



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

## **УСЛОВИ**

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

Усвоени и донесени со одлука на Управниот одбор на  
ВИНЕР - Виена Иншуренс Груп АД Скопје  
Арх. бр. 2776/0202/1/21 од 12.03.2021 година

**ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ****Член 1**

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

**ДЕФИНИЦИИ**

**Осигурувач** - Акционерско друштво за осигурување ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп Скопје, што со договор за осигурување се обврзува да ги надомести трошоците на лекување, односно да обезбеди услуги со асистенција на Осигуреникот, кога ќе се оствари осигурен случај;

**Центар за помош (call center) на осигурувачот** - ги бележи, односно врши систематизација на повици со давање насоки за постапување во случај на незгода;

**Асистенција** - збир од активности кои Осигурувачот и Асистентската компанијата (во натамошниот текст: компанијата) ги презема поради давање стручна помош на Осигуреникот во случај кога ќе настапи осигурен случај;

**Договорувач на осигурување** - физичко или правно лице кое во свое име, или во име и за сметка на Осигуреникот, склучува договор за осигурување со осигурувачот;

**Осигуреник** - лице кое по основ на склучениот договор за осигурување има право на надомест на трошоците на лекување, како и право на користење на услуги на асистенција во странство, за случај на ненадејна болест или последици на несреќен случај (незгода), како и други непредвидени случувања, заради кои не може да го продолжи планираното патување и престој во странство.

**Останати осигуреници**

- **Ученици, студенти** - се лица на возраст од 14-26 год, кои статусот го докажуваат со ученичка книшка или индекс;

- **Семејство кое се осигурува по повластена стапка** - се сметаат родители и деца родени во или вон бракот до 19 годишна возраст кои патуваат заедно;

- **Група** - се повеќе од 5 лица кои се осигуруваат по повластена стапка, тие патуваат заедно, организирано преку овластена туристичка агенција, за точно определен временски период;

- **Правни лица (Бизнис клиенти)** - осигуреници кои можат да бидат само вработени кај Договорувачот, членови на органи на управување на правното лице, или лица кои имаат договор за дело со правното лице, односно лица кои се на платен список на правното лице.

**Корисник** - лице на кое се врши исплатата на осигурената сума, односно надоместот;

**Осигурен случај** - е штетен настан случен во странство (надвор од границите на државата во која осигуреникот е државјанин или има престој) со кој се остварува ризикот покриен со Договорот за осигурување, а кој мора да биде иден и независен од волјата на Осигуреникот, и кој го спречува продолжувањето на планираното патување и престој на Осигуреникот во странство.

**Премија за осигурување** договорен износ кој Договорувачот го плаќа на Осигурувачот;

**Блиско лице** - секое лице кое не мора да биде во роднинска врска со Осигуреникот, но кое Осигуреникот го именувал како свое блиско лице;

**Период на покрите** - број на осигурени денови во рамки на траењето на осигурувањето;

**Медицински тим** - медицински персонал вклучен во постапката на медицинска асистенција, односно во ликвидација на штета по секој осигурен случај, а ја сочинуваат лекарот кој го лечи Осигуреникот во здравствената установа и претставник на асистентската компанија, односно лекар цензор на Осигурувачот;

**Мислење на медицинскиот тим** - усогласен став на членовите на медицинскиот тим во врска со предметното барање;

**Лекар** - секое лице кое има диплома за завршен медицински факултет и соодветна лиценца издадена од надлежен орган за вршење на дејност согласно важечките законски прописи во земјата во која Осигуреникот патува;

**Ненадејна болест (акутна)** - подразбира од страна на овластениот лекар утврдено ненадејно и неочекувано заболување, односно инфективна болест, или органско пореметување, кое мора да настане во странство после почетокот на осигурувањето, а не е последица на некоја претходна здравствена состојба ниту е во врска со неа, а е од природа што бара лекување или престој во болница (хоспитализација), односно услуга на асистенција, и го оневозможува продолжувањето на планираното патување или престој во странство;

**Хронична болест** - односно болест која има перзистентна и долготрајна природа со повремени епизоди на подобрување или влошување не преставува осигуран случај

**Несреќен случај** - идна, ненадејна и од волјата на Осигуреникот независна повреда на телото, односно осигурен случај кој го спречува Осигуреникот да го продолжи планираното патување;

**Странска земја** - ги подразбира сите земји во кои Осигуреникот патува, т.е. земји предвидени со овие Услови, со исклучување на земјата на живеење и/или земјата во која ја купува полисата;

**Земја на живеење** - земја во која е пријавен престојот на Осигуреникот;

**Репатријација** - превоз на Осигуреникот во земјата на живеење по завршеното лекување или превоз на посмртните остатоци на Осигуреникот во земјата во која живее, т.е. превоз на Осигуреникот во медицинската институција во земјата на живеење;

**Итен случај** - сериозна болест или повреда која во случај на изостаната лекарска помош - медицинска интервенција, го загрозува животот на Осигуреникот, односно може да доведе до трајно оштетување на здравјето на Осигуреникот;

**Медицински трошоци** - вообичаени трошоци за медицински материјал, трошоци за лечење и други медицински сервиси, кои од медицинска гледна точка се неопходни за лекување на Осигуреникот, кои не преоѓаат во обем, траење или интензитет, а обезбедуваат ниво на заштита потребно за безбедно, адекватно лекување, во склад со широко прифатените професионални стандарди на медицинска пракса во земјата на престој, а кои не се примерно наменети за личен комфор или удобност на пациентот, семејството, лекарот;

**Осигурена сума** - највисок износ до кој осигурувачот е во обврска;

**Асистентска куќа** - субјект кој според Договорот со осигурувачот овозможува и организира здравствена помош пропишана согласно член 21, став(3) од Условите,

**Професионален возач** - физичко лице кое е ангажирано како возач за превоз и шпедиција;

**Франшиза** - сума наведена во полисата, со која Осигуреникот учествува во секој штетен настан;

**Задолжителна франшиза** - сума наведена во полисата која Осигуреникот не може да ја откупи при штетен настан;

**Багаж** - патна торба која ги содржи личните ствари на Осигуреникот, а кои не спаѓаат во рачен багаж.

**Доцнење на багаж** - непристигнување на багажот повеќе од 20 часа сметано од пристигнувањето на дестинацијата на патување, и кое доцнење е регистрирано од надлежната аеродромска служба;

## ОПШТИ ОДРЕДБИ

(важат за сите пакети патничко осигурување)

### Член 2

#### Предмет на осигурување

По овие Услови можат да се осигуруваат лица индивидуално, како група или колективно (кога Договорувач на осигурувањето е правно лице, најчесто Туристичка агенција која ги организира патувањата) за време на патувањето и престојот во странство;

(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) Износот на надоместот и вредноста на асистентските 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:

1. 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, како и услуги за итна медицинска евакуација односно репатријација во земјата на живеење.

2. Осигурување на багаж и друга помош согласно член 15 од овие Услови;

Во смисла на овие Услови може да се договорот и дополнителни осигурителни покритија како:

3. Осигурување од последици на несреќен случај;

4. Осигурување од спортска незгода, осигурување на професионални возачи и спортисти, на градежни работници за работа во странство, на лица со продолжен престој во странство, но само со доплата на дополнителна премија.

### Член 3

#### Способност и Договор за осигурување

(1) Осигуреник може да биде секое лице на возраст до навршени 74 години живот, кое патува во странство.

(2) Осигуреник може да биде и лице кое се наоѓа на постојана работа во странство и кое не патува во земјата во која работи или живее, а лицата постари од 74 години не може воопшто да се осигураат;

(3) Лица со навршени 64 до 74 години живот се прифаќаат во осигурување со плаќање зголемена премија согласно посебните одредби за зголемен ризик, но за најмногу 30 дена во текот на една година почнувајќи од датумот на прием во осигурување на првата полиса. Полисата/полисите за осигурување издадена за подолг период од овој, престанува да важи на 31-от ден од почетокот на осигурувањето. Доколку настане осигурен случај кај овие лица, а зголемената премија не е платена, надоместот се намалува во однос на платената премија и премијата која би требало да се плати спрема стварната старост на Осигуреникот;

(4) Осигурувањето може да се склучи само за лицето, кое во моментот на потпишувањето на Договорот престојува на територијата на Р. С. Македонија и кое поседува валиден пасош кој е должен да го презентира на осигурувачот при склучување на Договорот. Осигурувањето може да се договори и за странски државјани, под услов да имаат одобрување за привремен престој или постојано престојувалиште во Р. С. Македонија, со што осигурувањето за овие лица нема да важи во Р.С. Македонија и во земјата во која што лицето е државјанин. За истото странскиот државјанин должен е да достави соодветен доказ дека му е одобрен престој во Р. С. Македонија (лична карта за странец, Одобрение од Агенција за вработување или друг вид на одобрение, издадено од надлежен орган во државата);

(5) Осигурувачот или неговиот претставник 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;

(6) 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, односно во моментот на издавање на полисата.

Доколку полисата за осигурување опфаќа повеќе лица, секое лице има својство на Осигуреник ако за него е платена премија за осигурување и се наоѓа на списокот на осигурени патници кој е составен дел на договорот за осигурување.

Во текот на осигурувањето, Осигуреникот може да обави едно или повеќе патувања во странство, со тоа што вкупниот период на осигурително покритие се одредува според бројот на денови утврдени на полисата при склучувања на договорот за осигурување.

## Член 4

### Почеток и траење на осигурувањето

Осигурувањето може да се склучи за период од најмногу 365 дена. Осигурувањето започнува на денот што во полисата е означен како почеток на осигурувањето штом Осигуреникот ја напушти Р. С. Македонија, но не пред денот кога е платена премијата и не пред да е помината границата на земјата на живеење. Доколку Осигуреникот ја минал границата, а претходно не ја платил премијата по полисата, осигурувањето се смета за невалидно.

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 со завршениот престој во странство или превоз на Осигуреникот во земјата на живеење, или доколу полисата е сторнирана согласно овие Услови.

Се смета дека периодот на престој во странство е завршен во моментот кога Осигуреникот ќе ја помине границата и ќе влезе во Р. С. 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.

Склучување на индивидуални полиси на осигурување на лица со наполнети 18 години до наполнети 27 години на старост со цел привремен престој поради школување во странство, може да се склучи со максимално траење од 365 дена со прилог на полисата – доказ дека лицето во тој период ќе се школува во странство.

Полисата може да биде издадена најрано 30-от ден пред почетокот на осигурувањето, освен доколку поради издржани причини не е потребно да биде издадена порано, а по посебно одобрување на лице овластено од Управниот одбор на Осигурувачот за истото.

## Член 5

### Продолжување на траењето на полисата

Во периодот на 365 денови на траење на полисата за осигурување, Осигуреникот кој ќе се одлучи за продолжен престој во странство, може да го продолжи и траењето на полисата, доколку во последните 15 дена од престојот во странство не користел медицински услуги и немал пријавено штета, ниту пак истата е или била настаната.

Осигуреникот може да бара нова полиса заради продолжување на периодот на осигурување, но со идентично покритие како и на основната полиса и тоа најдоцна 10 дена пред истекот на осигурителниот период кој бил договорен за период од минимум 60 дена, па се до максимум 181 дена.

Во врска со ставот 1 и 2 од овој член Осигуреникот има обврска да побара и пополни писмено Барање за продолжување на полисата, своерачно да го потпише и достави електронски или по факс преку контакт центарот на Осигурувачот или да достави податоци за лицето кое тој го овластил да го поднесе Барањето во негово име, заедно со писмена Изјава своерачно потпишана од Осигуреникот, со која тој потврдува дека до денот на поднесувањето на барањето за продолжување немал потреба ниту користел било каква медицинска, здравствена услуга во земјата во која престојува.

Во Барањето Осигуреникот има обврска да наведе точни податоци за лицето кое го овластил во негово име да го поднесе Барањето за продолжувањето на траењето на полисата за минимално 60 дена, а максимално 181 дена.

Со новата полиса која ќе му биде издадена на Осигуреникот опфатени се само осигурени случаи кои ќе настанат за периодот на продолжениот престој во странство, со исклучок на осигурен случај настанат во период на осигурување од претходната полиса. Осигуреникот со

новата полиса не може да ги надомести трошоците за лекување во странство кои настанале пред издавањето на новата полиса.

## Член 6

### Територијално покривање на осигурувањето

Осигурувањето важи во:

(1) Сите земји во светот со исклучок на Р. С. Македонија, доколку е странец и земјата од која потекнува, и подолу наведените земји:

1. **Африка:** Алжир - Св.Хелена – Сомалија - Западна Сахара – Руанда – Судан - Брегот на Слоновата Коска - Демократска Република Конго – Бурунду - Сиера Леоне – Еритреја - Етиопија;
2. **Азија:** Авганистан - Британска територија во Индиски Океан - Острови Кук - Источен Тимор – Ирак, Иран;
3. **Океанија:** Американска Самоа – Буве - Божиќен остров - Француска јужна територија - Херд и Мекдоналд Острови – Кирибати - Маршалови Острови – Микронезија – Науру – Ниуе – Палау – Питакрин - Соломонови Острови - Јужна Џорџија и Јужни Сендвички Острови – Токелау – Тонга – Тувалу - Мали Американски Острови – Вануату - Волис и Футуна.
4. Сите земји во кои постои потенцијална опасност од терористички акти, и земји каде е прогласена воена состојба.

(2) За лица кои постојано работат во странство осигурувањето не важи во земјата каде што работат.

## Член 7

### Корисници на осигурувањето

Корисник на осигурувањето е исклучиво лице кое е наведено во полисата како Осигуреник, освен:

1. Доколку настане осигуран случај со последица смрт на Осигуреникот од ризикот незгода за кое е избран соодветен пакет од тарифата на премии, корисници на осигурувањето се законските наследници на Осигуреникот;
2. Доколку Осигуреникот е малолетно лице, корисник на правата од склучениот договор е неговиот законски застапник или старател.

## Член 8

### Неважност на полисата

Полисата за осигурување нема правно дејство, ако Осигуреникот:

1. Навршува 64 години за времетраење на осигурувањето, а осигурувањето било склучено за подолг период од 30 дена, бидејќи од 31-от ден, осигурувањето е неважечко;
2. Не престојувал на територијата на Р. С. Македонија кога договорот бил склучен, освен доколку не бара продолжување на веќе издадена полиса;
3. Постојано работи во странство и патува во земјата каде што работи;
4. Не живее во Р. С. Македонија и патува во земјата чиј што жител е;
5. Не го пријавува осигурениот случај согласно Условите за осигурување и заради овој пропуст важни околности останале непознати;
6. Не е платена доплатна премија за спортска незгода, професионални возачи, возачи на спортски и брзи манифестации;
7. Не е платена премијата по полисата пред напуштање на Р. С. Македонија, односно излегување надвор од границата на Р. С. Македонија

## Член 9

### Лимит на осигурително покритие

1. Доколку настанат повеќе штети односно серија на штети на осигуреници, а кои произлегуваат од ист штетен настан и временски се поврзани, максималната обврска на осигурувачот изнесува **6.000.000,00 денари**, односно согласно договорените суми на осигурување за конкретен пакет на осигурување, а уредено со полисата.
2. Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, Осигуреникот учествува во секој штетен настан во висина од договорената франшиза.
3. Доколку Осигуреникот има повеќе полиси за патничко осигурување кај Осигурувачот, Осигурувачот дава надомест само по основ на една полиса и истовремено ја враќа премијата од другите полиси на Осигуреникот.

## Член 10

### Премија за осигурување

Премијата за осигурување се пресметува според тарифата на премии за осигурување.

## Член 11

### Враќање на премија и сторно на полиси

Осигурувачот одобрува враќање на премијата под следните услови:

1. Во случај на откажување на патувањето, полисата за осигурување може да се врати пред почетокот на осигурувањето на местото каде истата била подигната, со поднесување на валиден доказ за откажаното патување, по што премијата се враќа во износ намален за реалниот трошок на осигурувачот за печатење на полисата која се поништува во износ од 2 еур, во денарска противвредност, освен кај пакетот „Шопинг“ осигурување, каде износот кој се задржува изнесува 20 денари.
2. Во случај кога осигурувањето е започнато, а пред реализирање на патувањето (и само во случај да не е искористен ниту еден ден од осигурувањето) ако Осигуреникот не е во состојба да патува подолг период поради болест потврдено со медицински извештај, договорот за осигурување се прекинува од денот на известувањето на Осигурувачот. Во тој случај премијата се враќа намалена за износот на минималната премија со поднесување на доказ за спреченост на патувањето и полисата за осигурување.
3. Во случај на смрт на Осигуреникот пред да го искористи осигурувањето, договорот за осигурување престанува, а Осигурувачот ја враќа уплатената премија на корисникот или наследниците намалена за износот на минималната премија по добивање на доказ за настанат смртен случај и полисата за осигурување.
4. Во случај на отказ на патувањето, а доколку осигурувањето е склучено само за тоа патување, договорот за осигурување се прекинува од денот на известувањето на Осигурувачот, но во секој случај пред почетокот на осигурувањето, во тој случај премијата се враќа намалена за износот на минималната премија, со поднесување на доказ за отказ на патувањето и полисата за осигурување.
5. Во сите гореспоменати случаи Осигуреникот потпишува документ - изјава за поврат на премијата.
6. Во случај кога Осигуреникот искористил и еден ден од осигурувањето, како и кога Осигурувачот веќе дал услуга и е настаната штета не е можно враќање на премијата. Доколку е направен поврат на премија, а дополнително се испостави дека по полисата е настаната штета пред датумот на прекин на полисата, а која не му била ставена на знаење на Осигурувачот, тој нема обврска за исплата на истата, односно во ваков случај штетата паѓа на товар на Осигуреникот.

## Член 12

Настан поради кој дошло до откажување и прекинување на патување е само оној настан чие настапување Осигуреникот не го очекувал и не можел да го спречи, и кој претставува објективно оправдана причина да се откаже патувањето и тоа:

1. Смрт на Осигуреникот или смрт на член од потесното семејство. При пријава на настанот, Корисникот на осигурувањето / Осигуреникот има обврска да достави Извод од матичната книга на умрените и доказ за сродство;
2. Болест, болничко лекување или несреќен случај на Осигуреникот, односно на членови на неговото потесно семејство. Под членови на потесно семејство се сметаат: сопружник, деца, родители или старатели, браќа и сестри, односно други лица доколку живеат во заедничко домаќинство со Осигуреникот.
3. Болест или несреќен случај на Осигуреникот, при што му се нарушила здравствената состојба, мора да биде со таков интензитет што ќе предизвикува физичка немоќ за Осигуреникот да го реализира патувањето.  
**Патувањето мора да биде забрането од страна на доктор.**
4. Во случај кога е прогласена елементарна непогода во местото на престојување.
5. Во случај на оштетување или уништување на имотот кој е во сопственост на Осигуреникот како последица на пожар или како последица на непогода (олуја, град, поплава или бура). Оштетувањето мора да биде од таква природа што ќе биде потребно подолго време за санација на објектот.
6. Сообраќајна несреќа при тргнување до појдовната точка со која патувањето започнува во која е директно инволвиран Осигуреникот. При пријава на настанот, Осигуреникот има обврска да достави полициски записник од кој ќе може недвосмислено да се заклучи дека до сообраќајната несреќа дошло при патување до појдовната точка.
7. Во случај да дојде до отпуштање од работно место по одлука на работодавачот која не е предизвикана со намерни постапки на вработениот. Самоиницијативен отказ на вработениот не се смета за губење на работно место.
8. Неодложен судски повик, повик за војска и слични вежби на кои присуството на Осигуреникот е неодложно, кој повик е должен да го достави до Осигурувачот при пријава на настанот.

### Член 13

#### Франшиза

- (1) Осигурителните покритија КОМПАКТ, ПРЕМИУМ, ЕКСКЛУЗИВ и ВИП се без франшиза или со франшиза од 150 и 200 еур, додека покритието за ШОПИНГ е без франшиза.
- (2) Во делот на посебните одредби за зголемен ризик (за осигурување на лица) на возраст од 64 до полни 74 години се воведува задолжителна франшиза. За ризикот трошоци за лекување од болест од надоместокот на штета се одбива задолжителна франшиза во износ од 25% во секој штетен настан, но не помала од 2.000 еур и истата не може да се откупи.
- (3) Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, Осигуреникот учествува во секој штетен настан во висина на договорената франшиза.
- (4) За групни или организирани патувања, при секој осигурен случај од ист штетен настан на повеќе од 5 лица (осигуреници), надоместокот се намалува во висина од 30% од утврдениот надомест на штета кај секоја поединечно пријавена штета, како самоучество на Осигуреникот во штетниот настан, без оглед дали осигурувањето е склучено со или без франшиза.

### Член 14

#### Здравствено осигурување и здравствена асистенција

- (1) Осигурен случај, во смисла на овие 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. Осигурен случај вклучува и неопходен транспорт во земјата на живеење (т.н. репатријација) заради потребите на наведениот медицински третман - лекување;



(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 случаи 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 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 преземе, 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 на блиска личност во Р. С. Македонија која престојува во Р. С. Македонија и која ја именува Осигуреникот, а во врска со неговата здравствена состојба.

#### **4. Итна достава на лекови**

Ако во местото во кое се наоѓа Осигуреникот нема можност да се набави лек, кој според мислењето на овластениот лекар е неопходен и потребен за Осигуреникот, компанијата ќе организира достава на овој лек на Осигуреникот, или ќе утврди, препише, набави или испрати соодветна замена која може да се најде локално. Трошоците на достава, како и трошоците за лекот паѓаат на терет на осигурувачот;

#### **5. Посета на болно дете**

Доколку Осигуреникот е лице помладо од 18 години и се наоѓа во критична состојба или мора да остане во болница подолго од 3 дена, компанијата ќе организира и осигурувачот ќе ги надомести трошоците за повратна карта на економска класа за воз или, ако Осигуреникот се наоѓа во критична состојба трошок за авио-карта, економска класа, како и трошоците за сместување максимално до 5 дена од договорениот лимит за родителот на Осигуреникот или неговиот старател (преноќување и појадок).

#### **6. Посета на блиско лице**

Доколку, според мислењето на медицинскиот тим, неопходна е посета на блиско лице, а Осигуреникот се наоѓа во критична состојба, или неговата здравствена состојба е таква да има потреба од престој во болница подолг од 15 дена, компанијата ќе организира, односно Осигурувачот ќе го надомести трошокот за повратна карта - економска класа за воз или, во случај Осигуреникот да се наоѓа во критична состојба, трошок за авио - карти - економска класа и сместување во хотел максимално до 5 дена за посета на именуваното блиско лице (преноќување и појадок).

**Услуги на плаќање на следните трошоци на лекување:**

1. Амбулантно (вонболничко лекување);
2. Лекови и завои препишани од страна на овластениот лекар;
3. Медицински помагала и помагала за одење кои се неопходен дел на третманот за скршени екстремитети и повреди, препишани од страна на овластениот лекар;
4. 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;
5. Операции и трошоци во врска со операцијата;
6. Стоматолошки третман, но само во случај на акутна забоболка, во согласност со лимитот на табелата за покритие по вид на одбран пакет.

**Услуги за медицинска евакуација и репатријација** доколку се неопходни, според мислењето на медицинскиот тим, а со претходно одобрување од страна на осигурувачот, а земајќи ја во предвид здравствената состојба на Осигуреникот, и тоа:

1. Транспорт на Осигуреникот до најблискиот лекар или болница со амбулантното возило на итна помош, такси или некое друго превозно средство, доколку тоа е медицински оправдано и дозволено и претходно договорено и одобрено од страна на осигурувачот;
2. Транспорт и сместување на Осигуреникот во специјализирана болница или болница која е соодветна за лекување на загрозената здравствена состојба;
3. Репатријација, односно организација и покритие за дополнителни трошоци од неопходен и препишан медицински превоз од странска земја до местото на живеење на Осигуреникот или најблиската болница, во случај кога не е можно да се обезбеди соодветен медицински третман на Осигуреникот надвор од земјата на живеење или кога тоа би довело до загрозување на неговото здравје. Освен тоа, се надоместуваат и дополнителните трошоци за лицето кое го придружува Осигуреникот на пат, ако е тоа медицински одредено или службено неопходно;
4. Репатријација, организирање и покривање на трошоците за враќање на Осигуреникот во земјата на живеење по завршеното лекување, како обичен патник доколку повратната карта која ја поседува Осигуреникот не е валидна;
5. Репатријација, односно организација и покритие на трошоците на транспорт на посмртните останки на Осигуреникот во земјата на живеење, или дополнителни трошоци за погреб во местото на смртта во странство, со исклучување на трошоците за погреб во земјата на живеење.  
Веднаш штом дозволува здравствената состојба на Осигуреникот ќе се изврши репатријација на Осигуреникот во земјата на живеење. Во случај на репатријација на посмртни останки ќе се одреди најрационалното и најекономично превозно средство.
6. Ако Осигуреникот не е државјанин на Р.С. Македонија, а е неопходна негова репатријација во државата во која што живее, Осигурувачот ќе ја организира репатријацијата преземајќи ја финансиската одговорност до лимит кој одговара на горе пропишаните трошоци на репатријација во Р. С. Македонија.
7. Ако медицинскиот тим одлучи дека е можна репатријација на Осигуреникот, а Осигуреникот истата ја одбие, сите понатамошни медицински услуги, лекување и болнички трошоци Осигурувачот нема обврска да ги надомести на Осигуреникот, доколку тој го продолжил лекувањето во странство.

**Член 15****Осигурување на багаж  
и друга помош при патувањето**

- (1) Компанијата ги обезбедува и следните услуги на патна асистенција:

1. Информирање пред патување, пред тргнување во странство, но не пред почетокот на осигурувањето наведено во полисата, асистентската компанија на барање на Осигуреникот ќе ги обезбеди следните информации:

- информации за подготовка при патување;
- информации за визи, пасоши;
- информации за потребни вакцини во странската земја;
- информации за царинските прописи и давачки;
- информации за хигиенски и медицински мерки на внимание аналогно на земјата во која Осигуреникот ќе патува;
- информации за државни празници, временски разлики;
- информации за клима и соодветна облека;
- информации за курсот на странските валути и даноци на додадена вредност;
- информации во врска со амбасади и конзулати и туристички информативни центри со нивни адреси.

(2) Враќање на деца останати без грижа

Со овој ризик се опфатени штети кои би настанале евентуално при повраток на малолетни деца од странство во матичната држава со или без придружба односно без старател.

Зависно од избраниот пакет на осигурување, ако по настанување на осигурен случај Осигуреникот не е во можност да се грижи за своите деца помлади од 15 години кои биле на пат со него компанијата ќе организира и ќе плати, односно Осигурувачот ќе ги надомести трошоците за враќање на децата кои патуваат со Осигуреникот, под услов патната карта што ја имаат децата да не можат да ја искористат. Во случај кога е неопходно, компанијата обезбедува, односно Осигурувачот ќе ги надомести и трошоците на придружба на децата без грижа.

(3) Осигурување на багаж

Доколку се договори пакет за осигурување, се покриваат Ризиците опфатени со осигурување на багаж, кој ги вклучува следните случаи настанати во странство: Губење на багаж во тек на патување со авионски превоз од Р. С. Македонија во странство:

А) Кражба, провална кражба;

Б) Оштетување или уништување на багажот настанато од природна катастрофа, до износот согласно избраниот пакет на осигурување (вредноста се цени во времето на настанување на штетата);

В) Во сите случаи на кражба или провална кражба, штетата на багажот мора да биде веднаш пријавена, а најдоцна до 24 часа до надлежните органи (полиција) или до транспортната компанија односно до овластеното лице на аеродромот или до хотелот во зависност од околностите на штетниот настан. Осигуреникот е должен да побара официјален извештај, да достави список на украдениот багаж со опис на содржината, должен е кражбата или доцнењето на багажот да го пријави во центарот за помош на ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје осигурување веднаш, а најдоцна во рок од 5 дена од доцнењето (кражбата). Осигурувачот ќе му даде информација околу процедурата на испорака на багажот, како и инструкции за пријава на штета;

Г) багаж во смисла на овие услови не се смета рачна чанта (дамска и актовка), торбица за појас, ранчиња, торбица за компјутер и др. кои Осигуреникот ги носи со себе и кои претставуваат рачен багаж;

*Осигурувањето не се однесува на следниве предмети:*

- накит, благородни метали часовници, уметнички предмети, колекции, готовина или странски готовински платен инструмент (банковна или кредитна картичка, гаранција за користење одредена услуга, сезонски билет за скијање итн.), штедни книшки, различни видови билети, документи (со исклучок на пасош, возачка дозвола, сообраќајна дозвола) скапоцено крзно;

- велосипед, мобилни телефони и нивни додатоци, персонални и лап-топ компјутери, УСБ, таблети видеоигри, вокмени, дискмени итн.;

- технички предмети и нивни делови регистрирани пред тргнување, како и алат за изведување работа, инструменти и опрема и нејзини делови што надминуваат единична вредност од 9.000 денари во времето кога се купени;

#### **Исклучување на обврските на Осигурувачот од исплата на штетата за багаж:**

Осигурувачот нема обврска за исплата на штета за багаж кога штетата е предизвикана од страна на Осигуреникот, спротивно на законот, намерно или со крајно невнимание и:

- Губење, напуштање, оставање покрај, испуштање на багаж, и крадење на предмети кои се оставени без надзор;
- Во случај кога багажот е украден од возилото од просторот за патници или од приколка покриена со церада (не со метална покривка);
- во случај на оставање багаж на отворени простори или простори кои не се по надзор;
- кражба која се случила за време на поставување на шатори или кампирање надвор од просторот определен за кампирање;
- За штети кои се надоместени преку осигурувањето од одговорност на транспортната компанија или друго осигурување, како и за штети за кои Транспортната фирма има обврска да ги надомести;
- Во случај кога Осигуреникот во времето на настанување на осигурениот случај не се однесувал со вообичаеното внимание;
- Во случај кога Осигуреникот дава лажни податоци во врска со штетата, а особено во случај кога во поднесената пријава податоците кои се дадени ја надминуваат тежината на багажот пријавен при отпочнувањето на летот;
- Одземање, конфискација или импортиција на багаж од страна на царина или други државни органи;
- Необјасниво исчезнување или загуба и кражба од џепарошење;
- Оштетување, уништување или загуба на багаж во врска со штрајк, карантин;
- Кражба од сандачиња предвидени за чување багаж;
- Настани на кои не се однесува осигурувањето на багаж;
- Задочнето пристигнување на багаж (Губење на багаж) во тек на патување со авионски превоз од странство во Р. С. Македонија;

Осигурувачот нема обврска за исплата на Осигурената сума по 2 различни полиси доколку багажот на двете лица бил сместен во еден куфер.

Во случај во текот на патувањето на Осигуреникот од Р. С. Македонија во странство преку авио - компанија или преку нивен претставник, багажот на Осигуреникот да не пристигне на местото наведено во регистрацијата и поради овој факт неговото подигање доцни најмалку 12 часа. Осигурувачот врши компензација на Осигуреникот за овие ризици до износ за истите пропишани во табелата.

### **Член 16**

#### **Замена на официјални состаноци**

Под замена на овластено лице кај правното лице, менаџер, државник, советник и друга раководна функција, се смета лице кое е овластено по закон или со интересен акт, одлука на правното лице да го менува во вршењето на должност, за конкретни активности, состаноци итн. Осигуреникот кој ќе докаже дека поради итна, неодложна причина или работа, болест или друга нарушена здравствена состојба имал потреба од замена на официјален службен настан, состанок или посета во странска држава, има право на надомест на штета во висина на реалниот трошок за присуство на состанокот, а најмногу до висина на осигурената сума за овој ризик согласно избраниот пакет за осигурување.

Надоместокот се исплатува на Осигуреникот.

**ЗДРАВСТВЕНА АСИСТЕНЦИЈА ПРИ ПОСЛЕДИЦИ НА НЕСРЕКЕН СЛУЧАЈ****Член 17****Поим за несрекен случај**

Под поимот незгода се подразбира надворешно влијание кое се појавува неочекувано во странство, надвор од контрола на Осигуреникот, како резултат на што Осигуреникот умира или се стекнува со траен целосен или траен делумен инвалидитет кое бара лекарска помош (до 4 месеци од денот на настанување на незгодата).

Не претставуваат и немаат квалификација на незгода следните нарушувања на здравјето:

- последица на изгореници предизвикани од сончеви зраци, пливање надвор од означени места за капење, терапија со кварцни ламби, солариуми, сончаница како и истегнување при лифтинг, кила, измрзнатини, душевно болни лица, самоубиство или обид за самоубиство и изложување на официјална физичка работа.

Со осигурувањето не се опфатени настанатите случаи како резултат на занимавање со опасни спортови.

**Осигурени суми за осигурување од незгода**

(1) Независно од услугите на здравствена помош и од надоместената сума за здравствено осигурување Осигурувачот ќе ги исплати следните износи за осигурување од незгода:

**Во пакетот ПРЕМИУМ**

1. во случај на смрт од незгода - 400.000 денари
2. за траен инвалидитет од незгода - до 400.000 денари или дел од овој износ сразмерен на степенот на трајниот инвалидитет

**Во пакетот ЕКСКЛУЗИВ**

1. во случај на смрт од незгода - 600.000 денари
2. за траен инвалидитет од незгода - до 600.000 денари или дел од овој износ сразмерен на степенот на трајниот инвалидитет.

**Во пакетот ВИП**

1. во случај на смрт од незгода - 600.000 денари
2. траен инвалидитет од незгода до - 600.000 денари

Под поимот - **Целосен траен инвалидитет** - се подразбира загуба и одземеност (парез/парализа) на следните делови на телото: екстремитети (раце и нозе) и загуба на видот, слухот и говорот;

Под поимот - **Делумен траен инвалидитет** - се подразбира намалување на функцијата на следните делови на телото и сетила: екстремитети (раце и нозе) и вид, слух и говор, како последица на повредите здобиени во незгодата;

**Табела на инвалидитет** според која се ликвидираат штетите - степенот на настанатиот траен или делумен инвалидитет настанат како последица од незгода, се определува во согласност со Табелата за инвалидност на Акционерското друштвото за осигурување ВИНЕР - Виена Иншуренс Груп Скопје.

(2) Во случај на целосен или делумен траен инвалидитет, како последица на една незгода, вкупната исплата нема да ги надмине осигурените износи утврдени за целосен, односно делумен траен инвалидитет. Степенот на целосен траен инвалидитет како последица од незгода поради загуба на деловите од телото, наведени во Табелата ќе биде определен веднаш, а степенот на делумен траен инвалидитет ќе биде определен по завршеното лекување, но најдоцна по истек на две години од денот на незгодата.

(3) Степенот на делумен траен инвалидитет се определува според степенот определен за загуба, односно одземеност, соодветно на степенот на загубата на функцијата на органот, односно сетилата, а во тесна корелација со ефектите на анатомската трансформација. Степенот на целосен траен инвалидитет и степенот на делумен траен инвалидитет, го определува лекар на Осигурувачот.

(4) Утврдениот степен на целосен траен инвалидитет и делумен траен инвалидитет изразен во проценти, не е во врска со степените на инвалидност што надлежните здравствени комисии го

утврдуваат во врска со примена на одредбите на Законот за здравствена заштита и Законот за пензиско и инвалидско осигурување или во врска со примената на други прописи.

## Член 18

### Ограничувања и исклучувања поврзани со здравственото осигурување и асистенција

(1) Здравственото осигурување не се однесува за:

- 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 нарушена 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 коишто согласно мислењето на медицинскиот тим не се карактеризираат како итен случај или чие лекување може да се одложи до враќањето на Осигуреникот во Р. С. Македонија;

- Услуги кои не се неопходни за утврдување на дијагнозата;

- Исклучена е обврската на Осигурувачот, односно на компанијата за повеќе од 1 (еден) контролен преглед во странство, 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 одолжи 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, како и трошоците на репатријација, и во случај на појава на акутни или по живот опасни компликации. Ќе се смета дека Осигуреникот самоволно ги презела 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;

- Преземена 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;

- При 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 лекариства, или истите биле веќе препишани;

- За лица со навршени 64 години, задолжителна е потврда од матичен лекар дека во моментот на издавање на полисата, лицето нема нарушена здравствена состојба која во период од 30 дена би допринела за потреба од здравствена асистенција или болничко лекување како последица или компликација на претходно дијагностицирани болести.

- 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. С. Македонија;
- Алергиски реакции како последица на претходна дијагностицирана медицинска состојба;
- Алергиски реакции настанати од сонце и прашина, за кои Осигуреникот сам мора да преземе 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 согласно мислењето на лекар цензор на Осигурувачот;
- Како последица на некомплицирани убоди на инсекти, како и реакција на убоди на инсекти кои директно не го загрозуваат 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 земји како Турција, Египет, Тунис, Африка, Куба, Доминикана и останати островски земји, Осигуреникот е должен да преземе 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 кај кој настанала штета према климатските услови и консумирањето на несоодветна 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.
- бременост, самоволно прекинување на бременоста, пред породина не ја или породување, како и секоја болест или компликација врзани со состојбата на бременост, како и за жени постари од 38 години без оглед на неделите на бременост или помлади од 38 години, после навршена 28 недела на бременост; жени чија бременост надлежниот лекар во земјата на живеење ја потврдил како ризична.
- 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;

- престој во болница од денот кога асистентската компанија ќе биде во состојба и ќе има право да изврши репатријација на Осигуреникот;

- сместување во еднокреветна или приватна соба во болница, освен доколку медицинскиот тим смета дека тоа е неопходно;

- самоволно организирање на репатријација, без претходно добиено одобрение од страна на осигурувачот, т.е. асистентска компанија;

- одбивањето на Осигуреникот да се придржува на инструкциите добиени од медицинскиот тим, или одбивање на датумот, видот и начинот на репатријација која ја одредува асистентската компанија по консултација со лекар (медицинска установа) кој го лечи Осигуреникот во странство;

- непријавување на осигурениот случај на Осигурувачот, односно на компанијата во рок од 48 часа од настанат осигуран 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, т.е. се покриваат од осигураната сума за случај на смрт, доколку е договорено такво покритие заедно со ова осигурување.

(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 се случел 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, во следните случаи:

1. во алкохолизирана состојба со ниво на алкохол преку 0,50 промили (за професионален возач преку 0,00 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 обавува работи и задачи за странски работодавач и остварува примања од истото.



**Член 19****Исклучување за осигурително покритие  
во случај на губење или кражба на багаж**

Осигурувачот не е во обврска за надомест од осигурување во случај на кражба или уништувањето на предметите во багажот:

1. За надоместот кој е повисок од разумниот сразмер на вкупната вредност на комплетот / сет и вредноста на изгубениот или оштетениот предмет кој е дел од комплетот/ сет;
2. За штета која не е пријавена во полиција, ниту во авиокомпанија, не е добиена писмена потврда/ извештај за конкретниот настан;
3. Во случај на губење или штета на контактни и корнеа или микро корнеа леќи;
4. Во случај на губење на лични предмети кои се позајмени или направен е пропуст при парични трансакции;
5. Во случај на доцнење затоа што Осигуреникот не предвидел разумно време за пристигнување до местото на поаѓање, во согласност со условите за патување кои им се познати во тоа време;
6. Во случај на доцнење затоа што Осигуреникот не обезбедил неопходна документација за реализација на патувањето;
7. Во случај на доцнење или откажување на летот кој е во врска со мерки на државни органи или по нивен налог;
8. Во случај на неможност за извршување на договорни обврски на превозникот поради виша сила. Под поим виша сила се подразбира, во смисла на овие Услови, секој настан кој превозникот не можел да го предвиди или спречи. Во тие настани може да спаѓа и војна или закана од војна, бунт, граѓански немири, актуелна или најавена терористичка активност, природна или нуклеарна несреќа, лоши временски услови, пожар или слични настани кои се надвор од контролата на превозникот.
9. Во случај на доцнење или губење на багаж при патување со авион од странство во Р. С. Македонија.

**Член 20****Општи исклучувања и ограничувања**

- (1) Исклучени се сите обврски на осигурувачот, во следниве случаи:
1. Трошоци за враќање преземени 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 / или пандемија на 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, или доколку е настанат по искористување на сите осигурени денови во рамки на траење на осигурувањето;
  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. Настаните кои настанале во текот на учество на подготовки, учество на тренинзи;

10. 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;

11. 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;

12. Како штета од неимотна природа;

13. Како трошок кој би бил платен и доколку осигурениот случај не се случил;

14. Трошоци кои настанале како последица на пречекорување на тежината на багажот во време на репатријација со редовна авионска линија, трошоци на царина и сл.

(2) Исклучена е обврската на Осигурувачот, во случај кога Осигуреникот случил 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 авто-одговорност и сл.).

(3) Исклучена е обврската на Осигурувачот за надомест на штети предизвикани од финансиска пропаст на туристичка агенција.

(4) Договорувачот на осигурување е во обврска при склучување на договорот за осигурување да ја пријави причината за патување, а задолжително да ја плати зголемената премија во следните случаи:

1. Рекреативно занимавање со скијачки спорт и сноубординг, и ги опфаќа случаевите во тек на вршење на спортски активности, со исклучување на опасни спортови во согласност со ставот 1, точка 8 на овој член;

Осигурувањето од спортска незгода важи само доколку за истата е платено дополнителна премија и ги опфаќа случаевите настанати за време на спортските активности наведени претходниот став;

2. Вршење на платени активности и работи во странство врзани за градежништво, монтажа на објекти и опрема, изведување на работа и слично;

3. Вршење на професионални активности и работи кои ги организира и плаќа странски работодавец во кој случај осигурувачот ваквиот престој ќе го смета за привремена работа во странство, исто така и доколку Осигуреникот е ангажиран од македонски фирми за да извршува претежно канцелариски работи (административни) во странство, Договорувачот е во обврска да плати зголемена премија поради ризик на продолжен престој надвор од границите на Р. С. Македонија (евидентирани како изјава која е прилог на полисата)

4. Професионално управување со товарни возила, автобуси, авиони, возови, бродови и други возила на моторен погон, освен професионалното управување со автомобилите;

5. Професионално или полупрофесионално учествување на спортски натпревари и тренинзи, со исклучување на опасни спортови во согласност со ставот за исклучување претходно наведен во овој член. Спортски натпреварувач е спортски аматер или професионален спорист кој учествува на спортски натпревари, како член на спортска организација или самостојно, во согласност со спортските правила.

Доколку се случи несреќен случај при вршење на горенаведените активности, а не е пријавена причина за патувањето, односно не е платена зголемената премија на осигурување, обврската на осигурувачот, е исклучена.

Доколку се случи несреќен случај при вршење на горенаведените активности, а полисата е издадена по пакетот „Шопинг“, Осигуреникот нема право на надомест на штетата, бидејќи истите не се покриени со пакетот, ниту пак постои можност за плаќање на дополнителна премија за истите.

## Член 21

### Начин на пријавување на осигурениот случај

(1) Во случај на потреба на асистенција, кога ќе се случи осигурен случај или постои можност за случување 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 осигуран 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 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) Во случај кога компанијата за одредена територија организира мрежа на даватели на здравствени услуги во странство (насловени како „мрежа“) Осигуреникот е должен во случај на амбулантно лекување да ги користи услугите на мрежата, но во согласност со претходно побарана и одобрена потврда за прифатени медицински услуги од страна на компетентно лице кај Осигурувачот (кое е должно да побара изјава за настанатиот несреќен случај од Осигуреникот по негово враќање во Р. С. Македонија заради потврдување на веродостојноста на настанот). Во спротивно, асистентската компанија нема да изврши директен надомест на трошоците на амбулантното лекување во здравствената установа, туку Осигурувачот ќе ги рефундира направените тошоци директно на Осигуреникот после неговото враќање во Р. С. Македонија (а после утврдување на основот- обем за признавање на осигурениот случај).

(4) 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.

(5) Доколку се користи болничко лекување, а Осигуреникот сам ја избере болницата без консултација со дежурниот центар на компанијата (консултација со центарот за помош на Осигурувачот), компанијата има право да го одбие надоместот на трошоците за лекување.

(6) 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.

(7) Во случај кога Осигуреникот, поради ненадејна болест или несреќен случај, е сместен во болница поради лекување (хоспитализација), а поради ургентно тешката здравствена состојба проследена со губење на свест 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.

(8) Доколку се користат амбулантски услуги, а согласно препораката за директно плаќање на трошоци, во висина до 150 еур наведена во полисата за осигурување, Осигуреникот е должен сите трошоци настанати до 150 еур лично да ги подмири согласно препораката испечатена на полисата, да ја подигне медицинската документација, и по враќањето во Р. С. Македонија уредно да ја пријави штетата во рок предвиден со условите.

Доколку штетата се пријави во асистентска компанија или на Call center на Осигурувачот, 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.

(9) 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.

(10) Доколку осигурувачот или неговиот партнер не биле известени претходно или во рок од 48 часа, и не се почитувал нивниот избор на лекар или здравствена установа, а се јавува после овој временски рок, Осигурувачот ќе ги плати настанатите основни трошоци на Осигуреникот најмногу до износ од 150 еур, по неговото враќање во Р. С. Македонија и по приложување на валидна медицинска документација.

(11) Да ја пријави штетата во рок од 8 дена по враќањето од патувањето и да ја запази обврската за јавување во роковите и на начин утврден во договорот.

## Член 22

### 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 сè 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) Доколку се изврши репатријација од страна на компанијата, Осигуреникот има обврска да ги стави неискористените патни карти на располагање на асистентската компанија.

(6) Во случај на медицински транспорт или репатријација, Осигуреникот има обврска да го прифати датумот и начинот на транспортот кој ќе го одреди компанијата и овластениот лекар. Медицинскиот транспорт по воздушен пат (со авион, хеликоптер и сл.) кога тоа е неопходно и медицински оправдано е ограничен само на случаевите на континентален превоз.

(7) 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.

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

(9) 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;
- доколку од пасошот не може да се утврди точна искористеност на осигурените денови, што како обврска паѓа на терет на Осигуреникот, а Осигуреникот во рок од 2 недели по доставената пријава не успее да го докаже истото;

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

(10) 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 23

### Директен надомест на трошоци на здравствената установа

Директен надомест на трошоци на здравствената установа

(1) По правило, трошоците настанати при лечење на Осигуреникот се надоместуваат директно на здравствената установа и тоа од страна на компанијата, 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, во рок од 48 часа од настанувањето на осигурениот случај, исклучок е само кога има хоспитализација, каде се применуваат одредбите од член 21 став 7 од овие услови.

(2) За да се оствари правото на директен надоместок на трошоците на здравствената институција, а кои настанале при лечење на Осигуреникот, потребно е, покрај пријавата на осигурениот случај во call center на Осигурувачот 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 24

### Надомест на трошоци на Осигуреникот по враќање во земјата на престој

Во случај кога Осигуреникот сам ќе ги подмири трошоците, а претходно го пријавил осигурениот случај и го испочитувал изборот на лекар или Здравствена установа од страна на центарот за помош на Осигурувачот согласно членот 21, истите ќе му бидат надоместени по неговото враќање во земјата на живеење.

1. Надоместот по основ на осигурување ќе се исплати на оштетениот, кој 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 НБРСМ на валутата која е користена за плаќање на овие трошоци на денот на настанување на осигурениот случај, односно на денот назначен на сметката.

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.С. Македонија, со доставување на следните документи:

- оригинална полиса;
- договор за патување со агенцијата, во случај на организирано туристичко патување,
- пасош (или во случаите кога има и придружен документ за потврда на престојот) 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,
- дневните забелешки на лекарот кој го лечел Осигуреникот со видот на препишаната терапија-лекот;
- оригинални сметки. 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.

## **Решавање на штети во случај на ризик од последици на настанување на несреќен случај**

Осигуреникот е должен заедно со пријавата за штета, на Осигурувачот да му ја достави и следната документација:

1. Договор за патување (да го содржи местото и периодот на патување, личностите кои ќе патуваат и цената на арнжманот);
2. Целокупна медицинска документација;
3. Фотокопија од пасош;
4. Фотокопија од трансакциска сметка на Осигуреникот.

### **Член 25**

#### **Решавање на штети за багаж**

Штетите за багаж се пријавуваат и решаваат од надлежниот орган на Осигурувачот, врз основа на следните документи:

1. Пријава за штета правилно пополнета,
2. Една копија од полисата за осигурување,
3. Спецификација на содржината на багажот со приближни датуми на набвака на истите како и приближни вредности на предметите;
4. Копија од пасош односно од лична карта;
5. Авио карта како доказ за патувањето;
6. Потврда од полициски орган со податоци за какво кривично дело станува збор, со изјава за кражба на багажот дадена на полициските органи со целосно објаснување за околностите на кражбата;
7. Потврда од авио компанијата или аеродромот со податоци за губење на багажот со јасно објаснување за околностите на губење на истиот;
8. Фактура, во случај да нема фактура Осигурувачот ќе ги смета просечните пазарни цени во Р. С. Македонија, како основа.
10. Други документи потребни за процена на штетата
11. Во случај на техничка опрема, потврда за изнесување надвор од Р. С. Македонија од царинските власти
12. Исплата на штети на багаж се врши во денари.

Осигурувачот ќе ја исплати штетата настаната со губење или кражба на багажот и тоа за ствари и предмети според новонабавната вредност на истите на денот на штетата, а за техничка и друга опрема, максимален поединечен износ од 9.000,00 денари во приближна вредност на предметите на багажот до максималната обврска на Осигурувачот која е дефинирана во Табелата за покритие по пакети.

При исплата на надоместот на осигурување, изгубените или украдени предмети се вреднуваат така што, меѓу другото, се зема во предвид и нивната амортизација во моментот на настанувањето на осигурениот случај – губење, кражба.

Доколку Осигуреникот не постапи во склад со претходниот став од овој член, Осигурувачот се ослободува од исплата на надомест.

### **Заштита на личните податоци**

#### **Член 26**

Осигурувачот врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на личните податоци на осигуреникот, договорувачот на осигурување, неговиот законски застапник или полномошник во согласност со прописите за заштита на личните податоци и другите соодветни позитивни законски прописи, применувајќи соодветни технички и организациски мерки за обезбедување на безбедност при обработка на личните податоци кои се подетално пропишани со интерните акти за обезбедување на безбедност при обработката на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на осигурувачот кој во својство на контролор на личните податоци, ги користи совесно, законито и согласно целта за кои се собрани.

Договорувачот на осигурувањето и Осигуреникот го овластуваат осигурувачот да собира, чува, обработува и ги користи личните податоци кои се неопходни за склучување и реализација на договорот за осигурување (полиса), односно оценување на осигурително покритие и степен на оштета, во согласност со член 109 од Законот за супервизија на осигурување и законските одредби за заштита на личните податоци и внатрешните акти на Осигурувачот.

Личните податоци кои се обработуваат врз законска основа, клиентот има обврска сам да ги обезбеди и да ги достави до Осигурувачот. Доставувањето на лични податоци со цел склучување (исполнување) на договор е доброволно, но треба да се има предвид дека ако личните податоци кои се неопходни за давање на услугата не бидат доставени од клиентот, тие услуги не ќе може да бидат обезбедени од страна на Осигурувачот.

Осигурувачот во својство на контролор:

- ги обработува личните податоци на клиентот за спроведување на конкретните права и обврски од договорот за осигурување, каде клиентот е договорна страна или врз основа на барање на клиентот, пред негово пристапување кон договорот,

- ги пренесува неговите лични податоци во други држави за потребите на реосигурување, решавање на меѓународни штети како и за други потреби на Осигурувачот со цел исполнување на обврските кои произлегуваат од договорот за осигурување. При вршење на преносот на личните податоци се обезбедува високо ниво на технички и организациски мерки за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци,

- бара информации од надлежните државни органи или која било друга надлежна институција за неговите лични податоци (здравствени институции, Фонд за пензиско и инавлидско осигурување, Министерство за труд и социјална политика и др.) и истите ги употребува доколку е тоа потребно за извршување на одредбите од договорот за осигурување,

- ги дава неговите лични податоци на користење и на други надлежни институции кои за тоа поднеле писмено барање со образложение за истото, а во врска со извршување на нивните редовни работи во согласност со закон.

Личните податоци на клиентот како осигуреник, можат да се обработуваат само за цели на исполнување на правата и обврските од договорот за осигурување и да се чуваат во законски утврдените рокови.

- Осигурувачот ги обработува личните податоци на клиентот како осигуреник со цел да се процени и утврди премијата на осигурување, за давање на понуда и за склучување на договор за осигурување. Оваа обработка на личните податоци се врши врз основа на договор за осигурување /полиса. Без собирање и обработка на личните податоци на клиентот, Осигурувачот не е во можност да склучи договор.

- Личните податоци (телефонски број и електронска адреса – e-mail), Осигурувачот ги обработува со цел остварување на контакт заради ефикасно остварување на права и обврските кои произлегуваат од договорите за осигурување (полиси). Обработката на личните податоци на клиентот како осигуреник (име, презиме, емаил адреса и телефонски број, како и адреса за испраќање на одговор), заради контактирање, доставување на понуди и известување за производите и услугите на осигурувањето се врши врз основа на доброволно дадена изјава за согласност на осигуреникот, со пополнување на Формулар кој е објавен на веб страната на Осигурувачот.

- Осигурувачот ги обработува личните податоци на клиентот како осигуреник (име, презиме, емаил адреса и телефонски број) и за испитување на задоволството на клиентите во тек на траење на договорот за осигурување. Оваа обработка на личните податоци се врши врз основа на доброволно дадена изјава за согласност на осигуреникот.

- Осигурувачот ги обработува личните податоци на клиентот како осигуреник и за статистички цели заради следење на ризикот во текот на траење на осигурувањето, процена на ризикот при обновување или склучување на идни договори за осигурување, примена на актуарската дејност и откривање и/или спречување на измами во осигурувањето. Оваа обработка на личните податоци се врши врз основа на легитимен интерес на Осигурувачот, при што



легитимниот интерес на Осигурувачот за подобрување на производите и услугите на осигурувањето, преовладува над правата и слободите на клиентот како осигуреник.

Осигурувачот ја почитува забраната за правење копија од документот за лична идентификација на клиентот.

Здравствените податоци односно личните податоци кои се однесуваат на здравјето на клиентот се посебна категорија на лични податоци во согласност со Законот за заштита на личните податоци (чувствителни лични податоци), поради што уживаат посебна заштита, односно подлежат на построг режим на заштита.

Осигурувачот воспоставува заштитни мерки за обработка и чување на здравствените податоци. Осигурувачот ги чува здравствените податоци на клиентот одвоено од другите негови лични податоци.

Осигурувачот врши обработката на здравствените податоци пропорционално со природата и висината на ризикот кој се разгледува.

Само овластено лице може да има пристап до здравствените податоци на конкретниот клиент врз основа на издадено посебно овластување за пристап и обработка на здравствени податоци на клиентот.

Овластеното лице за обработка на здравствените податоци на клиентот, покрај почитување на техничките и организациски мерки за заштита на личните податоци утврдени со документацијата за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци (за основно, средно и високо ниво со оглед дека се посебна категорија на лични податоци), должно е да постапува со зголемено внимание при обработка на здравствените податоци, а со цел да се спречи неовластено откривање на податоците или пристап до податоците од страна на неовластени лица.

Личните податоци кои ги обработува Осигурувачот во сегментот на доброволно здравствено осигурување, се чуваат во согласност со закон и само во траење кое е потребно за остварување на целта поради која се собрани.

Кога времето на чување на личните податоци е утврдено со закон, тие се чуваат во согласност со одредбите од тој закон. Кога личните податоци се собираат и обработуваат врз основа на договор, времето на чување е еднакво на времето на целиот период на важење на договорот, вклучително и роковите за гаранција и било кои други рокови кои произлегуваат од склучениот договор.

Кога во прашање е собирање и обработување на лични податоци по основ на изречна согласност на клиентот како осигуреник, податоците се чуваат до повлекување на согласноста, односно до исполнување на целта заради која се собрани. Кога ќе се исполни целта заради која се обработуваат личните податоци на клиентот, истите ќе бидат избришани и во случај кога клиентот не побарал повлекување на дадената согласност.

Поконкретно:

- Податоците кои се обработуваат со цел да се процени и утврди премијата на осигурување, за давање на понуда и за склучување на договор за осигурување/полиса се чуваат во текот на целото времетраење на договорот за осигурување и 10 години по престанокот на важење на договорот или во случај на настанување на штета, 10 години по затворањето на случајот на настанување на штетата, односно од денот на целосната исплата на надоместокот за настаната штета согласно член 109 став 8 од Законот за супервизија на осигурување.

- Податоците кои се обработуваат за контактирање, доставување на понуди и известување за производите и услугите на осигурување, се чуваат во текот на целото времетраење на договорот за осигурување и 5 години по престанокот на важење на договорот или до отповикување на согласноста.

- Податоците кои се обработуваат за испитување на задоволството на клиентот во тек на траење на договорот за осигурување, се чуваат во текот на целото времетраење на договорот за осигурување и 5 години по престанокот на важење на договорот или до отповикување на согласноста.

- Податоците кои се обработуваат за статистички цели, заради следење на ризикот во текот на траење на осигурувањето, процена на ризикот при обновување или склучување на идни договори за осигурување, примена на актуарската дејност и откривање и/или спречување на

измами во осигурувањето се чуваат во текот на целото времетраење на договорот за осигурување и 10 години по престанокот на важење на договорот.

Осигурувачот гарантира остварување на сите права кои им припаѓаат на клиентите, а во врска со обработката на нивните лични податоци.

Клиентот во секој момент има право да побара од Осигурувачот:

- потврда дали ги обработува неговите лични податоци или не,
- пристап до неговите лични податоци кои се обработуваат,
- исправка на неговите неточни или непотполни лични податоци,
- бришење на неговите лични податоци,
- ограничување на обработката на личните податоци,
- пренос на личните податоци
- поднесување на приговор

Право на пристап - Клиентот има право да поднесе барање за пристап до неговите лични податоци. Ова право му овозможува да добие информација за податоците кои се обработуваат за него и да провери дали податоците се точни и ажурирани.

Право на исправка - Ако клиентот открие дека личните податоци што за него ги обработува Осигурувачот не се точни или не се целосни, има право да побара нивна исправка. Клиентот обично станува свесен за неточните или нецелосни податоци, по остварување на правото на пристап.

Право на бришење - Клиентот има право да побара Осигурувачот да ги избрише неговите лични податоци ако податоците веќе не се потребни односно престанала целата заради која биле обработувани, ако клиентот ја повлекол согласноста за нивна обработка, ако податоците биле незаконски обработувани или повеќе не е исполнета правната основа за нивна обработка.

Право на ограничување на обработката – Клиентот има право да побара Осигурувачот да ја ограничи обработката на личните податоци. Ова право е алтернатива на правото на бришење на податоците и може да се оствари ако клиентот ја оспорува точноста на неговите лични податоци, во периодот додека Осигурувачот не ја потврди нивната точност, ако обработката е незаконита, но клиентот се спротивставува на бришењето, а наместо тоа бара ограничување на обработката или ако податоците веќе не му се потребни на Осигурувачот, но потребни му се на клиентот за остварување на неговите правни барања.

Право на преносливост на податоците - Клиентот има право да ги добие од Осигурувачот неговите лични податоци во структуриран, вообичаено користен и машински читлив формат и истите да ги пренесе на друг осигурувач, без попречување од страна на Осигурувачот на кој првобитно му ги дал. Ова право е применливо кога се врши обработка на лични податоци врз основа на согласност или договор и кога обработката се врши со автоматизирани средства.

Право на приговор - Клиентот има право на приговор врз основа на конкретна ситуација поврзана со него, ако обработката на неговите лични податоци се заснова на легитимен интерес, ако обработка на лични податоци се врши за цели на директен маркетинг и профилирање поврзано со директниот маркетинг или за цели на научни или историски истражувања или за статистички цели. Кога личните податоци се обработуваат врз основа на изјава за согласност, клиентот има право на повлекување на дадената согласност, при што повлекувањето на согласноста не влијае на законитоста на обработката која се изведувала до нејзиното повлекување. Повлекувањето на согласноста не предизвикува никакви негативни последици за клиентот. По повлекување на согласноста за обработка на личните податоци, можеби Осигурувачот нема да може да им понуди одредени услуги ако тие услуги се од таква природа, без личните податоци на клиентот, да не може да бидат понудени (пример, без обработка на емаил-от на клиентот не може да се понудат услуги на известување по пат на емаил).

Осигурувачот се обврзува да одговори по однос на барањето на клиентот на кого се однесуваат личните податоци без непотребно одлагање, во рок од 30 дена од поднесување на барањето, односно најдоцна во рок од 3 месеци во случај на комплексност на барањето.

Дополнителни информации во однос на заштита на личните податоци: <http://www.winner.mk/zastita-na-licni-podatoci/>.

## **ИНТЕРНАЦИОНАЛНИ САНКЦИИ**

### **Член 27**

Осигурувачот нема да обезбеди покритие или да реализира исплата или да обезбеди друга услуга или корист за осигуреникот или друга страна до степен до кој таквото покритие, плаќање, услуга, корист и/или било каков бизнис или активност на договорната страна со кој ќе ги прекрши применливите санкции, без оглед дали тие се трговски, финансиски ембарга или економски санкции, закони или прописи кои се директно применливи за осигурувачот и доколку тоа доведе до изложување на осигурувачот на некакви санкции, забрани или ограничувања. Применливите санкции се како што следува: санкции на Европската унија (ЕУ); санкции на Обединетите нации (ОН); санкции на Соединетите Американски Држави (САД) и/или сите други санкции кои се применуваат за осигурувачот под услов истите да не ја прекршуваат законската регулатива односно локалните санкции кои се применуваат на осигурувачот. Во случај на спор помеѓу договорните страни од оваа одредба, надлежен суд е надлежниот суд во Виена или надлежниот суд во Р.С.Македонија (без референца на одредбата за судир на закони).

## **Известување на осигуреникот**

### **Член 28**

Договорувачот на осигурувањето и Осигуреникот со потпишување на договорот за осигурување/полисата изречно потврдуваат дека при склучувањето на истиот, од страна на осигурувачот во писмена форма се известени за сите податоци согласно членовите 49 и 50 од Законот за супервизија во осигурувањето односно се известени и за правото за поднесување на жалба и потврдуваат дека пред склучувањето на осигурувањето им е оставен разумен рок во кој конечно одлучиле да го склучат Договорот за осигурување.

## **ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ**

### **Член 29**

#### **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. Второстепената комисија за решавање на штети по приговор е должна да одлучи по приговорот во писмен облик без одложување, но најдоцна во рок од 14 дена од денот на прием на приговорот.

За постапување и решавање по приговори е надлежен осигурувачот, а не Асистентската компанија.

#### **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 Основниот Граѓански суд Скопје.