



Општи услови за осигурување на операции

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

член 1: осигурување на операции

- [1] Осигурување на операции (во натамошниот текст: осигурување) е доброволно приватно здравствено осигурување со кое во случај на операција извршена по основана индикација кај давател на здравствени услуги му се исплаќа договорен надомест на осигуреникот согласно со специјалистичко-консултативните области кои се опфатени со овие услови.
- [2] Операцијата мора да биде претходно најавена преку центарот за асистенција Инфо-здравје.
- [3] Центарот за асистенција Инфо-здравје заедно со давателот на здравствени услуги и во согласност со осигуреникот одредуваат датум и време за изведување на операцијата.
- [4] Со доброволно здравствено осигурување, согласно со Законот за доброволно здравствено осигурување, се покриваат трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, повисок стандард на здравствените услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување, трошоците за покривање на здравствените услуги што се користат во дополнителната дејност, како и за користење здравствени услуги во здравствени установи надвор од мрежата на установи во кои се врши здравствена дејности кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помагала.
- [5] Договорач на доброволно приватно здравствено осигурување, според одредбите на овие Услови е осигуреникот, родителот или законскиот застапник за своите деца, работодавачот за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе.
- [6] Осигуреник на доброволно приватно здравствено осигурување, според одредбите на овие услови е физичко лице кое склучило или за кое е склучен договор за доброволно приватно здравствено осигурување и кое ги остварува правата утврдени во договорот за доброволно приватно здравствено осигурување. Осигуреник може да биде само лице кое има утврден статус на осигуреник согласно со одредбите од Законот за доброволно здравствено осигурување. Исклучок се лица - странски државјани кои не се опфатени во системот на задолжително здравствено осигурување.
- [7] Овие услови се темелат врз Законот за здравствено осигурување, Законот за доброволно здравствено осигурување, Законот за облигационите односи, Законот за супервизија на осигурување, како и останатите подзаконски акти донесени врз основа на овие закони, и на соодветен начин се применуваат во договорот за осигурување што го склучуваат договарачот на осигурувањето и осигурувачот.
- [8] Меѓусебните права и обврски се уредуваат со договорот за осигурување склучен меѓу Триглав Осигурување АД Скопје и договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот.

- [9] Општите услови за осигурување на операции се составен дел на полисата за осигурување, и се дополнување на Општите услови за осигурување на специјалистичко вонболничко и болничко лекување УС-спец/21-05-МК и договорот за доброволно приватно здравствено осигурување што го склучува договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот со Триглав Осигурување АД Скопје.

член 2: инфо-здравје

- [1] Инфо-здравје е асистентски центар на осигурувачот кој што на договарачот на осигурувањето и осигуреникот им дава информации за осигурувањето и давателите на здравствени услуги, посредува при закажување на термини и врши најава кај давателите на здравствени услуги.
- [2] Контакт со Инфо-здравје® се остварува преку:
- 1) телефон;
 - 2) електронска пошта; и
 - 3) личен контакт.
- [3] Осигурувачот ги објавува контактите од Инфо-здравје® на својата интернет страница.
- [4] Работното време на Инфо-здравје® се објавува на интернет страницата на Триглав Осигурување АД Скопје.

член 3: значење на поимите

- [1] Сите изрази кои во Општите услови се користат во машки род важат и за лица од женски пол и за лица од машки пол.
- [2] Изразите употребени во овие Општи услови го имаат следново значење:
- 1) **болест** е абнормална состојба на организмот која го отежнува функционирањето на телото;
 - 2) **каренца** е временски период на почетокот од договореното траење на осигурувањето утврден од страна на осигурувачот, во кој се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај. Доколку во период во каренца осигуреникот оствари лекување поради новонастаната состојба/болест, осигурувачот нема обврска за надомест за трошоци за конкретното лекување/дијагноза ниту по истек на каренца, освен ако не е поинаку договорено.
 - 3) **давател на здравствени услуги** се здравствените установи (приватни здравствени установи, приватни здравствени ординации и сл.) кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство, како и здравствени установи на територија на Република Словенија и Република Турција согласно тамошните позитивни законски прописи, правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала, вклучително и здравствени установи и приватни здравствени работници кои се вклучени во мрежата на јавни здравствени служби, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област признати од страна на осигурувачот;
 - 4) **годишна сума на осигурување** е максималниот износ на осигурена сума за секое поединечно лице до која осигурувачот

- дава покритие во период од една (1) осигурителна година. Годишната сума на осигурување се намалува во текот на траење на осигурувањето за секоја вредност на исплатениот надомест од остварените трошоци.
- 5) **надомест од осигурување** е износ за здравствени услуги за кои осигурувачот издал претходна согласност за поединечна операција;
- 6) **несреќен случај** е секој ненадеен и независен настан од волјата на осигуреникот, којшто дејствува главно од надвор и одеднаш врз телото на осигуреникот, има за последица нарушување на здравјето за кое е потребна лекарска помош, односно лекување во болница. За несреќен случај се смета следново: прегазување, судир, удар со или од каков било предмет; удар од електрична струја или гром, пад, лизгање, тркалање, ранување со оружје или други предмети или експлозивни материји; убод со каков било предмет, удар или каснување од животни и убод од инсекти, освен ако со таквиот убод е предизвикана некаква инфективна болест; труење со храна или хемиски средства поради незнаење на осигуреникот, освен професионални заболувања; инфекција на повреди предизвикани од сообраќајна незгода; труење поради вдишување на плин или отровни пареи, освен професионални заболувања; изгореници од оган или електрицитет, жешки предмети, течности или пареи, киселини, алкали и слично; давање и потопување, гушење или загушување поради затрупување;
- 7) **операција** е хируршки зафат со цел отстранување на заболел или повреден дел од телото или на туѓо тело или пак со цел воспоставување нормално функционирање на дел од телото, а којшто е признат од страна на осигурувачот; покриени се операциите по дадени специјалистичко-консултативни области наведени во член 27 од овие Услови;
- 8) **дете** е лице помладо од осумнаесет (18) години;
- 9) **повреда** е 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;
- 10) **претходна состојба/минато заболување** е болест, состојба или повреда која пред склучување на осигурувањето била дијагностицирана или лекувана и со тоа му била позната на осигуреникот или не можела да остане непозната во моментот на склучување на договорот за осигурување, бидејќи имал здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми;
- 11) **хронична болест, состојба или повреда** е болест, состојба односно повреда која:
- се развива полека и долго трае,
 - се повторува или е веројатно дека ќе се повтори,
 - предизвикува трајни здравствени последици, односно
 - потребен е постојан медицински надзор, ублажување на симптомите, лекување, рехабилитација, односно здравствена нега.
- 12) **вродена маана** е состојба или болест која постоела и е откриена при раѓање или било кога подоцна, независно од фактот дали осигуреникот имал сознанија за истата, а согласно медицинската доктрина се утврдува како вродена;
- 13) **малигно заболување** е група заболувања со неконтролиран раст на ткивото кое може да продри во околните ткива, односно органи, или да се дисеминира, метастазира, по крвен и лимфен пат во оддалечени ткива и органи;
- 14) **причина за лекување** се секојдневни тешкотии, знаци на болест или симптоми детално опишани во анамнезата на специјалистичкиот извештај поради кои осигуреникот остварува право од осигурување;
- 15) **медицински оправдан третман** е здравствена услуга,
- медицинско-технички помагала, импланти, санитарски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластен лекар и:
- 1) е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда;
 - 2) е потребен за оздравување, подобрување на здравствената состојба или спречување на влошување на здравствената состојба на осигуреникот;
 - 3) не го надминува обемот, траењето или интензитетот, нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лекување;
 - 4) е настанат во текот на осигурителното покритие;
 - 5) е во согласност со широко прифатените меѓународни професионални стандарди на медицинска пракса;
 - 6) не е наменет за личен комфорт или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги;
 - 7) не е експериментален или во фаза на истражување.
- 16) **итен медицински случај** е болест или повреда која без непосредна медицинска помош може да го доведе осигуреникот во животна опасност односно непоправливо и сериозно оштетување по неговото здравје или смрт. Под итна медицинска помош се подразбира и непосредна медицинска помош (итна хоспитализација) која се дава во текот од 12 часа од момент на приемот на осигуреникот во здравствена установа, а поради состојба која претставува закана за животот;
- 17) **Општи услови** се Општи услови за осигурување на операции УС-опе/21-07 мк;
- 18) **возраст на осигуреникот** е разликата меѓу годината на почетокот на осигурувањето и годината на раѓање на осигуреникот;
- 19) **договарач на осигурувањето** е лице кое склучува договор за осигурување со осигурувачот;
- 20) **премија за осигурување** е договорен износ кој договарачот на осигурувањето го плаќа на осигурувачот;
- 21) **осигурен случај** е иден, неизвесен и независен настан од волјата на осигуреникот врз чија основа настануваат обврски за осигурувачот од договорот за осигурување, односно настан предизвикан од осигурен ризик;
- 22) **осигурувач** е Триглав Осигурување АД, Скопје;
- 23) **осигурително покритие** е обврска на осигурувачот да ги исполни обврските од договорот за осигурување согласно со договорените услови;
- 24) **осигурителна година** е период од една (1) година која започнува на денот на почеток на осигурувањето;
- 25) **осигуреник** е физичко лице чиј интерес е осигурен со договорот за осигурување;
- 26) **франшиза** е учество на осигуреникот во штета;
- 27) **животна опасност** е околност која што резултира со хируршки зафат или хоспитализација на интензивна нега на осигуреникот со цел спречување на акутна витална опасност по животот на осигуреникот;
- 28) **овластен лекар** е лекар специјалист со диплома за завршена специјализација или субспецијализација од соодветната област од медицината, освен ако овластениот лекар е осигуреник, договарач на осигурувањето или негов брачен другар;
- 29) **новонастаната болест, состојба или повреда** е болест, состојба односно повреда која ќе настапи по склучување на осигурувањето, односно при склучувањето на осигурувањето постоела, но не била дијагностицирана, односно лекувана и осигуреникот не знаел за неа, односно не можел да знае, бидејќи немал здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми (во понатамошниот текст новонастаната болест).

30) 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.

КОЈ МОЖЕ ДА СЕ ОСИГУРИ

член 4: лица кои може да се осигурат

- [1]] Со ова осигурување може да се осигура граѓанин на Република Северна Македонија и кое врз основа на Законот за здравствено осигурување има статус на осигурено лице со задолжително здравствено осигурување.
- [2] Осигуреници од став 1 на овој член може да бидат и лица - странски државјани кои не се опфатени со системот на задолжително здравствено осигурување, и тоа само за трошоци за здравствени услуги кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување и за користење здравствени услуги во установи надвор од мрежата на здравствени установи и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала. За овие лица, осигурувачот има право да побара изведување на лекарски преглед со цел детален и точен увид на здравствената состојба.
- [3] Осигурениците од став 1 и 2 на овој член со губење на својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжително здравствено осигурување, го губат и својството на осигуреници во приватното здравствено осигурување.
- [4] Исклучок од став 3 на овој член се осигурениците во приватно здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжително здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.
- [5] Дете може да се осигури само доколку заедно со родителот се осигурени.

СОДРЖИНА И ОПСЕГ НА ОСИГУРУВАЊЕ

член 5: содржина на осигурување

- [1] Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршена операција заради лекување на новонастаната болест, состојба или повреда, а врз основа на медицински оправдан третман, но најмногу до висината на годишната осигурена сума за операции, освен во случај на операции како последица на заболувања на горни дишни патишта каде осигуреникот учествува задолжително со 30% франшиза.
- [2] За операција најавена преку Инфо-здравје, осигурувачот обезбедува асистенција за спроведување на операцијата.

член 6: операција

- [1] Операција е стручно-медицинска доктринирана услуга што е призната во Република Северна Македонија како и во земјите каде Осигурувачот обезбедува покритее и се изведува кај давателот на здравствени услуги, односно во здравствена установа.
- [2] Операциите што се предмет на осигурување се утврдени во членот 27.

член 7: асистенција за изведување операција

- [1] Осигурувачот му дава информации на осигуреникот за давателите на здравствени услуги со кои има воспоставено деловни односи.
- [2] Во случај на остварување на правата од осигурување врз основа на претходна согласност од осигурувачот за гарантирање исплата на надомест од осигурување по извршена операција, осигурувачот му нуди помош на осигуреникот при организирање на операција кај давателите на здравствени услуги со кои има воспоставено деловни односи и кои нудат таква операција. Помош при организирање операција подразбира прибирање

понуди од даватели на здравствени услуги и договарање термин за операција кај избраниот давател на здравствена услуга.

член 8: опсег на осигурување

- [1] Осигурувањето содржи годишна сума на осигурување која е одредена во полисата за осигурување како годишен агрегат. По искористување на годишниот агрегат од покритието за операции, истото престанува да важи.
- [2] Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршената операција, но најмногу до висината на осигурената сума одредена во полисата, којашто е предвидена за операции.
- [3] Под операција во смисла на значењето на овие услови се подразбира секоја операција согласно член 27 и има за цел лекување, подобрување односно да се спречи влошување на здравјето на осигуреникот.
- [4] Ако новородено дете се осигури во рок од 14 дена од раѓањето, обврската на осигурувачот за надомест важи од почетокот на осигурувањето до крајот на осигурителната година на родителот, најмногу до висината на годишниот осигурен износ.
- [5] Во случај на осигуреници кај кои хроничитетот е утврден во тек на осигурително покритее осигурувачот покрива трошоци до 500 евра за специјалистичко болничко и вонболничко лекување и ја надоместува сумата за операција согласно лимитот за операции.

УСЛОВИ И НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 9: користење на Инфо-здравје

- [1] Осигуреникот ги остварува правата од осигурување преку Инфо-здравје.

член 10: основа за остварување права од осигурување

- [1] Осигуреникот ги остварува правата од осигурување врз основа на аргументирана медицинска индикација (медицински оправдан третман) која произлегува од отпусната листа на давателот на услуги, од извештајот на овластен лекар и од друга медицинска документација на барање на осигурувачот.

член 11: начин на остварување права од осигурување

- [1] Осигуреникот може да ги остварува правата од осигурување на следниов начин:
 - 1) пред изведување на операцијата и тоа со барање за претходна согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување по извршена операција (во кој случај осигуреникот задолжително треба однапред да ја најави операцијата кај осигурувачот со доставување на целокупната потребна документација со која располага, преку центарот за асистенција Инфо-здравје).
 - 2) за интервенција во Република Словенија и Република Турција, по достава на оригинални сметки (докази за плаќање) за патните трошоци на осигуреникот и членот на семејството, како и трошоците за сместување на членот на семејството.

член 12: исплата на надомест од осигурување

- [1] Осигурителното друштво врши исплата на надомест од осигурување за извршена операција на сметката на давателот на здравствени услуги по претходно добиена медицинска документација и фактура за плаќање во рок од 14 дена од комплетирање на документацијата.
- [2] Осигурувачот во целост ги надоместува трошоците за изведување на операцијата освен во случај на операции како последица на заболувања од горни дишни патишта каде осигуреникот учествува задолжително со 30% франшиза. Доколку во полисата за осигурување е предвидено сопствено учество (франшиза) осигуреникот е должен по изведување на операцијата да ги надомести само трошоците кои се однесуваат на сопственото учество (франшиза).

член 13: претходна согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување по извршена операција

- [1] Претходната согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување по извршена операција претставува изјава од осигурувачот што се дава пред најавената операција дека по изведување на најавената операција (во случај на право на надомест од осигурување) ќе го исплати надоместот од осигурување.
- [2] Барањето за добивање претходна согласност од осигурувачот за надомест од осигурување по извршена операција, осигуреникот го поднесува преку електронската пошта на Центарот за асистенција Инфо-Здравје на осигурувачот пред изведување на операцијата.
- [3] Кон барањето од претходниот став (освен за итен медицински случај) треба да се приложи следново:
 - 1) пријава за штета/барање за издавање на гаранција, копија од специјалистичкиот извештај (наод) со препорака за вршење на операцијата;
 - 2) примероци од здравствената документација од која се гледа аргументирана медицинска индикација за најавената операција.
 - 3) по потреба и останата медицинска документација на барање од Осигурувачот
- [4] Осигурувачот го известува осигуреникот за претходната согласност.
- [5] Претходната согласност од осигурувачот има важност еден (1) месец од издавањето, односно до датумот на договорениот термин на најавената операција. Осигурувачот може да ја отповика претходната согласност делумно или во целост во случај на промена на дијагнозата, односно во случај на промена на веќе најавената операција.

член 14: обврски на осигуреникот при изведување операција

- [1] Осигуреникот е должен да ги почитува упатствата за изведување на операцијата кои претходно му ги доставил осигурувачот, односно давателот на здравствени услуги, односно по изведување на операцијата да ја достави здравствената документација на барање на осигурувачот согласно со наведените упатства.

член 15: документација за остварување права од осигурување

- [1] Осигуреникот на сопствен трошок ги прибира и му ги доставува на осигурувачот сите информации и целокупната документација од оваа глава, како и друга медицинска и останата документација на барање на осигурувачот, доколку осигурувачот смета дека тоа е потребно.

ОГРАНИЧУВАЊА И ИСКЛУЧУВАЊА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 16: каренца

- [1] Каренцата се пресметува од денот назначен како почеток на осигурување на полисата за осигурување и важи два (2) месеци за случај на болест и состојба, освен:
 - каренца не се применува кај лица со осигурување во континуитет;
 - кај хируршки интервенции како последица од несреќен случај;
 - кај болести (освен малигни заболувања) и повреди, кај кои без непосредна медицинска помош може да дојде до животна опасност на осигуреното лице.
- [2] При обнова на осигурувањето доколку каренцата за осигуреното лице, не е во потполност завршена за времетраење на претходната полиса, остатокот од периодот се пренесува на новата полиса.
- [3] Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена после раѓањето, каренцата не важи.

член 17: франшиза

- [1] При остварување на правото на надомест од осигурување, осигурувачот во целост ги надоместува трошоците во случај на операција извршена по основана индикација (медицински оправдан третман) кај давател на здравствени услуги.
- [2] Исклучок се трошоците за операција како последица од заболување на горни дишни патишта во кои Осигуреникот учествува со франшиза од 30%.
- [3] Осигурувањето може да се договори и со определен процент на име сопствено учество во штета (франшиза).

член 18: исклучување на обврските на осигурувачот

- [1] Осигурувачот нема обврски во врска со:
 - 1) претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето истите му биле пријавени на осигурувачот и доколку осигурувачот ги прифатил. Во секој случај Осигурувачот нема обврска за надомест на трошоци за лекување кои ќе настанат во важноста на осигурувањето, а за кои е дадена препорака од лекар пред почетокот на важноста на осигурувањето;
 - 2) болест, состојба, односно повреда која во договорот за осигурување е наведена меѓу исклучените обврски на осигурувачот;
 - 3) лекувања кои не се медицински индицирани или се последица на лекарска грешка или нивната цел е подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот;
 - 4) за извршени операции кои не се претходно најавени во центарот за асистенција Инфо-здравје (освен доколку се работи за итен медицински случај).
- [2] Осигурувачот нема обврски во случај на операции во врска со:
 - 1) трансплантации – во кој осигуреникот е дарител на орган, како и во врска со дефекти и компликации, односно по оперативни зафати;
 - 2) отстранување на внатрешен остеосинтетски материјал освен во случај кога истиот е имплантиран при операција која била покриена со договор за осигурување, а под услов отстранувањето на остеосинтетскиот материјал да се врши во рамки на осигурително покритие;
 - 3) вродени маани;
 - 4) алтернативен, комплементарен или експериментален третман;
 - 5) синдром на стекната имунска инсуфициенција, полово преносливи болести (HPV, ХИВ, кламидија, сифилис, гонореа, микоплазма, уреоплазма, трихомонас), епилепсија и парализа;
 - 6) психијатриски болести, општи психички проблеми, душевни нарушувања, нарушувања во исхрана и последици на акутна стресна реакција;
 - 7) бременост, амниоцентеза, неплодност, (де)стерилизација, вештачко оплодување, породување, повреди при раѓање и операции на плодот;
 - 8) абортус и негови последици - ако е извршен поради психолошки или социјални причини како и трошоците поврзани со медицински испитувања и доиследување за утврдување на причината за настанатиот абортус, 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;
 - 9) трошоци настанати поради козметички и естетски причини,;
 - 10) прекумерно уживање во алкохол, односно во други психоактивни супстанции;
 - 11) промена на пол;
 - 12) анорексија, обезност и булимија;
 - 13) рефракциска аномалија на око (кратковидост, далековидост,

- астигматизам) и катаракта, освен ако се последица на повреда.
- [3] Исклучени се обврските на осигурувачот кога до болест, состојба, односно повреда дошло поради следново или во врска со:
- 1) воени или слични дејствија, саботажа, терористички активности, инциденти, револуции, протести, немири и други масовни настани од овој тип, без оглед дали осигуреникот учествувал во нив;
 - 2) епидемија, пандемија, загадена средина, радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија, како и природни катастрофи;
 - 3) подготвување, обид или извршување кривично дело, како и бегство после такво дело;
 - 4) физичка пресметка, освен ако до истата не е дојдено по вина на осигуреникот, што осигуреникот сам го докажува;
 - 5) самоповредување или обид за самоубиство;
 - 6) екстремни спортови, како и професионални спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување;
 - 7) управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;
 - 8) 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.
- [4] Обврските на осигурувачот исто така се исклучени во случај на:
- 1) неодговорно однесување, односно несоодветно постапување на осигуреникот и доколку не се придржува кон упатствата на лекарот кој го лекува;
 - 2) давање невистинити податоци, премолчување, измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договарачот, односно осигуреникот.
- [5] Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците за:
- 1) медицинско испитување и медицинска документација, вклучително и нејзин превод и примероци од истата, коишто осигуреникот е должен да ги поднесе како доказ за настанување и постоење на осигурен случај; и
 - 2) трошоци за правно односно друго застапување на осигуреникот во постапка за решавање на осигурениот случај.
- [6] Исклучена е обврската на Осигурувачот за надомест за операција на осигуреникот кој во моментот на склучување на осигурувањето во првата година, има дијагностицирано и се лекува (како и за компликации кои се директна или индиректна последица) од една од следниве претходни здравствени состојби:
- 1) хроничен дијабетис со компликации
 - 2) алцхајмерова болест
 - 3) аневризма на мозочни артерии и големи артерии од системската циркулација
 - 4) angina pectoris
 - 5) состојба по кардио-васкуларен инфаркт со функционални пореметувања
 - 6) цироза на бубрези
 - 7) мозочен тумор со неурални испади
 - 8) хронична бубрежна инсуфициенција од умерен и потешок степен

- 9) заболување на моторните неврони
 - 10) парализа/параплегича
 - 11) паркинсова болест
 - 12) мускулна дистрофија
 - 13) реуматски артритис
 - 14) епилепсија
- [7] Пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година не е можно.

член 19: територијална важност на осигурувањето

- [1] Осигурувањето важи на територијата на Република Северна Македонија.
- [2] Осигурувањето важи исто така и на територија на Република Словенија и Република Турција, во следните случаи:
- а) за операции (со исклучок на малигни заболувања) за кои на територија на Република Северна Македонија:
 - не постои можност за лекување во државата, а во Република Словенија или Република Турција постои соодветна медицинска процедура неопходна за лекување, подобрување односно да се спречи влошување на здравјето на осигуреникот;
 - хируршкиот зафат го врши визитинг лекар;
 Во овој случај покрај трошоците за операција, за која осигуреникот има добиено претходна согласност од Осигурувачот, му следуваат и:
 - трошоци за повратен (авионски или копнен) превоз, но најмногу до 200 евра во еден правец.
 Исто така осигурувачот ги покрива и трошоците за придружба (едно лице - член на семејство) на осигуреникот до рамките на лимитот и тоа:
 - трошоци за повратен (авионски или копнен) превоз, но најмногу до 200 евра во еден правец;
 - трошоци за сместување за лицето за придружба, максимално до 50 евра за едно ноќевање, со дозволен престој еднаков со престојот во болница на осигуреникот препорачан од овластен лекар кој согласно медицинските стандарди важи за изведување на конкретната операција.
 - б) за операција која може да се изведе во Република Северна Македонија, но по барање на осигуреникот и претходно одобрување од страна на Осигурувачот истата се изведува во Република Словенија или Република Турција. Во овој случај Осигурувачот ги покрива само трошоците за оперативниот зафат.
- [3] За изведување на операцијата на територија на Република Словенија и Република Турција, осигурувачот обезбедува асистенција и издава претходна согласност преку Центарот за асистенција Инфо- Здравје.

СКЛУЧУВАЊЕ, ТРАЕЊЕ, ОБНОВА И ПРЕСТАНОК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 20: склучување на договор за осигурување

- [1] Договорот за осигурување се смета за склучен со потпишување на полисата од двете договорни страни.
- [2] Со потпишување на полисата за осигурување осигуреникот 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 здравствена состојба кој претставува составен дел на договорот за осигурување заедно со документацијата наведена како прилог во прашалникот за здравствена состојба. Врз основа на прашалникот за здравствена состојба и прилог документацијата, 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 четиринаесет (14)

дена од раѓањето, не е потребно пополнување на прашалник за здравствената состојба и достава на прилог документација туку само отпусно писмо од болницата и лични податоци од изводот од матична книга на родените.

- [4] Ако за склучување на осигурување е потребен лекарски преглед, осигуреникот на барање на Осигурувачот го прави во рок од четиринаесет (14) дена. Ако за склучување на осигурување е потребна дополнителна здравствена документација, осигуреникот му ја доставува на осигурувачот на негово барање во рок од четиринаесет (14) дена.

член 21: предлог за склучување на договор за осигурување под изменети услови

- [1] Ако врз основа на податоците од прашалникот за здравствена состојба и прилог документација на прашалникот, односно поради некоја претходна или моментална здравствена состојба се утврди дека некое лице претставува зголемен ризик, осигурувачот има право ова лице да го прими во осигурување под променети услови.
- [2] Зголемен ризик претставува зголемен ризик од настанување на осигурен случај проценет врз основа на здравствената состојба на осигуреникот а кој осигурувачот го утврдува врз основа на податоците во прашалникот, а во согласност со процедурата за процена на ризик.
- [3] Доколку осигурувачот за некое лице утврди дека претставува зголемен ризик должен е да му достави на договарачот писмено известување дека осигурувањето ќе се склучи под променети услови и за истото да го информира осигуреникот.
- [4] Изменети услови за склучување на договор за осигурување на лица кои претставуваат зголемен ризик, може да бидат:
- 1) ограничување, односно исклучување на осигурително покритие за одредени болести и состојби или последици од претходната здравствена состојба;
 - 2) примена на одредени посебни каренци за надомест на трошоци за лекување за одредено осигурително покритие;
 - 3) доплатак на премијата за осигурување за лице кое претставува зголемен ризик.
- [5] Исклучување на одредени покритија за лицето кое претставува зголемен ризик се наведуваат на самата полиса или 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 развој, оценка и преземање на ризици.

член 22: времетраење на осигурувањето

- [1] Осигурувањето започнува во 24:00 часот на денот чиј датум е запишан во полисата како датум на почеток на осигурувањето и завршува во 24:00 часот на денот чиј датум е запишан во полисата како датум на истекување на осигурувањето.
- [2] Осигурувањето се склучува за период од една (1) година.

член 23: обнова на осигурување

- [1] Осигурувањето може да се обнови со еднакво времетраење. При обновување, осигурувачот може повторно да ја процени здравствената состојба на осигуреникот и да ја одреди висината на премијата за осигурување, односно исклучување на обврските на осигурувачот поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при обновата. За обновата на осигурувањето и за промените на осигурувањето при обнова Осигурувачот на пригоден начин го известува осигуреникот барем еден (1) месец пред истекот на осигурувањето. Ако договарачот 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 договарачот односно осигуреникот постапил спротивно на договорот за осигурување или настанале околности заради 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.

член 24: престанок на договорот за осигурување

- [1] Договорот за осигурување престанува со завршување на периодот за кој е склучено осигурувањето или со искористување на сумата на осигурување одредена во полисата која е во годишен агрегат.
- [2] Осигурувачот пред истекот на рокот на траењето на договорот за осигурување истиот може да го раскине под услови и на начин предвидени со важечките законски одредби. Раскинувањето на договорот е можно 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 договор склучен за подолго време, договарачот согласно со Законот за заштита на потрошувачите има право во рок од петнаесет (15) дена од денот на склучување на осигурувањето да го откаже договорот за осигурување без образложение. Договорот за осигурување, без разлика на одредбата од став 1 од член 20 од Општите услови, престанува да важи во 24:00 часот на денот кога осигурувањето е раскинато или прекинато.
- [5] Договорот за осигурување предвремено престанува со смрт на осигуреникот.

член 25: попусти за непријавени штети

- [1] Договарачот односно осигуреникот се стекнува со право на попуст во висина од 5% на основната годишна премија наведена во полисата за осигурување доколку во текот на осигурителната година го нема искористено правото за надомест на трошоци за лекување.
- [2] Попустот се пресметува за секоја осигурителна година во која договарачот односно осигуреникот нема пријавено штета и истиот се пресметува најмногу во времетраење од 3 години континуирано или 15% максимален попуст.

ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ

член 26: осигурително покритие

- [1] Осигурителното покритие започнува со датумот на почеток на осигурувањето ако:
- 1) за осигурувањето во целост е платена доспеаната премија за осигурување согласно со одредбите на договорот за осигурување; и
 - 2) осигурувањето не е во периодот на чекање - каренца.
- [2] Ако новородено дете се осигури во рок од четиринаесет (14) дена по раѓањето, осигурителното покритие започнува да важи еден (1) месец по раѓањето.
- [3] Ако осигурувањето се обнови во рок од еден (1) месец по истекот на претходното осигурување, осигурувањето нема каренца (период на чекање).
- [4] Ако претходната согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување по извршена операција е издадена за времетраењето на осигурувањето (при што операцијата ќе се изврши по истекот на осигурувањето), осигурувачот има обврска од договорот за осигурување само ако осигурувањето е обновено без прекин.
- [5] Осигурителното покритие престанува со прекин на осигурувањето.
- [6] Осигурувачот не дава осигурително покритие, односно не ја покрива одговорноста на осигуреникот за настаната штета, без оглед на договор за осигурување доколку таквата исплата

или плаќање на било каква друга погодност би го изложила осигурувачот на санкции, забрани или ограничувања во законите или прописите на Европска Унија, Обединетото Кралство или САД и резолуции на Обединетите Нации.

член 27: специјалистичко-консултативни области

[1] Осигурувачот ги надоместува трошоците за оперативни хируршки зафати кои се изведуваат на сите специјалистичко-консултативни области, освен за операции од областа на:

- 1) неврохирургија;
- 2) операции за отстранување на малигни заболувања;
- 3) пластична и реконструктивна хирургија, освен кога е последица на несреќен случај-незгода;
- 4) офталмолошки интервенции кои имаат за цел подобрување/корекција на видот (рефракциски аномалии на око) и катаракта;
- 5) стоматолошки интервенции, освен кога е последица на несреќен случај-незгода.

член 28: малигни заболувања

[1] Доколку посебно се договори, осигурувањето на операции покрива и:

- 1) оперативни зафати за малигни заболувања;
- 2) FMI анализи и испитувања (FoundationOne CDx – анализа на примероци од ткивни фрагменти, FoundationOne Liquid CDx – анализа преку примероци од крв и FoundationOne® Heme – тест за геномско профилирање (CGP));
- 3) радио и хемотерапија;
- 4) постоперативни помагала;
- 5) пластична и реконструктивна хирургија како резултат на излекувано малигно заболување, важи само во случај на постоење на континуирано осигурување кое трае без прекин и тоа најмалку од дијагностицираното малигно заболување се до моментот на извршување на пластична и реконструктивна хирургија.

член 29: мирување на осигурувањето

[1] Не е можно да се договори мирување на осигурувањето.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 30: премија за осигурување

[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 ја одредува премијата за осигурување во договорот за осигурување, односно исклучување на своите обврски поврзани со здравствената состојба на осигуреникот. Во случај на преминување во повисока старосна класа, пред почетокот на нова осигурителна година, висината на премијата за осигурување за следната година се усогласува со важечката тарифа за осигурување.

[4] Согласно со законските одредби, на премијата за осигурување не се пресметува данок.

[5] Во случај на задоцнето плаќање на премијата за осигурување, обврските се подмируваат според редот на доспеаност.

член 31: последици од неплаќање премија за осигурување

[1] Ако премијата за осигурување не е платена до денот на доспеаност, осигурувачот може да го извести договаработ да ја плати премијата за осигурување. Ако премијата за осигурување не е платена во рокот кој е наведен во известувањето, а којшто 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 со плаќање на премијата, осигурувачот може да побара поврат на трошоците кои поради доцнењето предизвикале законска казнена камата.

[3] Договаработ со неплаќање на премијата за осигурување не може еднострано да го раскине осигурувањето.

ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

член 32: Информации во врска со обработка на лични податоци

[1] Идентитет и контакт на податоците на контролорот и офицерот за заштита на личните податоци:

Назив: Триглав Осигурување АД, Скопје
Седиште: бул., „8-ми Септември“ бр.16, Скопје
e-mail: osig@triglav.mk

Офицер за заштита на личните податоци: oficer.lp@triglav.mk

* Дополнителни податоци за офицерот за заштита на личните податоци може да најдете на интернет страницата на Друштвото <https://www.triglav.mk/mk/za-nas/kontakti>

член 33: Обработка и заштита на личните податоци

[1] Триглав Осигурување АД, Скопје врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на лични податоци на осигуреници, договарачи на осигурување, нивните законски застапници или полномошници во согласност со одредбите на Законот за заштита на лични податоци и другите релеванти позитивни законски прописи, применувајќи соодветни технички и организациски мерки за обезбедување на безбедност на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на Триглав Осигурување АД, Скопје, а Триглав Осигурување АД, Скопје во својство на контролор на личните податоци, истите ги користи совесно, законито и согласно целта за која се собрани.

член 34: правен основ за обработката на личните податоци

[1] Триглав Осигурување АД, Скопје собира, обработува, чува, користи и доставува лични податоци кои се неопходни при склучување на договорите за осигурување (полиси), врз основа на член 109 од Законот за супервизија на осигурување, а во согласност со Законот за заштита на личните податоци.

[2] Личните податоци се неопходни за обработка од страна на Триглав Осигурување АД, Скопје со цел исполнување на правата и обврските што произлегуваат од договорот за осигурување, односно обработката на истите претставува основа за оценување на осигурително покритие и степен на оштета.

член 35: цели за обработката на личните податоци

[1] Личните податоци (телефонски број и електронска адреса – e-mail), Триглав Осигурување АД, Скопје ги обработува со цел остварување на контакт заради ефикасно остварување на права и обврските кои произлегуваат од договорите за осигурување (полиси). Овие податоци за цели доставување на рекламни материјали, промоции, понуди како и за други цели на директен маркетинг од страна на Групацијата Триглав во Република Северна Македонија, ќе бидат искористени само доколку имате дадено согласност, преку одбирање на соодветната опција за согласност.

[2] Со цел водење на постапка за надомест на штета и воспоставување на бази на податоци за настанати штети, оценување на осигурително покритие и степен на оштета Триглав Осигурување АД, Скопје обработува и копии од документи во кои се содржани и лични податоци.

[3] Личните податоци од став 1 и став 2 на овој член Триглав Осигурување АД, Скопје ги обработува само врз основа на претходна согласност од субјектот на личните податоци, а неодавањето на согласност за обработка на овие податоци може

да има за последица несоодветно оценување на осигурително покритие или степен на оштета или пак неисплаќање на оштетно барање.

- [4] Согласноста за обработка на личните податоци од ставот 3 на вој член може да се повлечево секое време преку доставување на известување за повлекување на согласност по пошта на следната адреса: „бул.8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје“ со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци или преку електронска адреса oficer.lp@triglav.mk. Со повлекување на согласноста за обработка на лични податоци Триглав Осигурување АД, Скопје ќе прекине со понатамошна обработка на личните податоци и истите ќе ги избрише од базите на податоци со што можат да настанат последици наведени во став 3 од овој член.

член 36: рокови на чување на лични податоци

- [1] Личните податоци, Триглав Осигурување АД, Скопје ги чува во рок за цело времетраење на договорниот облигационен однос, односно најмногу до 10 години по истекот на договорот за осигурување 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.
- [2] По истекот на роковите од став 1 на овој член личните податоци ќе бидат избришани/уништени од базите на податоци на Триглав Осигурување АД, Скопје и истите нема да се обработуваат за други цели.

член 37: права на субјектите на личните податоци

- [1] Остварување на правата кои произлегуваат од Законот за заштита на личните податоци (право на пристап, корекција, бришење, ограничување на обработката на лични податоци, приговор и преносливост), се врши преку доставување на барање на електронската адреса на офицерот за заштита на лични податоци: oficer.lp@triglav.mk. На истата електронска адреса може да се достави барање во врска со сите прашања поврзани со обработката на личните податоци.
- [2] Доколку субјектот на лични податоци смета дека обработката на личните податоци за целите наведени член 35, од страна на Триглав Осигурување АД, Скопје не е во согласност со одредбите на Законот за заштита на личните податоци, или пак смета дека е повредено некое право за заштита на личните податоци, има право да поднесе барање за утврдување на прекршување на прописите за заштита на личните податоци до Агенцијата за заштита на личните податоци како надлежен орган за вршење на надзор над законитоста на преземените активности при обработката на личните податоци на територијата на Република Северна Македонија.

член 38: пренос на личните податоци

- [1] Триглав Осигурување АД, Скопје е дел од Групацијата Триглав. Личните податоци на субјектите на лични податоци се пренесуваат во рамките на Групацијата, односно во матичното друштвото Заваровалница Триглав каде што личните податоци се обработуваат само за цели на чување. 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. Исто така, во рамките на Групацијата Триглав се обезбедуваат сите неопходни заштитни мерки за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци преку стандардни клаузули за заштита на личните податоци кои се одобрени од страна на Европската комисија.
- Со цел остварување на осигурителното покритие на територијата на Република Турција, личните податоци може да се достават до даватели на здравствени услуги во Република Турција. Личните податоци од страна на здравствените установи во Република Турција ќе се обработуваат единствено за цели на извршување

оперативни хируршки зафати и давање на мислења по однос на потреба и обем за вршење на оперативни хируршки зафати. Преносот на личните податоци во Република Турција ќе се врши единствено доколку субјектот на личните податоци даде согласност за пренос на личните податоци.

Сите дополнителни информации во однос на заштитните мерки може да се добијат со поднесување на барање до пошта на следната адреса: „бул.8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје“ со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци или преку електронска адреса oficer.lp@triglav.mk.

член 39: обработка на лични податоци за цели на директен маркетинг

- [1] Личните податоци за цели на директен маркетинг, Триглав Осигурување АД, Скопје ги обработува само врз основа на експлицитна согласност за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг кои ги врши Триглав Осигурување АД, Скопје или поврзаните друштва од рамките на Групација Триглав во Република Северна Македонија за своите услуги и услугите на поврзаните друштва од рамките на Групација Триглав во Република Северна Македонија.
- [2] Согласноста за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг може да се повлече во секое време, бесплатно, со писмено барање (доставено на следната електронска адреса: oficer.lp@triglav.mk, или по пошта до Триглав Осигурување АД, Скопје, бул.,8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје, со назнака “До Офицерот за заштита на лични податоци”).

ОСТАНАТИ ПРАВА И ОБВРСКИ НА ДОГОВОРНИТЕ СТРАНИ

член 40 : останати права и обврски на осигурувачот

- [1] Осигурувачот има воспоставено деловни односи со договорните изведувачи потребни за спроведување на осигурувањето.
- [2] Осигурувачот е должен да ја прифати премијата од секое лице за чие плаќање има правен интерес.
- [3] Ако договаработ, односно осигуреникот намерно пријави или намерно премолчи каква било опасност од таква природа што осигурувачот не би склучил осигурување кога би знаел завистинската состојба, осигурувачот може да побара поништување на договорот за осигурување, како и поврат на исплатениот надомест од осигурување заедно со законската казнена камата и на настанатата штета и трошоците. Притоа, осигурувачот ја задржува наплатената премија за осигурување и има право да бара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарал поништување на договорот.
- [4] Ако договаработ, односно осигуреникот невинитно пријави или пропушти важна информација, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може во рок од еден (1) месец од денот кога дознал за невинитноста или непотполната пријава да го раскине осигурувањето со отказан рок од четиринаесет (14) дена или соодветно да ја зголеми премијата за осигурување. Ако договаработ не се согласува со зголемената премија за осигурување има право во рок од четиринаесет (14) дена по известувањето, со изјава да го раскине договорот за осигурување, при што осигурувачот враќа дел од веќе платената премија за осигурување која отпаѓа на периодот до истекувањето на осигурувањето и има право соодветно да го намали надоместокот од осигурување.
- [5] Осигурувачот може во случај на измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договаработ или осигуреникот да бара поништување договорот за осигурување заедно со законската казнена камата и на настанатата штета и трошоците. Притоа, осигурувачот има право на целата премија за осигурување.
- [6] Ако осигурувањето престане со смрт на осигуреникот, осигурувачот има право на премијата за осигурување до

крајот на месецот кога настапила смртта. Притоа, му враќа на договарачот пропорционален дел на однапред платената премија за осигурување во случај да е повисок од трошоците кои осигурувачот ги има со поврат на пропорционалниот дел.

- [7] Во случај на промени кои се важни за осигурувањето, осигурувачот го известува за тоа договарачот, 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.

член 41: останати права и обврски на договарувачот и осигуреникот

- [1] Ако договарачот и осигуреникот не се исто лице, договарачот го запознава осигуреникот со одредбите на договорот за осигурување. Притоа, се смета дека осигуреникот е запознаен со условите на склучување и изведување на осигурувањето.
- [2] Договарачот, односно осигуреникот е обврзан на следново кон осигурувачот:
- 1) 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; и
 - 2) за времетраењето на осигурувањето, ажурно да посредува со личните и други податоци и околности, како и со нивната промена важна за изведување на осигурувањето.
- [3] Договарачот е должен да обезбеди плаќање на премијата за осигурување на начин и во рокови утврдени во договорот за осигурување.
- [4] Осигуреникот е должен:
- 1) правата од осигурување да ги оствари на начин и под услови кои се одредени во договорот за осигурување; како и
 - 2) на сопствен трошок, да му ја достави на осигурувачот целокупната документација и да ги обезбеди сите информации потребни за да се утврди настанување и постоење на осигурен случај, како и на правото за надомест од осигурување.
- [5] Ако осигуреникот не постапува согласно со договорот за осигурување, особено ако правото од осигурување не го остварува на начин и согласно со условите утврдени во договорот за осигурување или ако не се почитуваат упатствата за давање здравствена услуга кои претходно му ги препорачал давателот на здравствени услуги, на осигурувачот ќе му ја надомести штетата и трошоците настанати како резултат на неговото постапување или пропуст.
- [6] Ако по остварување на правото од осигурување се утврди дека не настанал осигурен случај, на осигурувачот му се враќа платениот надомест од осигурување, како и трошоците што настанале поради неговото постапување.

ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 42: договор за осигурување

- [1] Со договорот за осигурување договарачот 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 покритее и на осигуреникот ќе му ги надомести трошоците за извршената операција во согласност со операциите од соодветните специјалистичко-консултативни области како и давање на асистенција при остварување на правото од осигурување.

член 43: општи услови

- [1] Општите услови за операции се составен дел на договорот за осигурување со кој се уредуваат односите меѓу договарачот,

осигуреникот и осигурувачот.

- [2] Осигурувачот ги објавува Општите услови на својата интернет страница.

член 44: примена на општите услови за осигурување на вонболничко и болничко лекување

- [1] За се што не е уредено со овие Услови, како и во спротивност со истите, се применуваат Општите Услови за осигурување на вонболничко и болничко лекување УС-спец/21-05-мк

член 45: останати документи кон договорот за осигурување и нивна хиерархија

- [1] Составни делови на договорот за осигурување, покрај Општите услови се и, прашалникот за здравствената состојба, полисата за осигурување, како и здравствената документација и други пријави, изјави или документи од договорните 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 Општите услови, важат посебните услови. Во случај кога клаузулата во полисата за осигурување е спротивна на одредбите од Општите услови, односно на Посебните услови, важи клаузулата од полисата за осигурување.

член 46: облик на договорот за осигурување и меѓусебно известување

- [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 пропишана електронска форма, при што е на сила од денот на прием, освен прашалникот за здравствената состојба можат да бидат на англиски јазик при осигурување на странски државјани.
- [2] За ден на прием се смета следниот работен ден по препорачано предадената пратка, пратена на последната дадена адреса од страна на примателот.

член 47: измени на договорот за осигурување

- [1] За времетраењето на договорот за осигурување, осигурувачот го задржува правото да ги измени Општите 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 почетокот на новата осигурителна година.
- [2] Осигурувачот, за сите промени го известува договарачот на соодветен начин, во законски предвидениот рок пред стапувањето на сила на промената. Ако договарачот не се согласува со промената, има право во предвидениот рок 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 договарачот во тој рок не го прекине договорот за осигурување ќе се смета дека се согласил со промените.
- [3] Договарачот нема право да се откаже од договорот за осигурување ако промената е во негова корист, односно во корист на осигуреникот или ако промената на висината на премијата е заради преминување на осигуреникот во повисока старосна класа.
- [4] Останатите промени на договорот за осигурување важат со почетокот на новата осигурителна година, освен ако не е поинаку договорено со осигурувачот.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

член 48: примена на закон

- [1] Во односите од договорот за осигурување се применува правото на Република Северна Македонија.

- [2] Во односите меѓу осигурувачот, договарачот и осигуреникот кои не се договорени во договорот за осигурување, се применува Законот за облигационите односи.

член 49: приговор (вонсудско решавање на спорови)

- [1] Страните се согласни дека сите спорови што произлегуваат од овој договор ќе се решаваат по мирен пат.
- [2] Договарачот на осигурувањето и осигуреникот се согласни дека за сите спорни прашања, жалби и несогласувања кои произлегуваат од односот со осигурувачот, ќе го известат истиот без одложување. Известувањата во форма на приговор од овој став се доставуваат во писмена форма, од што со сигурност може да се утврди содржината на известувањето и времето на неговото праќање.
- [3] Договарачот на осигурувањето, осигуреникот односно корисникот на осигурување кој смета дека со одлуката (решението) на осигурувачот за оштетното побарување му се нарушени правата од осигурувањето, може да поднесе приговор до Комисијата за приговори (жалби) на осигурувачот. Комисијата за приговори (жалби) е должна да донесе одлука по приговор во писмена форма без одложување, но најдоцна во рок од триесет (30) дена од денот на прием на приговорот.

член 50: надлежност во случај на спор

- [1] Во случај на судски спор, стварно и месно е надлежен судот според седиштето на осигурувачот.

член 51: надоместување, залог и отстапување од побарувања

- [1] Осигурувачот може да ја компензира доспеаната премијата при исплата на надомест од осигурување и останатите обврски на договарачот и осигуреникот, вклучително и оние од претходното осигурување заедно со законска казнена камата, како и настанатата штета и трошоци.
- [2] Ако договарачот односно осигуреникот прими надомест кој се однесува на трошоците за здравствени услуги и лекови согласно Општите услови од лице одговорно за штета, осигурувачот може од надоместокот за осигурување да го задржи износот на таквиот надомест.
- [3] Побарувањата меѓу осигурувачот и договарачот, односно осигуреникот не можат да се заложат ниту да се отстапат.
- [4] Осигурувачот го задржува правото да бара враќање на исплатениот надомест од осигурување доколку дополнително се утврдат околностите поради кои е исклучена обврската на Осигурувачот а се предвидени со овие Услови.

член 52: надзор над друштвото за осигурување

- [1] Орган надлежен за надзор на осигурителното друштво е Агенцијата за супервизија на осигурување.
- [2] Во случај осигуреникот да не е задоволен од односот на осигурувачот во текот на траењето на договорот за осигурување, може да достави претставка до Агенцијата за супервизија на осигурување како надлежен орган за надзор над работењето на осигурувачот.

член 53: застарување на барањата

- [1] Побарувањата од договорите за осигурување застаруваат во согласност со одредбите од Законот за облигациони односи. .

член 54: изјава за информираност

- [1] Договарачот на осигурувањето/осигуреникот со потписот на договорот за осигурување/полисата изречно потврдуваат дека при склучувањето на Договорот за осигурување, од страна на осигурувачот писмено се известени за сите податоци согласно членовите 49 и 50 од Законот за супервизија во осигурувањето и дека пред склучувањето на осигурувањето им е оставено разумно време за донесување на конечна одлука за склучување на Договорот за осигурување. Согласно ова, договарачот/

осигуреникот со потписот на договорот за осигурување/полисата потврдуваат дека се известени и за правото за поднесување на жалба.

член 55: влегување во сила

- [1] Овие Општи услови влегуваат во сила со денот на нивното донесување, а ќе се применуваат од 01.08.2021 година.