



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

ОПШТИ УСЛОВИ
ЗА ДОБРОВОЛНО ПРИВАТНО
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
ВОНБОЛНИЧКО И БОЛНИЧКО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Јуни 2022 година

усвоени со одлука на Управниот одбор на ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје
Арх.бр. 7782/0202/1/22 од 14.06.2022 година

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

- 1) Општите услови за вонболничко и болничко лекување (во понатамошниот текст: Општи услови) претставуваат составен дел на договорот за доброволно приватно здравствено осигурување на лица (во понатамошниот текст: договор за осигурување), кој Договорувачот на полисата го има склучено со Акционерското друштво за осигурување ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп АД Скопје (во понатамошниот текст: Осигурувачот).
- 2) Со овие Општи услови се уредуваат правата и меѓусебните обврски на договорените страни во постапката за обезбедување и уредување на доброволно приватно здравствено осигурување, траење на осигурувањето, општи одредби за премијата за осигурување, како и услови под кои се остваруваат одредени права, обем на покритие и други услови од значење за доброволното дополнително и приватно здравствено осигурување.
- 3) Овие услови се темелат врз основа на Законот за здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗЗО), Законот за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗДЗО), Законот за облигационите односи (во понатамошниот текст ЗОО), Законот за супервизија на осигурувањето (во понатамошниот текст ЗСО), како и останатите подзаконски акти донесени врз основа на овие закони.
- 4) Договорувач на доброволното приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е осигуреникот, работодавецот за своите вработени и членовите на нивните семејства, родителот или старателот за своите деца, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигура одредена група на луѓе.
- 5) Осигуреник на доброволно приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е физичко лице кое склучило или за кое е склучен договор за доброволно приватно здравствено осигурување и кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно приватно здравствено осигурување. Осигуреник може да биде само лице кое има утврден статус на осигуреник во задолжителното здравствено осигурување согласно со Законот за здравствено осигурување. Исклучок се лица-странски државјани кои не се опфатени во системот на задолжително здравствено осигурување.

ЦЕНТАР ЗА КОРИСНИЧКА ПОДДРШКА

Член 2

- 1) Центар за корисничка поддршка на осигурувачот, на договорувачот на осигурувањето и на осигуреникот им дава информации за осигурувањето и за давателите на здравствени услуги. Посредува при закажување на термини, односно врши најава кај давателот на здравствена услуга.
- 2) Контакт со центар за корисничка поддршка на осигурувачот се остварува преку: телефон, електронска пошта и личен контакт.
- 3) Осигурувачот ги објавува контактите и работното време од центар за корисничка поддршка на осигурувачот на својата официјална интернет-страница.

ЗНАЧЕЊЕ НА ПОИМИТЕ

Член 3

Во овие услови сите изрази користени во машки род, важат за лица од машки пол и за лица од женски пол.

Изразите наведени во овие Услови го имаат следното значење:

- 1) **Осигурувач:** Акционерското друштво за осигурување ВИНЕР – Виена Иншуренс Груп Скопје;
- 2) **Договорувач:** правно или физичко лице како и друг правен субјект кое во име и за сметка на Осигуреникот, односно во свое име и за сметка на Осигуреникот, ќе склучи договор за доброволно приватно здравствено осигурување со Осигурувачот, и ќе се обврзе да ја плати премијата за осигурување;
- 3) **Осигуреник:** физичко лице до 65 годишна возраст кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно приватно здравствено осигурување;
- 4) **Возраст на осигуреникот:** разликата помеѓу годината на почеток на осигурување и годината на раѓање на осигуреникот;
- 5) **Вонболничко и болничко специјалистичко лекување:** (во понатамошниот текст: лекување) е доброволно приватно здравствено осигурување кое врз основа на основани востановени медицински индикации во случај на новонастанати болести, состојби или повреди ги покрива трошоците на осигуреникот за дадено вонболничко и болничко лекување, специјалистички здравствени услуги, дијагностицирање и лекување кај даватели на здравствени услуги, најавени преку центар за корисничка поддршка на осигурувачот, како и трошоците за издавање на лекови во аптека, а во согласност со Процедурата за користење на Доброволно Приватно Здравствено Осигурување и Упатството за постапување на штети;
- 6) **Доброволно приватно здравствено осигурување:** доброволно осигурување, кое може да се договори најмалку во траење од една година од денот на почеток на осигурувањето, освен доколку со Законот за доброволното здравствено осигурување поинаку не е уредено. Со него се покриваат трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено Осигурување а во согласност со овие Услови, повисок стандард на здравствените услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување, трошоците за покривање на здравствените услуги користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствените услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во кои се врши здравствена дејност и кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помагала;
- 7) **Даватели на здравствени услуги:** здравствените установи (приватни здравствени установи, приватни здравствени ординации) кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала, како и здравствени установи и приватни здравствени работници кои се вклучени во мрежата за јавна здравствена служба, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област и се признати од страна на осигурувачот;
- 8) **Дете:** лице помладо од осумнаесет (18) години;
- 9) **Членови на семејство:** се брачни или вонбрачни партнери и нивните деца со иста адреса на живеење. За семејно осигурување за деца се сметаат и лица со навршени најмногу 26 години старост кои живеат на иста адреса со своите родители;
- 10) **Осигурителна година:** период од една (1) година која почнува на денот на почеток на осигурување;

- 11) **Лимит:** максимален износ кој претставува обврска на осигурувачот по поединечен основан медицински третман во рамките на договореното осигурително покритие за секое осигурено лице во текот на осигурителната година, кој е наведен во полисата, односно договорот за осигурување;
- 12) **Надомест од осигурување:** износ на трошоци за здравствени услуги и лекови кој осигурувачот го исплаќа при настапување на осигурениот случај;
- 13) **Премија за осигурување:** договорен износ кој се задржува, односно плаќа по договорот за осигурување;
- 14) **Сума на осигурување:** највисокиот износ до кој осигурувачот е во обврска наведен во полисата за осигурување;
- 15) **Осигурен случај:** иден, неизвесен и независен од волјата на осигуреникот настан врз основа на кој настануваат обврските на осигурувачот од договорот за осигурување, односно настан предизвикан од осигурен ризик;
- 16) **Осигурително покритие:** обврска на осигурувачот да ги исполни обврските од договорот според договорените услови;
- 17) **Франшиза:** дел од надоместот на штета која врз основа на склучениот договор за осигурување, Осигуреникот го сноси самостојно. Износот на франшизата може да биде утврден како процент од надоместот за штета или од сумата на осигурување или како фиксен износ;
- 18) **Партиципација:** претставува дел од трошоците за здравствени услуги и лекови кои осигуреникот сам ги сноси, а се регулирани со Законот за задолжително здравствено осигурување при остварување на правата од задолжително здравствено осигурување
- 19) **Период на чекање – каренца:** временски период на почетокот на договореното траење на осигурувањето утврден од страна на осигурувачот, во кој се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај. Доколку во периодот на каренца осигуреникот оствари лекување поради новонастаната состојба, осигурувачот нема обврска за надомест на трошоци за конкретната состојба, ниту по истекот на периодот на каренца, освен доколку не е поинаку договорено;
- 20) **Здравствени услуги** се стручно доктринирано признати медицински услуги во Република Северна Македонија и се изведуваат кај даватели на здравствени услуги;
- 21) **Розев рецепт:** службен образец за рецепт;
- 22) **Упат:** образец за задолжително здравствено осигурување со кој овластен лекар го упатува осигуреникот по нивоа и видови на здравствени услуги;
- 23) **Мирување на осигурување:** период за кој договорувачот на осигурувањето нема обврска да плаќа премија за осигурување, а осигурувачот нема обврска да обезбеди осигурително покритие;
- 24) **Лек:** лекови одредени во член 9 од овие Услови;
- 25) **Амбулантна рехабилитација:** се услуги во сегмент на физикална терапија и медицинска рехабилитација одредени во член 7 од овие Услови;
- 26) **Дневна болница:** здравствени услуги кои траат помалку од 24 часа и обично не преку ноќ;
- 27) **Причина за лекување:** секојдневни потешкотии, знаци на болести или симптоми, поради кои осигуреникот остварува право од осигурување;
- 28) **Лекување:** опфаќа специјалистичко вонболничко лекување, специјалистичко болничко лекување, физикална терапија и медицинска рехабилитација.
- 29) **Болест:** е абнормална состојба на организмот која ја отежнува функцијата на телото;
- 30) **Акутна болест:** (акутна состојба) ненадејна болест или повреда, односно сериозни симптоми на нарушување на здравјето кои што бараат лекарска помош;
- 31) **Претходна здравствена состојба:** болест, состојба или повреда (вклучувајќи здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми) за која е утврдено дека настанала пред склучување на осигурувањето, односно постоела при склучувањето на

- осигурувањето, без оглед на тоа дали била дијагностицирана, односно лекувана и позната на осигуреникот или не можела да остане непозната.
- 32) **Вродена мана:** состојба или болест која постои при раѓање поради наследни фактори, односно околности кои се развиваат во тек на бременост и е откриена при раѓање или кога било подоцна;
- 33) **Новонастаната болест, состојба или повреда:** болест, состојба односно повреда која ќе настапи по склучување на осигурувањето, односно постоела при склучувањето на осигурувањето, но не е дијагностицирана, односно лекувана и осигуреникот не знаел за неа, односно не можел да знае, бидејќи немал здравствени тешкотии, знаци на болест или симптоми (во понатамошниот текст новонастаната болест);
- 34) **Повреда:** промена или нарушеност на ткивото, органот, односно организмот која не содржи елементи на болест или дегенеративен процес кој ја зголемува склоноста кон повреди и настанува поради несреќен случај;
- 35) **Несреќен случај:** секој ненадеен и од волјата на осигуреникот независен настан, кој дејствувајќи главно однадвор и одеднаш на телото на осигуреникот, има за последица нарушување на здравјето за кое е потребна лекарска помош, односно лекување во болница;
- 36) **Итна медицински случај:** болест или повреда која без непосредна медицинска помош може да го доведе осигуреникот во животна опасност односно до непоправливо и сериозно оштетување на неговото здравје или до смрт. Под итна медицинска помош се подразбира и непосредна медицинска помош (итна хоспитализација) која се дава во текот на првите 12 часа од моментот на приемот на осигуреникот во здравствената установа, а поради состојба која претставува закана за живот;
- 37) **Животна опасност:** околност која резултира со хируршки зафат или хоспитализација на интензивна нега на осигуреникот со цел спречување на акутна витална опасност за животот на осигуреникот;
- 38) **Хронична болест или состојба:** болест или состојба која ги поседува следните карактеристики, односно дел од нив:
- се развива полека и траењето на состојбата не може да се одреди;
 - се повторува или е веројатно дека ќе се повтори;
 - може а и не мора да предизвика трајни здравствени последици;
 - бара палијативна нега;
 - бара долгорочно следење, консултации, прегледи, испитувања или тестови;
 - не е познат признаен лек, кој би можел да ја излекува состојбата;
- Хронични болести се сметаат и очекуваните компликации поради истата болест, состојба односно повреда, како и болести, состојби односно повреди наведени во прашалникот за здравствена состојба (во понатамошниот текст хронична болест);
- 39) **Медицински оправдан третман:** здравствена услуга, медицинско-технички помагала, импланти, санитарски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластен лекар и:
- е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда;
 - е потребен за оздравување, за подобрување на здравствена состојба или за да се спречи влошување на здравствената состојба на осигуреникот;
 - не го надминува обемот, траењето или интензитетот, нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лекување;
 - е настанат во текот на осигурителното покривање;
 - е во согласност со широко прифатените професионални стандарди на медицинска пракса во Р. С. Македонија;
 - не е наменет за личен комфор или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги;

- не е експериментален или во фаза на истражување;
- 40) **Овластен лекар:** лекар специјалист со диплома за завршена специјализација или субспецијализација од соодветната област од медицината, освен ако овластениот лекар е осигуреник, договорувач на осигурувањето или негов брачен другар;
- 41) **Второ мислење:** кога осигуреникот за една дијагноза ќе консултира повеќе овластени лекари, што би значело повторување на постапката за лекување остварена кај првиот овластен лекар за која осигуреникот го остварил правото од осигурување;
- 42) **Вонболничко и болничко специјалистичко лекување:** се здравствени специјалистички услуги, подетално наведени во член 7 и член 8 од овие Услови;
- 43) **Палијативно лекување:** лекување чија што основна намена е да понуди привремено олеснување на симптомите, но не и да ја излечи болеста или повредата што ги предизвикува симптомите.
- 44) **Подлимит:** максимален износ на покривање во рамки на одреден лимит, кој претставува обврска на осигурувачот по поединечен основан медицински третман во рамките на договореното осигурително покривање за секое осигурено лице во текот на осигурителната година, кој е наведен во полисата, односно договорот за осигурување;

МОЖНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 4

- 1) Со ова осигурување може да се осигура лице кое има регулиран престој во Р.С. Македонија и кое врз основа на Законот за здравствено осигурување има статус на осигурено лице со задолжително здравствено осигурување, и кои ќе склучат договор за доброволно приватно здравствено осигурување (договор за осигурување), согласно овие Општи и Посебните услови на осигурувачот.
- 2) Право на Осигуреник по полиса за доброволно приватно здравствено осигурување може да се обезбеди и за лица кои не се државјани на Р. С. Македонија, но имаат регулиран престој во истата.
- 3) Осигурениците од став 1 и 2 на овој член со губење на својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, го губат и својството на осигуреници во приватното здравствено осигурување, освен ако поинаку не е договорено.
- 4) Исклучок од ставот 3 на овој член се осигурениците во приватното здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.
- 5) Дете може да се осигура само доколку заедно со родителот се осигурени на иста полиса.
- 6) Согласно овие услови може да се осигураат лица од раѓање до возраст од 65 години.
Лица на возраст од 66 години до 72 години може да бидат осигурани со доплатак на премија, посебно договарање. Лица постари од 72 години не може да бидат осигурани во никој случај.

ОБЕМ НА ПОКРИТИЕ

Член 5

- 1) Осигурувањето ги покрива трошоците за извршени здравствени услуги како резултат на новонастаната болест, состојба или повреда, врз основа на медицински основана индикација (намалени за договорената франшиза) најмногу до висината на осигурената сума за вонболничко и болничко специјалистичко лекување.

Предмет на покритие се трошоците настанати кај давателите на здравствени услуги согласно договореното осигурително покритието во делот на: вонболничко и болничко специјалистичко лекување, соодветна дијагностичка постапка, издавање на лекови во аптека, физикална терапија и медицинска рехабилитација, и тоа најмногу до висина на максималните износи на лимитот односно подлимитите, наведени во полисата односно договорот за осигурување.

2) За медицински основана индикација се смета кога користењето на здравствени услуги е оправдано бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина ги препишал овластен лекар од соодветната област, односно се соодветни согласно здравствената состојба на осигуреникот.

ЗДРАВСТВЕНА УСЛУГА Член 6

Здравствена услуга е стручно доктринирана призната медицинска услуга во Р.С. Македонија која се изведува кај даватели на здравствени услуги.

ВОНБОЛНИЧКО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ЛЕКУВАЊЕ Член 7

1) **Вонболничко специјалистичко лекување**, се однесува на здравствени услуги кои се потребни за поставување на дијагноза, односно лекување на новонастанати болести, состојби, повреди, при што осигуреникот не е задржан на лекување во континуитет подлого од 24 часа (без ангажирање на болнички кревет за преноќување).

2) **Вонболничко специјалистичко лекување** опфаќа покритие во делот на:

а) **Специјалистички прегледи** кај овластен лекар од специјалистичко консултативна област;

б) **Едноставни специјалистички дијагностички методи, испитувања, тестови и анализи** (РТГ, УЗ, ЕКГ, ЕМГ, ЕЕГ, ВЕП, ОЦТ, лабораториски анализи, спирометрија и сл.);

в) **Комплексни специјалистички дијагностички постапки** како продолжение на специјалистичкото лекување и се потребни за поставување на дијагноза на новонастаната болест, состојба, повреда. Компјутерска томографија ЦТ, ЦТА, магнетна резонанса МР, МРА, позитронска емисиjsка томографија ПЕТ, сцинтиграфија, иригографија, УЗ водена биопсија на внатрешните органи и простата, ендоскопски УЗ, артрографија, гастроскопија, колоноскопија, миелографија, патохистолошко испитување и сл.;

г) **Едноставни хируршки зафати во дневна болница** се дијагностички и терапевтски зафати во склоп на дневна болница како дел од специјалистичко лекување или поставување на дијагноза, но не и хируршки интервенции кои според медицинската доктрина се водат како операции.

Хируршки зафат на око (сива мрежа, птеригија, пингвекула, ксанталазма, ентопија), зафат на солзните жлезди и канали, дијагностичка и терапевтска артроскопија на лакот, колено или скочен зглоб, оперативно лекување на проширени вени, коронаграфија, ПТА, операција на карпалниот канал, ректоскопски зафат, полипектомија, УЗ разбивање на бубрежни камења, ЕРЦП, хидрокела, сперматокела или вариокела, операција на хемороиди, инцизија на аналната фисура, ендоскопска операција во завршниот дел на дебелото црево, операција на кила, ендоскопска операција на носот и носните празнини, класична или ендоскопска мукотомија, ендоскопска аблација на полипи, поголема ексцизија на израстоци на кожата, лузни и меки делови, како и електрокоагулациски промени на кожата.

д) **Едноставни амбулантски зафати** (парентерална апликација на лек, апликација на блокади, склерозација на вени, пункција, нега на рани, отстранување на туѓо тело, отстранување на помали кожни израстоци)

- ѓ) **Дневна болница** (здравствени услуги што траат континуирано помалку од 24 часа и обично не преку ноќ)
- е) **Домашна посета при итни медицински случаи** само во итни медицински случаи по процена на овластен лекар и основана медицинска индикација;
- ж) **Санитетско возило при итни медицински случаи** само во итни медицински случаи и под услови превозот да го одредил овластениот лекар, без обврска за осигурувачот да го организира превозот;
- з) **Физикална терапија и медицинска рехабилитација** како составен дел од специјалистичко лекување односно медицински оправдан третман на повреда или болест. Опфаќа услуги од амбулантна физиотерапија и медицинска рехабилитација кои претставуваат специјалистичко лекување и медицински оправдан третман на болести и повреди. Овие услуги се изведуваат на подрачјето на физијатрија и амбулантна рехабилитација.
- с) **Психијатриски услуги** како услуги поврзани со менталното здравје на осигуреното лице и тоа во случај на физичко малтретирање, силување, смрт на близок член од семејство, дијагностицирање на малигно заболување.
- Во делот на физичко малтретирање и силување, настаните треба да бидат пријавени пред надлежен државен орган и за истите е покрената соодветна постапка.
- Под близок член на семејство согласно овие услови се подразбира родител, брачен/вонбрачен партнер, дете.
- За користење на услугите на вонболничко лекување, осигуреникот има право на надомест на трошоци максимално до договорената сума на осигурување и договорените лимити наведени во полисата за осигурување за времетраење на осигурителното покритие.

БОЛНИЧКО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Член 8

- 1) **Болничко специјалистичко лекување** опфаќа медицински третман со цел спроведување на дијагностички постапки и третмани подолго од 24 часа во континуитет каде што осигуреникот има обезбедено болнички кревет и е под постојан надзор од страна на медицински лица.
- 2) **Услугите на болничко специјалистичко лекување со или без вршење на операции** опфаќаат:
 - а) **Покривање на трошоците за сместување во болницата** (во двокреветна, трокреветна или четирикреветна соба) и исхраната која е препорачана од овластениот лекар кој го задржал пациентот на лекување;
 - б) **Трошоци за едноставни и комплексни дијагностички постапки, лабораториски испитувања, тестови и анализи**, по основана медицинска индикација, и по препорака на овластениот лекар, кои се кои се неопходни за лекување, подобрување или спречување на влошувањето на здравјето на осигуреникот, а се вршат за време на престојот во болницата. Ова вклучува: лабораториски испитувања, радиолошки испитувања (УЗ водена биопсија на внатрешните органи и простатата, ендоскопски УЗ, РТГ, ЦТ, МР, рентгенографија, рентгеноскопија), биопсија, ергометрија, спирометрија, ендоскопски процедури, артрографија, колоноскопија, гастроскопија, сцинтиграфија, иригографија, миелографија, ЕЕГ, ПЕТ (позитронска емисионска томографија), ЕМГ, ЕМНГ, холтер, ЕКГ, патохистолошко испитување и други медицински индицирани дијагностички постапки;
 - в) **Трошоци за лекови и терапија** која осигуреникот ја прима за време на престојот во болница;
 - г) **Трошоци за сместување на родител на дете до 14 години** вклучено покритие за еден родител во својство на придружба, за број на денови еднаков на бројот на денови на

хоспитализација на главниот пациент односно дете до 14 години, вклучени трошоци за сместување и исхрана во ПЗУ.

3) **Услуги кои не се покриени со болничкото лекување** се: дневна болница, престој во болница поради одвикнување од зависности, престој во здравствена установа за рехабилитација (банско лекување), престој во душевна болница, санаториум, хидроклиника, домови за нега на болни лица, геријатриски установи, центри за одмор, слабеење и закрепнување.

За користење на услугите на болничко лекување, осигуреникот има право на надомест на трошоци максимално до договорената сума на осигурување и договорените лимити наведени во полисата за осигурување за времетраење на осигурителното покритие.

ЛЕКОВИ

Член 9

1) Осигурувањето ги покрива трошоците за лекови кои при изведувањето на здравствени услуги во делот на вонболничко и болничко специјалистичко лекување, согласно дијагнозата, медицинската доктрина и здравствените инструкции, се потребни за лекување на новонастанатата болест.

Истите се препишани на розев рецепт или пак се содржани на самиот специјалистички извештај, најмногу до лимитот за лекови наведен во полисата за осигурување.

2) Признати се лекови за кои има дозвола за пуштање на лекови во промет согласно законска регулатива и истите се регистрирани како лек во Централниот регистар на лекови во Р.С. Македонија.

3) Под лекови не се подразбираат витамини, минерали, суплементи и други додатоци со исхрана, апликатори, козметички препарати, медицинска козметика, ОТЦ препарати и останати препарати кои не се евидентирани како лек во Централниот регистар на лекови во Р.С. Македонија согласно претходно наведеното (освен ако не е поинаку договорено).

4) Лекот треба да биде препишан од лекар специјалист.

ОПФАТ НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 10

1) Висината на осигурителното покритие е дефинирана со годишната сума на осигурување која е одредена во полисата за осигурување и во согласност со утврдените лимити и подлимити изразени во полисата за осигурување изразени во годишен агрегат. Лимитите на осигурителното покритие односно сума на осигурување по поединечни сегменти/покритија/услуги, претставува максимална обврска на осигурувачот во случај на штета, како и вкупна обврска на осигурувачот за период на осигурување – агрегат.

2) Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за користените здравствени услуги во сегментот вонболничко и болничко специјалистичко лекување до висина на наведените лимити односно подлимити (намалени за договорената франшиза), но најмногу до висината на осигурената сума одредена во полисата.

3) Во осигурителната година за лекување од иста причина се покриени трошоци за здравствени услуги кои опфаќаат четири (4) вонболнички и болнички специјалистички лекувања.

4) За искористени здравствени услуги се смета целокупното лекување остварено со цел поставување дијагноза, подобрување односно спречување на влошување на здравјето на осигуреникот.

5) Во случај на континуирано осигурување, трошокот настанат во времетраење на тековната осигурителната полиса користи од лимитите на истата, независно од кога е настанат осигурениот случај.

ОСНОВ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

Член 11

1) Осигуреникот го остварува правото од осигурување врз основа на основана медицинска документација која произлегува:

- а) за вонболничко или болничко специјалистичко лекување од специјалистичкиот извештај/наод од овластениот лекар кој го извршил прегледот;
- б) за изведување на дијагностички постапки и анализи е неопходно да претходи специјалистички преглед од овластен лекар кој дал препорака за изведување на истите;
- в) за амбулантна рехабилитација од извештајот/наодот на овластениот лекар;
- г) за лекови препишани на розов рецепт или од извештајот/наодот издаден од овластениот лекар.

НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

Член 12

- 1) Осигуреникот ги добива здравствените услуги кај давателот на здравствени услуги, додека пак лековите ги добива во аптека.
- 2) Трошоците од здравствените услуги и лекови, иницијално осигуреникот ги плаќа сам, освен ако поинаку не е договорено, а осигурувачот врз основа на барање за поврат на трошоците му ги надоместува трошоците според договореното покритие.
- 3) Отстапување од претходниот став на овој член, може да има во случај на трошоците кои се однесуваат на покритието за болничко лекување како и за дел од трошоците кои припаѓаат во делот од покритието за вонболничко лекување, секако по претходна најава и за истото добиена согласност за издавање на гаранција од страна на осигурувачот кон давателот на здравствени услуги.
- 4) Со цел остварување на правата од осигурување, осигуреникот е должен да ги почитува инструкциите за изведување на лекување добиени од страна на давателот на здравствени услуги.

ПРОЦЕДУРА ЗА РЕФУНДИРАЊЕ НА СРЕДСТВА ПО НАСТАНАТИ ТРОШОЦИ

Член 13

- 1) Барањето за поврат на трошоците за добиените здравствени услуги кај давателот, односно издавање на лекови во аптека, осигуреникот го поднесува во рок од деведесет (90) дена од датумот на добиените здравствени услуги или издадени лекови.
- 2) Кон барањето за поврат на трошоците покрај пријавата за штета осигуреникот мора да приложи:
 - а) копија од специјалистичкиот извештај од овластен лекар кај давателот на здравствени услуги и копија од сметка на давателот на здравствените услуги со спецификација на добиените здравствени услуги;
 - б) копија од розовиот рецепт, копија од извештајот за лекување и копија од оригинална сметка од аптеката;

- в) копија од извештајот за лекување и копија од оригинална сметка со спецификација за изведената амбулантна рехабилитација;
- г) по потреба и останата медицинска документација на барање од Осигурувачот.
- 3) Во случај на остварување на правото на поврат на трошоци, Осигурувачот во рок од четиринаесет (14) дена од комплетирање на целокупната документација извршува поврат на истите, на сметката која осигуреникот ја навел во барањето за поврат на трошоците, и тоа:
- а) трошоци за здравствени услуги добиени кај давателот, кои не се поголеми од нивото на цената во слични институции во земјата во кои се врши медицинско лекување, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување;
- б) трошоци за издавање на лекови во аптека, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување, односно трошоци за амбулантна рехабилитација, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување.

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗА ОСТВАРУВЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

Член 14

Осигуреникот на свој трошок ги обезбедува и му ги поднесува на осигурувачот сите потребни информации и неопходна документација во врска со постапката за рефундирање на средства, на барање на осигурувачот со цел правилно утврдување на основот за обврските од договорот за осигурување.

ОДЛУЧУВАЊЕ ЗА ПРАВО НА ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ

Член 15

Осигурувачот во рок од четиринаесет (14) дена по примањето на целокупната потребна документација одлучува за правото на исплата на надомест од осигурување и за тоа го известува осигуреникот.

ПЕРИОД НА ЧЕКАЊЕ – КАРЕНЦА

Член 16

- 1) За осигурувањето важи каренца од два (2) месеци во случај на дијагностицирање, односно лекување на болест или состојба, освен ако поинаку не е договорено и посебно наведено во полисата за осигурување.
- 2) Ако новородено дете се осигура во рок од петнаесет (15) дена после раѓањето, осигурителното покритие започнува по еден (1) месец од раѓање, во спротивно важи каренцата согласно Договорот/Полисата за осигурување, освен ако поинаку не е договорено и посебно наведено во полисата за осигурување.
- 3) Каренцата не важи кај лица со осигурување во континуитет, доколку настапи несреќен случај (незгода), под услов да бидат опфатени сите ризици од претходниот договор за осигурување, хируршки интервенции како последица од несреќен случај, кај болести и повреди кај кои без непосредна медицинска помош може да дојде до животна опасност.
- 4) Доколку во новиот договор за осигурување има ризици што не се опфатени од претходниот договор, за тие ризици ќе се примени каренца според новите услови.

ФРАНШИЗА

Член 17

- 1) Сопствено учество на осигуреникот односно франшиза е дефинирано кај следните покритија:

а) Вонболничко лекување: Грип и акутни инфекции на горни дишни патишта, франшиза во висина од 20% за секој штетен настан освен:

Првиот штетен настан не подлежи на франшиза за осигуреници со навршени 15 години.

За осигуреници кои спаѓаат во старосна група 0 – 14 години, и првиот штетен настан подлежи на франшиза од 20%.

б) Вонболничко лекување: Цревни инфекциски болести и зоонози, франшиза во висина од 20% за секој штетен настан освен:

Првиот штетен настан не подлежи на франшиза за осигуреници со навршени 15 години.

За осигуреници кои спаѓаат во старосна група 0 – 14 години, и првиот штетен настан подлежи на франшиза од 20%.

в) Болничко лекување: Грип и акутни инфекции на горни дишни патишта, се применува франшиза од 20% за секој штетен настан, вклучувајќи го и првиот штетен настан.

г) Болничко лекување: Цревни инфекциски болести и зоонози, се применува франшиза од 20% за секој штетен настан, вклучувајќи го и првиот штетен настан.

д) Вонболничко лекување: Физикална терапија и медицинска рехабилитација, франшиза во висина од 20% за секој штетен настан, освен доколку не е поинаку договорено.

Физикална терапија и медицинска рехабилитација не подлежи на франшиза во услови кога истата е продолжение на процесот на лекување како резултат на пострауматски повреди, кога е продолжение на процесот на лекување по спроведено болничко лекување, кога е составен дел односно продолжение на процесот на лекување по извршена операција.

2) Осигурувањето исто така може да се договори со определен процент на име на сопствено учество во штета (франшиза), во вид на генерална франшиза за сите покритија наведени во полисата, за што следува соодветен попуст во делот на премијата.

ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 18

Кога новонастанатата болест медицински ќе се одреди како хронична болест, осигурувачот во врска со таа болест, состојба, односно повреда покрива трошоци до висина на утврдениот подлимит за истата. Овој подлимит во целост важи заедно со останатите подлимити за одделни секции од покритието и не претставува дополнителна сума на осигурување. За хронична болест, состојба или повреда не се смета болест, состојба или повреда која сеуште е во фаза на дијагностицирање.

Осигурувањето ги покрива трошоците за здравствени услуги и лекови кои настануваат во осигурителната година најмногу до висина на годишната сума на осигурување.

Не е можно пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 19

1) Осигурувачот нема обврски во врска со:

а) претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето на осигурувачот му биле пријавени и ако осигурувачот ги прифатил, како и за трошоци за лекување кои ќе настанат за времетраење на осигурувањето, освен ако не е поинаку договорено;

б) болест, состојба односно повреда која во договорот за осигурување е наведена меѓу исклучените обврски на осигурувачот;

в) лекувања кои не се медицински индицирани или се последица на лекарска грешка или нивната цел била подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот.

2) Осигурувачот нема обврски во врска со:

- а) трансплантација, повреди и компликации после оперативни зафати, како и отстранување на внатрешниот остеоинтетски состав;
 - б) вродени мани и професионални болести;
 - в) синдром на стекната имунодефициенција, полово преносливи болести (ХПВ, ХИВ, кламидија, сифилис, гонореа, микоплазма, уреоплазма, трихомонас) епилепсија и парализа;
 - г) психијатриски болести, општи физички отежнувања, нарушувања во исхраната, како и последици на акутна стресна реакција;
 - д) бременост (освен ако не е поинаку договорено), амниоцентеза, неплодност, (де)стерилизација, вештачко оплодување, абортус и негови последици (исклучок е абортусот во итни медицински случаи односно поради медицински причини како што се: структурно, односно хромозомско оштетување на плодот, здравствена состојба која го загрозува животот на мајката, спонтан абортус и медицински индициран абортус), повреди при раѓање и операции на плодот;
 - ѓ) рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астагматизам), освен ако е последица од повреда;
 - е) прекумерно уживање во алкохол, односно други психоактивни материји;
 - ж) промена на пол;
 - з) жуљеви, задебелени односно сраснати нокти, акни, ботокс третмани;
 - с) стоматолошки услуги, освен поради несреќен случај (незгода) кој се докажува со комплетна медицинска документација;
- 3) Осигурувачот нема обврска во врска со:
- а) состојби кои произлегуваат од перинаталниот период;
 - б) анорексија, обезност и булимија;
 - в) пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и нарушување на вниманието со хиперактивност).
- 4) Осигурувачот нема обврска во врска со:
- а) здравствени услуги добиени кај давател кој е член на потесното семејство на осигуреникот, односно живее во исто домаќинство со осигуреникот;
 - б) услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување, освен ако не е поинаку договорено;
 - в) медицински помагала или импланти, освен ако се составен дел на хируршкиот зафат во дневна болница;
 - г) превоз на служби за спасување, итна медицинска помош, превентивна и здравствена нега, освен ако не е поинаку договорено;
 - д) дијализа;
 - ѓ) вакцинација;
 - е) генетски испитувања;
 - ж) процес на физички промени во човековиот организам (менопауза, пубертет, остеопороза)
 - з) радиотерапија, хемотерапија и терапија која е поддршка на радио и хемотерапија за лекување на малигни заболувања;
 - с) придружба на осигуреникот, освен за родител/законски застапник на дете до 14 години во случај на хоспитализација при што вклучени се трошоците за сместување и исхрана во ПЗУ;
 - и) превентивни здравствени прегледи, самоиницијативни следења на состојби, испитување, дијагностика и здравствена нега. Осигурувачот има право посебно да договори и одобри превентивни здравствени прегледи.
- 5) Осигурувањето не ги покрива трошоците за:
- а) трошоци настанати поради козметички и естетски причини;
 - б) лекови кои се издаваат без рецепт односно без специјалистички извештај;
 - в) лекови препишани на рецепт со превентивна цел;

- г) лекови за лекување на еректилна дисфункција, лекови за намалување на прекумерна тежина, лекови за отстранување на андрогена алопеција, како и контрацептива, освен кај хормонално лекување;
- д) лекови кои се препишани заради диететско, дезинфекциско, негувателско и козметичко дејство;
- ѓ) биолошки лекови;
- е) лекови за хронични болести
- б) Исклучени се обврските на осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло поради или е поврзано со:
- а) воени или на нив слични дејства, саботажа, терористички активности, инциденти, востанија, револуции и друго, без оглед на тоа дали осигуреникот во нив учествувал;
- б) епидемија, пандемија, загадена средина, радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија, како и природни катастрофи;
- в) подготвување, обид или извршување кривично дело, како и за бегство после такво дело;
- г) физичка пресметка, освен во случај на службено докажана самоодбрана, што осигуреникот сам ја докажува;
- д) самоповредување или обид за самоубиство;
- ѓ) управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;
- е) екстремни спортови, како и професионално спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување.
- ж) дејство на алкохолни, опојни и други наркотици, и тоа:
- ако како возач на моторното возило при несреќниот случај имал повеќе од 10,8 мил. на мол (0,5%) алкохол во крвта или повеќе од 21,6 мил. на мол (1%) алкохол во крвта при други несреќни случаи;
 - ако алкотестот е позитивен, а осигуреникот не се погрижи со анализа во крвта детално да се утврди степенот на алкохол во крвта;
 - со стручен преглед се утврди дека покажува знаци на пореметеност поради уживање на опојни и други наркотици;
 - ако одбие или ја избегне можноста за утврдување на степенот на неговата алкохолизираност или присуство на опојни и други наркотици во неговиот организам.
- 7) Обврската за исплата на надомест од осигурување е исклучена во случај на:
- а) неодговорно однесување, односно недостиг на правилно однесување на осигуреникот во случај да не се придржува на упатствата на лекарот кој го лекува;
- б) давање на невистинити податоци, премолчување, измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договорувачот, односно осигуреникот.
- в) поднесување на барање за поврат на трошоците за добиените здравствени услуги кај давателот односно издавање на лекови во аптека, надвор од дефинираниот рок во член 13 од овие услови.
- 8) Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците за:
- а) медицинско испитување и медицинска документација, вклучувајќи ги преводите, како и копиите на истата документација кои осигуреникот е должен да ги поднесе како доказ за настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и
- б) трошоците за правно, односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај.
- 8) Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

ТЕРИТОРИЈАЛНА ВАЖНОСТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 20

Осигурувањето важи на територијата на Р.С. Македонија.

СКЛУЧУВАЊЕ, ТРАЕЊЕ, ОБНОВА И ПРЕСТАНОК НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 21

- 1) Договорот за осигурување се склучува врз основа на понуда и склучен е кога ќе го потпишат двете договорени страни.
- 2) Со потпишување на полисата, осигуреникот изјавува дека пред склучување на договорот за осигурување бил запознаен со условите за склучување и изведување на осигурувањето и дека договорните одредби се во согласност со договореното меѓу договорните страни.
- 3) Осигуреникот при склучување на договорот за осигурување пополнува и потпишува прашалник за здравствената состојба кој е составен дел на понудата. Врз основа на прашалникот за здравствената состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува висината на премијата за осигурување, односно исклучување на сите обврски, поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при склучувањето. Ако новородено дете се осигура во рок од петнаесет (15) дена после раѓање, не е потребно пополнување на прашалник за здравствена состојба.
- 4) Ако за склучување на осигурување е потребен лекарски преглед, осигуреникот, по барање на осигурувачот, го прави во рок од четиринаесет (14) дена. Ако за склучување на осигурувањето е потребна дополнителна здравствена документација, осигуреникот му ја доставува на осигурувачот на негово барање во рок од четиринаесет (14) дена.
- 5) Потпишана понуда за склучување на договорот за осигурување која му била поднесена на осигурувачот го обврзува понудувачот во рок од осум (8) дена од денот кога пристигнала кај осигурувачот, а ако е потребен лекарски преглед триесет (30) дена. Ако осигурувачот во тој рок не ја одбие понудата која не отстапува од условите по кои се склучува осигурувањето, се смета дека понудата е прифатена и дека договорот за осигурување е склучен истиот ден кога пристигнала кај осигурувачот.
- 6) Ако осигурувачот е подготвен да ја прифати понудата само под посебни или променети услови, договорот за осигурување ќе биде склучен оној ден кога осигуреникот ќе се согласи со потпис на тие услови. Се смета дека понудувачот се откажал од понудата ако на посебните или променети услови од осигурувачот не се потпише во рок од осум (8) дена од денот на прием на известувањето од осигурувачот.
- 7) Ако договоруваачот и осигуреникот не се исто лице, понудата мора да содржи писмена согласност од осигуреникот за склучување на осигурувањето.

СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ПОД ИЗМЕНЕТИ УСЛОВИ

Член 22

- 1) Доколку на основ на податоците евидентирани во здравствениот прашалник, како и врз основа на приложените податоци од доставената медицинска документација од матичен лекар (општ лекар или гинеколог), некое лице претставува зголемен ризик, осигурувачот има право ова лице да го прими во осигурување под променети услови.
- 2) Зголемен ризик претставува потенцијал од настанување на осигурен случај проценет врз основа на здравствената состојба на осигуреникот, кој што осигурувачот го утврдил врз основа на добиените податоци и информации како составен дел од процедурата за прием во осигурување и процена на ризик.

- 3) Доколку осигурувачот за некое лице утврди дека претставува зголемен ризик, должен е за истото да ги информира во писмена форма договорувачот на осигурувањето и осигуреникот, дека прием во осигурување може да се изврши единствено под променети услови.
- 4) Променети услови за склучување на договор за осигурување на лица кои претставуваат зголемен ризик може да бидат:
- а) ограничување или исклучување на одредено осигурително покритие за одредени болести и состојби или последици од претходна здравствена состојба.
 - б) примена на каренца за надомест на трошоци за лекување за одредено осигурително покритие.
 - в) примена на франшиза за надомет на трошоци за лекување за одредено осигурително покритие.
 - г) доплатак на премија за осигурување за лице кое претставува зголемен ризик.
- 5) Исклучувањата на одредени покритија за лицето кое претставува зголемен ризик се наведуваат на самата полиса и се наведени на прашалникот за здравствена состојба.
- 6) Условите под кои се осигуруваат лицата со зголемен ризик како и премијата за осигурување ја одредува Секторот за услуга на клиенти.

ВРЕМЕТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 23

- 1) Доколку не е поинаку договорено, осигурителното покритие од Договорот за осигурување започнува по истекот на 24 часот на денот што во полисата за осигурување е означен како почеток на траење на осигурувањето, под услов до тој ден да е платена договорената премија или првата рата на премијата, а во спротивно, по истекот на 24 часот од денот кога премијата е платена.
- 2) Осигурителното покритие престанува по истекот на 24 часот на денот означен во полисата на осигурување како ден кога истекува осигурувањето.
- 3) Осигурувањето се склучува за период од една (1) година.

ОБНОВА НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 24

- 1) Осигурувањето може да се обнови со еднакво траење. При обновување, осигурувачот може повторно да ја процени здравствената состојба на осигуреникот и да ја одреди висината на премија за осигурување, односно исклучување на обврските на осигурувачот поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при обнова. Осигурувачот за обновата на осигурувањето и за промените на осигурувањето при обнова го известува осигуреникот барем еден (1) месец пред истекот на осигурувањето. Ако договорувачот, односно осигуреникот не се согласува со обновата на осигурувањето, има право, пред почетокот на обновувањето на осигурувањето, со изјава да не го прифати.
- 2) Осигурувањето не се обновува ако осигурувачот престанал со осигурување, ако договорувачот, односно осигуреникот постапил спротивно на договорот за осигурување или настанале околности поради кои осигурувачот не би го склучил договорот за осигурување. Осигурувачот за тоа го известува осигуреникот во рок од осум (8) дена пред истекот на осигурувањето.

ПРЕСТАНОК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 25

- 1) Договорот за осигурување престанува со завршување на периодот за кој е склучено осигурувањето или со искористување на сумата на осигурување одредена во полисата како годишен агрегат.
- 2) Осигурувачот пред истекот на рокот на траењето на договорот за осигурување истиот може да го раскине под услови и на начин предвиден со важечки законски одредби. Раскинувањето на договорот е можно само со спогодба и ако за тоа постојат оправдани причини.
- 3) Договорот за осигурување пред истекот на времетраењето може да се раскине од страна на договорувачот на осигурување само ако до моментот на раскинување на договорот не е настанат осигурен случај. Во случај на раскинување на договорот, Осигурувачот е должен да го врати делот од премијата што отпаѓа на времето до крајот на периодот на осигурувањето.
- 4) Во случај на склучен договор на подолго време, договорувачот, согласно Законот за заштита на потрошувачите, има право во рок од петнаесет (15) дена од денот на склучување на осигурувањето, без образложение да го откаже договорот за осигурување. Договорот за осигурување, без разлика на одредбата од член 24 став (1) од овие услови, престанува да важи во 24:00 часот од оној ден кога осигурувањето е раскинато или прекинато.
- 5) Договорот за осигурување предвремено престанува со смрт на осигуреникот.

ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Член 26

- 1) Осигурителното покритие започнува по истекот на 24 часот на денот што во полисата за осигурување е означен како почеток на траење на осигурувањето ако:
 - а) за осигурувањето во целост е платена доспеаната премија за осигурување согласно одредбите од договорот за осигурување;
 - б) осигурувањето не е во периодот на чекање - каренца;
- 2) Ако новородено дете се осигура во рок од петнаесет (15) дена после раѓање, осигурителното покритие започнува еден (1) месец после раѓањето.
- 3) Ако осигуреникот во осигурителната година веќе ја искористил годишната сума на осигурување, до почетокот на следната осигурителна година ќе нема осигурително покритие.
- 4) Ако осигурувањето се обнови во рок од еден (1) месец по истекот на претходното осигурување, осигурувањето ќе нема каренца.
- 5) Осигурителното покритие престанува со прекин на осигурувањето.

МИРУВАЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 27

Мирување на осигурувањето не е можно да се договори.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 28

- 1) Премијата за осигурување е годишна. Се плаќа однапред со динамика на плаќање која е определена во договорот за осигурување.
- 2) Премијата за осигурување е евидентирана во важечката тарифа за осигурување.
- 3) Премијата за осигурување е одредена по старосни класи. Врз основа на прашалникот за здравствената состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува премијата за

осигурување, односно исклучување на своите обврски, поврзани со здравствената состојба на осигуреникот. Во случај на преминување во повисока старосна класа, пред почетокот на новата осигурителна година висината на премијата за осигурување за следната година се усогласува со важечката Тарифа за осигурување.

- 4) Согласно законските одредби, на премијата за осигурување не се пресметува данок.
- 5) Во случај на заостанато плаќање на премијата за осигурување, обврските се подмируваат по редот на доспеаност.
- 6) Ако е договорено плаќање на рати, тогаш договорувачот на осигурувањето ја плаќа првата рата во моментот на склучување на Договорот за осигурување или издавањето на лист на покритие, освен ако не е поинаку договорено.
- 7) Осигурувачот има право сите доспеани неплатени рати од премијата да му ги одбие на осигуреникот при исплатата на штета. Кај тотална штета, сите неплатени рати од премијата доспеваат за наплата и се одбиваат од износот за надоместок на штета при исплатата.
- 8) Ако на договорувачот на осигурувањето му се признал попуст за времетраење на осигурувањето, а осигурувањето од кои било причини престанало пред истекот на тоа време, осигурувачот има право да ја наплати разликата до премијата што договорувачот на осигурувањето би требало да ја плати кога Договорот за осигурување би бил склучен само за периодот до прекинувањето. Во случај да престане важноста на Договорот за осигурување поради неплаќање на доспеаната премија, договорувачот треба да ја плати премијата за неплатеното време до денот на престанок на важноста на Договорот за осигурување. Ако до денот на престанок на осигурувањето настанал осигурен случај за кој осигурувачот исплатил оштета, договорувачот на осигурувањето е должен да ја плати целокупната премија за тековната година на осигурување

ПОСЛЕДИЦА ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 29

- 1) Ако премијата за осигурување не е платена до денот на доспеаност, осигурувачот може да го извести договорувачот да ја плати премијата за осигурување. Ако премијата за осигурување не е платена во рок кој е наведен во известувањето и кој не е пократок од триесет (30) дена, осигурувачот може да го раскине договорот за осигурување без отказан рок, при што на осигурувачот му припаѓа доспеаната премија за осигурување.
- 2) Во случај на доцнење при плаќањето на премијата, осигурувачот може да побара поврат на трошоците кои заради доцнењето предизвикале законска казнена камата.
- 3) Договорувачот со неплаќање на премијата за осигурување не може еднострано да го раскине осигурувањето.

ОСТАНАТИ ПРАВА И ОБВРСКИ НА ДОГОВОРУВАЧОТ И ОСИГУРЕНИКОТ

Член 30

- 1) Ако договорувачот и осигуреникот не се исто лице, договорувачот го запознава осигуреникот со одредбите на договорот за осигурување. Се смета дека осигуреникот е запознаен со условите на склучување и изведување на осигурувањето.
- 2) Договорувачот, односно осигуреникот должен е кон осигурувачот:
 - а) при склучување на договорот за осигурување да ги пријави сите околности кои се неопходни за процена на ризикот и кои му се познати или не можеле да му останат непознати. Особено важни се сметаат оние околности без кои не е можно да се склучи, односно се такви што осигурувачот би го склучил осигурувањето под посебни или изменети услови, односно не би го склучил осигурувањето. Во спротивно осигурувачот нема обврска за надомест на трошоци за спроведено лекување, дијагноза, лекови, кои ќе настанат за времетраење на осигурувањето.

- б) За времетраење на осигурувањето ажурно да посредува со лични и други податоци, како и околности и нивната промена важна за изведување на осигурувањето.
- 3) Договорувачот е должен да го обезбеди плаќањето на премијата за осигурување на начин и во рокови кои се одредени во договорот за осигурување.
- 4) Осигуреникот е должен:
- а) правата од осигурувањето да ги оствари на начин и под услови кои се одредени во договорот за осигурување, како и
- б) на сопствен трошок, на осигурувачот да му ја достави целата документација и да ги даде сите информации потребни за утврдување на настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и правото за надомест од осигурување.
- 5) Ако осигуреникот не постапува согласно договорот за осигурување, особено ако правото од осигурување не го остварува на начин и по условите кои се одредени во договорот за осигурување или не се почитуваат упатите за давање здравствена услуга кои претходно му ги препорачал давателот на здравствени услуги, на осигурувачот ќе му ги надомести штетата и трошоците настанати поради неговото постапување или пропуст.
- 6) Ако осигуреникот при остварување на правата од осигурување ја надмине годишната сума на осигурување, на осигурувачот му го враќа надминатиот износ и трошоците настанати поради неговото постапување.
- 7) Ако по остварување на правото од осигурување се утврди дека не настанал осигурен случај, на осигурувачот му се враќа платениот надомест од осигурувањето, како и трошоците настанати поради неговото постапување.

ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 31

- 1) Со договорот за осигурување договорувачот се обврзува дека на осигурувачот ќе му ја плати премијата за осигурување, а осигурувачот се обврзува дека при настанување на осигурен случај ќе ги исполни условите на осигурителното покритие и на осигуреникот ќе му ги надомести трошоците за добиените здравствени услуги, издадени лекови и амбулантна рехабилитација во договорениот износ, како и ќе понуди асистенција при остварување на правото од осигурување.

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ВОНБОЛНИЧКО И БОЛНИЧКО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Член 32

- 1) Условите за осигурување на специјалистички медицински третман се составен дел на договорот за осигурување со кој се уредени односите меѓу договорувачот, осигуреникот и осигурувачот.
- 2) Осигурувачот ги објавува овие услови на својата интернет-страница.

ОСТАНАТИ ДОКУМЕНТИ КОН ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 33

- 1) Составни делови на договорот за осигурување се, покрај условите за осигурување, исто така понуда, прашалник за здравствената состојба, полиса за осигурување, како и здравствената документација и други пријави, изјави или документи од договорените страни, а можат да бидат и посебните услови, односно клаузули во полисата за осигурување.
- 2) Во случај кога одредбите на посебните услови се спротивни на одредбите од овие услови, важат посебните услови. Во случај кога клаузулата во полисата за осигурување е

спротивна на одредбите од овие услови, односно на посебните услови, важи клаузулата од полисата за осигурување.

ОБРАБОТКА И ЧУВАЊЕ НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

Член 34

Договорувачот на осигурувањето - физичко лице, односно осигуреникот дава согласност на осигурувачот да ги обработува неговите лични податоци од договорот за осигурување во земјата и доколку е потребно и во странство, во согласност со прописите што ги регулираат осигурувањето, правата на потрошувачите и заштитата на личните податоци. Осигуреникот дава согласност осигурувачот да собира и обработува податоци за неговата здравствена состојба во земјата и доколку е потребно и во странство за потребите за спроведување на договорот за осигурување. Оваа согласност се однесува и на овластените лица на осигурувачот кои може да ја обработуваат здравствената документација на осигуреникот, да ги доставуваат податоците до осигурувачот, како и да вршат проверка на точноста и промените на личните податоци во здравствените установи и други правни и физички лица, кои располагаат со тие податоци. Договорувачот на осигурувањето - физичко лице, односно осигуреникот дава согласност на осигурувачот и на неговиот договорен обработувач на личните податоци, да ги обработуваат личните податоци од првиот став на овој член, само за потребите за спроведување на договорот за осигурување во согласност со прописите со кои се уредува заштитата на личните податоци. Договорувачот на осигурувањето дава согласност на осигурувачот да ги користи личните податоци од првиот став на овој член (име и презиме, адреса за комуникација, електронска адреса и/или телефонски број, но не и податоците за здравствената состојба) за цели на вршење директен маркетинг за себе и поврзани друштва во земјата и во странство, но само врз основа на претходно дадена изречна изјава на согласност за оваа цел, а во согласност со прописите со кои се уредува заштитата на личните податоци. Во изјавата за согласност, задолжително треба да биде наведено дека договорувачот на осигурувањето - физичко лице, односно осигуреникот може во секое време бесплатно и на едноставен начин, трајно или привремено да ја повлече согласноста за вршење на директен маркетинг, и тоа со писмено барање доставено или испратено на адресата на осигурувачот. Осигурувачот врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на личните податоци на осигуреникот, договорачот 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. Осигуреникот има право да бара од осигурувачот да ги дополни, исправи или избрише неговите лични податоци, ако истите се нецелосни, неточни или неажурирани и доколку се исполнети целите за нивна обработка или ако биле незаконски обработувани. За да го оствари ова право, осигуреникот доставува или испраќа писмено барање на адресата на осигурувачот. Личните податоци од ставовите 1 и 2 од овој член, освен податоците за здравствената состојба, можат да ги обработуваат и овластени лица за застапување и посредување, како и договорните обработувачи на лични податоци. Осигурувачот ги чува личните податоци во временски период до исполнување на целта заради која истите се обработуваат, што е во согласност со прописите за заштитата на личните податоци и интерните акти за обезбедување на безбедност при обработката на личните податоци каде што овие рокови се подетално утврдени и тоа:

- 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 доброволно здравствено осигурување и 10 години по престанокот на важење на договорот.
- 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 доброволно здравствено 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 доброволно здравствено 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.

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

ОСТАНАТИ ПРАВА И ОБВРСКИ НА ДОГОВОРНИТЕ СТРАНИ

Член 35

- 1) Осигурувачот е должен да ја прифати премијата од секое лице за чие плаќање има правен интерес.
- 2) Ако договорувачот, односно осигуреникот намерно пријави или намерно премолчи каква било опасност од таква природа што осигурувачот не би склучил осигурување кога би знаел за вистинската состојба, осигурувачот може да побара прекин на осигурувањето без отказан рок, како и поврат на исплатениот надомест од осигурување, заедно со законската казнена камата, и на настанатата штета и трошоците. Притоа, осигурувачот може да го задржи поголемиот дел од платената премија за осигурување и има право да побара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарал раскинување на договорот.
- 3) Ако договорувачот, односно осигуреникот неистинито пријави или пропушти важна информација, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може во еден (1) месец од денот кога дознал за неистинитата или непотполна пријава, да го раскине осигурувањето со отказан рок од четиринаесет (14) дена или соодветно да ја зголеми премијата за осигурување. Ако договорувачот не се согласува со зголемената премија за осигурување, има право во рок од четиринаесет (14) дена после известувањето со изјава да го раскине договорот за осигурување, при што осигурувачот враќа дел од веќе платената премија за осигурување која отпаѓа на времето до истекување на осигурувањето и има право соодветно да го намали надоместокот од осигурување.
- 4) Осигурувачот може во случај на измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договорувачот или осигуреникот да го раскине договорот за осигурување без отказан рок и да побара поврат на исплатениот надомест од осигурување, заедно со законската казнена камата, настанатата штета и трошоците, при што осигурувачот може да го задржи поголемиот дел од платената премија за осигурување и има право да побара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарала раскин на договорот за осигурување.
- 5) Ако осигурувањето престане со смрт на осигуреникот, осигурувачот има право на премијата за осигурување до крајот на месецот во кој настапила смртта, а пропорционален

дел на однапред платената премија за осигурување во случај да е повисок од трошоците кои осигурувачот ги има со поврат на пропорционалниот дел, го враќа на договорувачот.

6) Осигурувачот има право лицата со зголемен ризик да ги прими под изменети услови во осигурување, доколку врз основа на пополнетиот прашалник, приложена документација, како и поради некоја претходна или моментална состојба се утврди дека лицето претставува зголемен ризик. Сите измени и исклучувања се наведуваат во полисата за осигурување.

7) Во случај на промени кои се важни за осигурувањето, осигурувачот го известува за тоа договорувачот, односно осигуреникот на соодветен начин (по писмен пат, телефонски, на интернет-страницата, преку медиуми и слично).

8) Осигурувачот не презема никаква одговорност за квалитетот на добиените здравствени услуги.

ИНТЕРНАЦИОНАЛНИ САНКЦИИ

Член 36

Осигурувачот нема да реализира исплата на надомест на штета доколку на тој начин се прекршуваат применливите меѓународни или локални санкции/рестриktivни мерки, закони или прописи кои се директно применливи за Осигурувачот и доколку тоа доведе до негово изложување на некакви санкции, забрани или ограничувања. 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 37

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, 50 и 51 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.

ОБЛИК НА ДОГОВОР И НАЧИН НА МЕЃУСЕБНО ИЗВЕСТУВАЊЕ

Член 38

- 1) Документацијата кон Договорот за осигурување и во врска со Договорот за осигурување мора да биде на македонски јазик и во пишана форма, или во договорена електронска форма, и стапува на сила од денот на прием.
- 2) Сите известувања и изјави што треба да се дадат според одредбите на Договорот за осигурување мора да бидат во писмена форма.
- 3) Како ден на прием се смета следниот работен ден после препорачано предадената пратка, пратена на последната дадена адреса од страна на примачот.

ИЗМЕНИ ВО ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 39

- 1) За времетраење на договорот за осигурување, осигурувачот го задржува правото да ги измени овие услови, висината на премијата за осигурување, односно тарифата на премии, висината на франшизата и висината на годишната сума на осигурување, при што направените измени ќе важат со почеток на новата осигурителна година.

- 2) Осигурувачот, за сите промени го известува договорувачот на соодветен начин, барем еден месец пред стапувањето на промената на сила. Ако договорувачот не се согласува со промената, има право во рок од триесет (30) дена по известувањето, со изјава да го прекине договорот за осигурување, при што промените од договорот за осигурување ќе стапат на сила со завршувањето на тековната осигурителна година. Ако договорувачот во тој рок не го прекине договорот за осигурување, ќе се смета дека се согласил со промените.
- 3) Договорувачот нема право да се откаже од договорот за осигурување ако промената е во негова, односно во корист на осигуреникот или ако промената на висината на премијата е поради преминување на осигуреникот во повисока старосна класа.
- 4) Останатите промени на договорот за осигурување важат со почетокот на новата осигурителна година, ако со осигурувачот не е поинаку договорено.

ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Важност на условите за осигурување

Член 40

Општите услови можат да се менуваат според постапката и начинот на кој тие се донесени. За договори за осигурување во тек, до истекот на осигурувањето, важечки се условите врз основа на кои е склучен таков договор, освен ако не постојат промени во условите на законските прописи, а на што Осигурувачот не може да влијае.

Постапка по приговори

Член 41

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 30 дена од приемот на писменото известување од Осигурувачот, до Второстепената комисија за решавање на штети по приговор, која е должна во рок од 30 дена да одговори по приговорот.

Постапка по жалба

Член 42

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

Решавање на спорови

Член 43

Евентуалните спорови кои би произлегле од договорот за осигурување, договорните страни ќе ги решаваат спогодбено, а во случај да не е можно спогодбено решавање на спорот надлежен е Основен Граѓански Суд Скопје.

ПРОШИРУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Член 44

Листата на здравствени услуги на лекување, осигурувачот може да ја прошири и објави на својата интернет-страница.

Член 45

За сите односи на договорните страни што не се регулирани со овие услови и регулативите за доброволно здравствено осигурување, директно се применуваат и важат одредбите од Законот за облигационите односи.