласно Законот.

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 и правниот 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 здравствената заштита и Законот за здравственото 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.

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:

1. 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;
2. пропишано од страна на соодветните специјализирани лекари;
3. во согласност со општо прифатените професионални стандарди на медицинска пракса и јурисдикција каде што е овозможено лекувањето;
4. Не е првенствено наменето за личен комфор или удобност на пациентот, неговото семејството, докторот и други даватели на услуги или заштита;
5. Не е дел од образовна или стручна обука на пациентот, ниту пак е поврзан со истото,
6. Не е експериментално ниту пак во фаза на истражување.

### Член 4

**Болница**, подразбира здравствена установа која обавува стационарна и здравствена дејност, како и специјалистичко-консултативни дејности на секундарно и терцијарно ниво на здравствена заштита.

Под болница од став (1) на овој член не се вклучуваат: здравствени капацитети за третман на психијатриски пациенти, домови за стари лица и геријатриски установи, медицински установи за

специјализирана рехабилитација, односно здравствени установи кои го користат природниот фактор во лекувањето, установи за одвикување од болести на зависности, центри кои обезбедуваат услуги или третмани за долгорочна нега или за одмор (слебеење, опоравување), како и потврдено банско подрачје.

## Член 5

**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 став (1) Член 5 од овие Посебни услови се подразбира ненадејно настанување на ограничена патолошка појава која е спонтана или со употреба на 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.

## Договорувач на осигурување

### Член 6

Договорувач на осигурување во смисла на овие услови може да биде исклучиво правно лице, под услов да договорува осигурување за најмалку 10 вработени или на посебно Барање на договорувачот и одобрение од Специјалистот во класата, може да се склучи и договор за осигурување за над 5 лица.

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 7

Осигуреникот е физичко лице за кого е склучен договор за колективно дополнително здравствено осигурување со осигурувачот и кој што 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).

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 (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 8**

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 е составен дел на договорот за осигурување и истиот мора да биде потпишан и заверен од страна на осигурувачот и договорувачот, и приложен со Барањето за осигурување.

### **Член 9**

По започнувањето на осигурување, во осигурителното покритие исто така, можат да бидат вклучени и други лица во согласност со член 7 од Посебните услови како и членовите на нивните семејства, на писмено барање на договорувачот на осигурувањето, со обезбедување на соодветени 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 10**

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 е должен истиот веднаш без одлагање да го извести Осигурувачот или најдоцна во рок од 1(еден) ден од престанокот.

## **ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ**

### **Член 11**

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 за време 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 12

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 13

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 Посебните 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.

## Степен на обврски на осигурувачот

### Член 14

Кога ќе настапи Осигурен случај осигурувачот е должен да го исплати надоместот во рок од 14 дена од приемот на доказ за постоење на основ и висина на обврската.

Во зависност од локацијата на која што на осигуреникот му е дадена неопходна здравствена услуга, надоместот се исплатува на здравствениот центар од Мрежата, или на осигуреникот, доколку сам ги подмири настанатите трошоци или на трето лице кое ќе докаже дека ги платило трошоците на лекување.

## Обем на осигурително покритие

### Член 15

Осигурување во смисла на овие услови може да се заклучи по следниве пакети на здравствени услуги:

- А. Основен пакет
- Б. Проширен пакет
- В. Комплетен пакет

## Член 16

Основниот пакет ги вклучува следните здравствени услуги кои се извршени во здравствена установа со примарно ниво на здравствена заштита:

1. прегледи кај лекар од општа пракса, и / или лекар специјалист, во случај на акутни здравствени состојби, во здравствена установа со примарно ниво на здравствена заштита

- **Специјалистички прегледи се прегледи кај лекари од следниве специјалности:** интерна медицина, Пулмологија, неврологија, гинекологија, хирургија, урологија, офталмологија, физикална медицина, оториноларингологија, радиологија, педијатрија, инфектологија, дермато-венерологија, психијатрија, ортопедија, кардиологија, гастроентерологија, ендокринологија, ревматологија, онкологијата, хематологијата.

2. стоматолошки преглед.

3. Лабораториска, рентгенска и друга дијагностика предложена од страна на лекар од општа медицина, специјалисти и / или субспецијалисти од здравствени установи во кои што е извршен прегледот, а медицински е неопходна и оправдана за дијагностика и лекување на болести и / или повреди.

- **Лабораториска дијагностика вклучува:** комплетна крвна слика со леукоцитина формула, седиментација, протромбонско време, а РТТ, Фибриноген, К, Na, хлорид, магнезиум, фосфор, калциум, уреа, креатинин, мочна киселина, билирубин, директни, тотален билирубин, протеини, албумин, гликоза, HbA1C, холестерол, триглицериди, HDL, LDL, АСТ, ALT, алкална фосфатаза, LDH, гама GT, холинестераза, панкреасна амилаза, киселина фосфатаза, простатична кисела фосфатаза, алфа-амилаза, СК-МВ, железо, ТИВС, UIBC, Т3, Т4, ТСХ, FT3, FT4, PSA, слободен PSA, CRP, калцитонин, At на Helicobacter pylori, микробиолошка анализа (брис од грло, носот, усна празнина, рани, очи, уши, кожата, јазикот, вулвата, уринокултура, и вагинален и цевикален брис, уретрални брисеви, брис на препицијум, спутум, копрокултура, спермокултура), столица на паразити и протозои, столица на окултно крварење, преглед на урина, протеини во урина во 24 часа;

- **Други дијагностички методи вклучуваат:** ЕКГ, ултразвук на срцето, Холтер ЕКГ, Холтер на крвен притисок, ергометрија, спирометрија, ултразвук на абдомен, ултра звук на дојка, ултра звук на тироидната жлезда, ултразвук на тестиси, ендоскопска дијагностика (колоноскопија и гастроскопија), колор доплер на крвните садови на вратот, колор доплер на крвните садови на нозе, колор доплер на крвните садови на раце, EMNG, EEG, TCD, видно поле, тонометрија, кератрометрија, аудиометрија, вестибулометрија, тимпанометрија, аноскопија, алерголошко тестирање, ренген дијагностика (ренген графика на коскено-зглобниот систем и бели дробови и срце, нативен преглед на абдомен, мамографија, интравенска урографија), Папаниколау тест, дерматоскопија, остеодензитометрија.

- **Апликација на пропишана интрамукуларна, интравенска, субкутана терапија пропишана од страна на лекар по извршениот преглед.**

- **Интервенции:** Санирање на повредите на коскено-зглобниот систем (репозиција и поставување на гипс), поставување на уринарен катетер, акутни стоматолошки интервенции (вадење на заб, акутна забна интервенција –поправка на заб).

- Лекови (медикаменти) не поскапи од 3 еур, а пропишани како терапија.

Осигурителното покритие за основниот пакет изнесува максимум до 2000 евра годишно по осигурено лице, како максимална обврска на осигурувачот на годишно ниво.

## Член 17

Проширениот пакет го вклучува Основниот пакет и систематски преглед кој се изведува еднаш во текот на годината, како и сите понатамошни специјалистички прегледи, лабораториски испитувања и дијагностички методи а спрема лекарската индикација утврдена во рамките на систематскиот преглед.

А) систематски преглед на жените вклучува:

1. лабораториски тестови (крвна слика, седиментација, анализа на урина, шеќер, уреа, креатинин, холестерол, HDL, LDL, триглицериди, билирубин вкупен и директен, АСТ,АЛТ, железо)
2. Интернистички преглед со ЕКГ
3. Преглед кај офталмолог (очен лекар)
4. Комплетен гинеколошки преглед – преглед, ултразвучен преглед, колпоскопија, ПАП и ВС на степенот на чистота,
5. Преглед и ултразвучен преглед на дојката
6. превентивен стоматолошки преглед.

Б) Систематски преглед кај мажите вклучува:

1. лабораториски анализи (крвна слика, седиментација, анализа на урина, шеќер, уреа, креатинин, холестерол, HDL, LDL, триглицериди, билирубин вкупен и директен, АСТ,АЛТ, железо)
2. Интернистички преглед со ЕКГ
3. Преглед кај офталмолог (очен лекар)
4. Ултра звучен абдоминален преглед и преглед кај уролог
5. превентивен стоматолошки преглед.

Систематски преглед кај жените и мажите може да вклучуваат и ретгенска снимка на белите дробови доколку истата е неопходна по предлог на лекарот.

Систематски прегледи за децата на возраст од 1 до 18 години:

1. лабораториски анализи (крвна слика, седиментација, анализа на урината, шеќер)
2. Преглед кај офталмолог
3. Преглед кај специјалист по физикална медицина
4. Превентивен преглед кај стоматолог
5. Преглед кај педијатар
6. Преглед кај логопед.

Систематски прегледи за деца до 12 месеци вклучува и квартални педијатриски прегледи, со мерење на телесна маса и должина, и ултразвучни прегледи на колкови во вториот, четвртиот и шестиот месец.

Осигурителното покритие за продолжениот пакет е до 2300 евра годишно по осигурено лице, како максимална обврска на осигурувачот на годишно ниво.

## Член 18

Комплетен пакет вклучува покритие на проширениот пакет и тоа:

- Физикална терапија и кинезитерапија, по препорака на лекар специјалист по физикална медицина со ограничување до € 200;
- Стоматолошки услуги на хигиена на уста и заби, со ограничување до € 200;
- Болничко лекување по препорака на лекарите од здравствените установи со или без хируршка интервенција и хирургија со ограничување до 500 евра;

Под хигиена на уста и заби се подразбира давање насоки и обука за соодветна орална хигиена и отстранување на тврди и меки наслагги од забите;

Осигурување за целиот пакет изнесува максимум 3200 евра годишно по осигурено лице, како максимална обврска на осигурувачот на годишно ниво.

## ДОПОЛНИТЕЛНО ПОКРИТИЕ

### Член 19

Ако дополнително се договори, осигурувачот има обврска да ги надомести и трошоците за лекови без оглед на поединечната вредност на лекот, до вкупната сума на осигурување од

најмногу 200 евра, но за разликата над признатиот дел од услугите, односно лековите опфатени со системот на задолжителното здравствено осигурување.

## ОПШТИ ИСКЛУЧОЦИ И ОГРАНИЧУВАЊА НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРУВАЧОТ

### Член 20

Осигурувачот нема да врши исплата за здравствени услуги и лекување на акутни болести кои настапиле пред склучување на осигурувањето, и чие лекување продолжува по склучување на осигурувањето.

### Член 21

Според Посебните услови осигурувачот не е должен да ги надомести трошоци настанати како резултат на:

1. Намерни постапки, крајна невнимателност на осигурениците, вклучувајќи и учество во сообраќајни незгода на пример 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 0,3 mg / ml на возачот, а кај другите учесници над 0,6 mg / ml.
2. природни катастрофи или природни непогоди (земјотреси, вулкански ерупции, итн)
3. Во случај на војна или вооружен 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 договарувачот или осигуреникот или корисникот на осигурувањето 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
10. Ризични и опасни активности или спортови, како што се: лов, акробатика, нуркање, едрење, спелеолошки, пешачење, активности со огномет и експлозиви, падобран, ски скокање, Боб санкање, акробатско скијање, банџи-џамп скокање, автомобилски и мотоцикл трки и така натаму.

### Член 22

Исклучена е одговорноста на осигурувачот, каде трошоци се направени како резултат или во врска со:

1. Примена на лек кој е пропишан за интрамускулна, интравенска или поткожна примена, со цена повисока од 3 €;
2. репродуктивни третмани како што се:
  - а) за спречување на зачнување кај мажите и жените (контрацепција и нејзините последици)
  - б) вазектомија и стерилизација



- в) сексуална дисфункција,
  - г) неплодност и која било форма на вештачко оплодување,
  - д) По извршена стерилизација, враќање во претходна состојба,
  - ѓ) Хируршки зафат за промена на полот,
3. хируршки естетски зафати по лична желба и тоа:
- а) естетски третмани без разлика дали е тоа од психолошки причини или не, вклучувајќи ги тука и стоматолошките и естетските третмани,
  - б) операции по личен избор т.е хируршка процедура која не е медицински неопходна, вклучувајќи ласерска очна хирургија,
  - в) Отстранување на бемки по личен избор,
  - г) обрежување (сунет - циркумцизија);
4. купување на очила за сонце и слушни помагала;
5. Престојување во здравствени установи за лекување на психијатриски пациенти, старечки дом и геријатриски установи, здравствени установи за специјализирана рехабилитација или здравствените установи кои го користат природниот фактор во третманот, установи за одвикување на болести од завиност, центри кои обезбедуваат услуги или третмани за долгорочна нега или одмор, во бањска област.
6. сите трошоци за криопрезервација и имплантација или реимплантација на живите клетки;
7. Третман или програм за намалување на телесната тежина;
8. обука во врска со исхрана, нутриционистички совети;
9. експериментален медицински третман кој вклучува третман што не е научно или медицински признат.
10. Останати трошоци кои вклучуваат:
- а) трошоците за купување на предмети за лична нега за време на нивниот престој во болница
  - б) сите трошоци за транспорт за да се добие медицински третман освен ако тие не претставуваат дел од итен медицински транспорт;
11. третман на малоклузивно или темпоромандибуларните нарушување на зглобовите (TMJD);
12. часови за бремени жени, или подготовка за породување;
13. Лекување на миопија или пресбиопија, вклучувајќи и хируршка интервенција на радикална кератотомија.

### Член 23

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.

### ОСТАВРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ПО ОСНОВ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 24

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 став 1 на овој член.

Обезбедување на потребната документација паѓа исклучиво на товар на Осигуреникот.

## Член 25

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 26

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, кои пак ќе бидат рефундирани во износи сразмерно на Ценовникот на услуги од мрежата на здравствени установи со кои Осигурувачот има склучено договор.

## ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

### Член 27

#### 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.