



**ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА**  
ОСИГУРУВАЊЕ

ЗОИЛ МАКЕДОНИЈА АД БИТОЛА

ул. „Јане Сандански“ бр.15  
7000 Битола, РС Македонија  
тел.: +389 076 511 811  
Даночен број: МК 400 2023571495  
Жиро сметка: 210 077165670 158  
НЛБ Банка АД Скопје

**- КЛАСА 18 -**

**Осигурување на туристичка помош**

**ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ПАТНИЦИ ЗА ВРЕМЕ  
НА ПАТУВАЊЕ И ПРЕСТОЈ ВО СТРАНСТВО**



## **КЛАСА 18 - ОСИГУРУВАЊЕ НА ТУРИСТИЧКА ПОМОШ**

### **ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ТУРИСТИЧКА ПОМОШ НА ПАТНИЦИ ЗА ВРЕМЕ НА ПАТУВАЊЕ И ПРЕСТОЈ ВО СТРАНСТВО**

#### **Член 1**

#### **Дефиниции и воведни одредби**

Изразите во овие услови го имаат следното значење:

**Осигурувач** е АД за осигурување Зоил Македонија,

**Друштво за осигурување** е друштвото со кое е склучен Договорот за осигурување;

**Корисник** е лице на кое се врши исплатата на сумата на осигурувањето, односно надоместот од осигурувањето. Корисник на осигурувањето е осигуреникот, освен во случај на негова смрт во странство, кога корисници на осигурувањето се неговите законски наследници. Доколку осигуреникот е малолетно лице, корисник на правата од Договорот за осигурување е неговиот законски застапник или старател;

**Субјект** кој согласно договорот со осигурителот овозможува и организира здравствена помош на осигуреникот во странство кога ќе настапи осигурен случај;

**Премија за осигурување** е договорен износ кој договаработ на осигурувањето му го плаќа на осигурувачот;

**Франшиза** е учество на осигуреникот во штета;

**Полиса** е исправа за склучен Договор за осигурување;

**Сума на осигурување** е максималната обврска на осигурувачот за секој осигуреник по осигурен случај настанат во текот на траење на осигурувањето;

**Осигурен случај** е штетен настан случен во странство (надвор од границите на државата во која осигуреникот е државјанин или има постојан престој) со кој се остварува ризикот покриен со Договорот за осигурување. Осигурениот случај е иден, неизвесен и независен од волјата на осигуреникот настан, кој се случил за времетраење на осигурителното покритие.

**Хронична болест**, односно болест која има перзистентна или долготрајна природа со повремени епизоди на подобрување или влошување, не претставува осигурен случај;

**Период на покритие** е број на осигурени денови во рамки на траењето на осигурувањето;

**Медицински Трошоци** се вообичаени и разумни трошоци за медицински третман, како и транспортни трошоци кои се неопходни за лекување на осигуреникот, а настанати за време на патување и престој во странство;

**Багаж** е патна торба која ги содржи личните ствари на осигуреникот, а кои не спаѓаат во рачен багаж;

**Доцнење на багаж** е непристигнување на багажот повеќе од 20 часа сметано од пристигнувањето на дестинацијата на патување. Доцнењето е регистрирано од надлежната аеродромска служба;

**Техничка опрема** е опрема која служи за лични цели на осигуреникот, во која спаѓаат мобилен

телефон, лаптоп, таблет ислично.

Овие услови се темелат врз Законот за облигационите односи, Законот за супервизија на осигурувањето, како и останатите подзаконски акти донесени врз основа на овие закони, и на соодветен начин се применуваат на договорот за осигурување кој што го склучуваат договарачот на осигурувањето и осигурувачот.

Општите услови се составен дел на понудата и договорот за осигурување што договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот ќе го склучи со Зоил Македонија АД Битола.

## Член 2

### Општи одредби

Општите услови за осигурување на патници за време на патување и престој во странство (во понатамошниот текст: Општи услови) се составен дел од Договорот за осигурување склучен меѓу договарачот на осигурувањето и Зоил Македонија АД Битола (во понатамошниот текст: осигурувач).

Лицето кое со осигурувачот склучило Договор за осигурување на патници за време на патување и престој во странство претставува договарач на осигурувањето. Договарачот може да биде физичко лице, или правно лице кое во име и за сметка на физичко лице склучува Договор за осигурување.

Физичкото лице во чија корист е склучено осигурувањето претставува осигуреник со:

- македонско државјанство,
- постојан престој во РСМакедонија, или
- странско државјанство (во овој случај полисата не важи во неговата матична земја, ниту во РСМакедонија).

Со Договорот за осигурување на патници за време на патување и престој во странство, договарачот на осигурувањето се обврзува дека ќе му го плати договорениот износ (премија) на осигурувачот, додека осигурувачот се обврзува дека по настапување на осигурениот случај ќе му исплати надомест на осигуреникот, но најмногу до договорената сума на осигурување, само по една полиса.

## Член 3

### Предмет и обем на осигурувањето

Осигурителното покритие ги опфаќа трошоците за неопходен медицински третман, како и трошоците за превоз поради непредвидени болести или повреди и последици од истите, кои започнале или настанале за време на патување (по преминување на македонската граница) или престој во странство, трошоците за надомест поради доцнење и кражба на багаж кој осигуреникот го носел со себе за време на патувањето (освен ако доцнењето на багажот настанало во Македонија), како и трошоците за телефонски разговори настанати во роаминг со цел користење на асистенцијата.

Осигурениот случај за непредвидени болести или повреди започнува со почетокот на



лекувањето, а завршува кога, врз основа на мислење на лекар од здравствената установа, лекувањето на акутниот осигурен случај повеќе не е потребно или кога осигуреникот може безбедно да се транспортира во земјата на престој за понатамошно лекување.

Доколку лекувањето се однесува на болест или последица од незгода која со претходната не е во причинска врска, осигурувачот ќе го смета тоа за нов осигурен случај.

#### Член 4

##### Склучување и откажување на договор за осигурување

Договорот за осигурување се склучува врз основа на важечка патна исправа, освен при осигурување со фиксен период на покритие, кога осигурувањето може да биде склучено и врз основа на лична карта. Договорот за осигурување се склучува пред почетокот на патувањето. Договорот за осигурување склучен по започнување на патувањето и за време на престој на осигуреникот во странство се смета за ништовен и нема да произведува правно дејство. Осигурувањето може да се склучи и да биде валидно и за време на престој на осигуреникот во странство, но исклучиво само доколку осигуреникот го продолжисвојот Договор за осигурување најдоцна 24 часа пред истекот на претходната полиса, односно 24 часа пред истекот на последниот ден од неговото покритие.

Осигурувањето е склучено кога од страна на осигурувачот или лицето овластено од него е издадена полиса за осигурување. Кога Договорот за осигурување се склучува на далечина, осигурувачот смета дека осигурувањето е склучено со самото плаќање на премијата. За склучување на договори на далечина важи Клаузулата за склучување на осигурување на патници завреме на патување и престој во странство преку интернет КЛ-опс-дал/18-8-мк.

Осигуреникот може да го откаже Договорот за осигурување пред почетокот на патувањето, односно пред почетокот на периодот на осигурување, доколку не добие виза за патување во земјата во која се бара ваков вид на осигурително покритие. Осигуреникот може да го откаже Договорот за осигурување и по почетокот на патувањето, односно по почетокот на периодот на осигурување, доколку амбасадата одбила издавање на виза притоа задржувајќи го пасошот или примерок од полисата. Во двата случаја осигуреникот поднесува потврда од амбасадата за одбивање или му го доставува пасошот на осигурувачот на увид поради достава на доказ дека нема виза за земјата наведена во полисата како земја во која важи осигурителното покритие.

Осигуреникот може да го откаже Договорот за осигурување доколку го откаже патувањето, со поднесување на соодветени докази, и тоа во случај на:

- 1) хоспитализација на осигуреникот пред патувањето;
- 2) смртен случај на член од потесното семејство;
- 3) добивање покана за суд;
- 4) откажување на патувањето од страна на туристичката агенција;
- 5) губење на пасошот;
- 6) други случаи во кои ќе се утврди објективна спреченост на осигуреникот да го реализира патувањето, а над кои тој немал влијание.



## Член 5

### Почеток и траење на осигурителното покритие

Осигурувањето започнува во 00.00 часот (GMT+1 локално македонско време) на денот наведен во полисата како ден на почеток на осигурувањето (но не пред осигуреникот да ја помине македонската граница на пат во странство).

Осигурителното покритие завршува во 24.00 часот (GMT+1 локално македонско време) на денот наведен во полисата како ден на престанок на осигурувањето.

Важноста на полисата престанува во случај на искористување на бројот на осигурени денови (осигурително покритие) во рамките на периодот на покритие.

Осигурувањето во никој случај не важи во Република Северна Македонија, ниту во земјата каде што осигуреникот има постојано живеалиште или право на здравствена заштита.

Патници постари од 70 години можат да склучат Договор за осигурување со максимално времетраење од 60 дена во период од 365 дена, во кој фиксно се одредени почетокот и крајот на покритието, доколку поинаку не е договорено. Исто така, за овие осигуреници важи фиксно учество во штета за болничко лекување и операција во висина од 2 000 евра во денарска противвредност.

Полисата за осигурување во никој случај не важи за Сомалија, Авганистан, Ирак, а за поединечни земји важноста на полисата е согласно издадената полиса.

На основната премија за осигурување се пресметува дополнителна премија, и тоа за следните лица:

- лица над 65 години старост;
- лица кои извршуваат градежни работи и/или се на привремена работа во странство;
- активни спортисти кои за времетраење на осигурувањето активно се занимаваат со спорт (тренинзи, натпревари и слично).

Доколку за времетраење на осигурувањето настанала штета на лицето за кое е предвидена дополнителна премија, а полисата е без дополнителна премија, тогаш надоместот за штета се намалува во сооднос меѓу износот на платените премии и износот на премиите што би требало да се платат според вистинскиот ризик.

## Член 6

### Плаќање и поврат на премијата за осигурување

Договарачот на осигурувањето е должен да ја плати премијата за осигурување непосредно по добивање на полисата за осигурување.

Осигуреникот има право на поврат на премијата во случај на откажување на Договорот за осигурување, и тоа:

- 100 % од износот на уплатена премија доколку Договорот за осигурување е откажан пред почетокот на патувањето, односно пред почетокот на периодот на осигурување;
- 70 % од износот на уплатена премија доколку Договорот за осигурување е откажан по започнување на периодот на осигурување;

- осигуреникот има право на поврат на премијата во случај да поднесе барање до осигурувачот пред истекот на полисата за осигурување, во висина на разликата помеѓу премијата која е платена и премијата која одговора на вистинското времетраење на визата што ја одобрила амбасадата, чие времетраење е пократко од периодот за кој е платена премијата. Разликата се плаќа по поништување на старата полиса и по основа на тоа што осигуреникот склучил ново осигурување со осигурувачот за периодот на одобреното времетраење на визата.

## Член 7

### Обврски на осигурувачот

Осигурувачот му надоместува на осигуреникот – освен во случаите наведени во член 9 од овие Услови – разумни и вообичаени трошоци за неопходен медицински третман и транспортни трошоци остварени за време на неговото патување и престој во странство. За разумни и вообичаени трошоци се сметаат оние трошоци за медицинско лекување (третман) кои не се поголеми од општото ниво на трошоци во слични ситуации на тоа подрачје, кога се работи за ист или сличен медицински третман.

Како трошоци за неопходен медицински третман (или медицинска асистенција), доколку истиот е неопходен и одобрен според мислењето на асистентската компанија, во смисла на овие Услови се сметаат исклучиво трошоците за следново:

- а) медицински третман;
- б) лекови и завои кои ги препишал лекар;
- в) медицински помагала неопходни за лекување (на пример фластери, гипс, ортопедски помагала, завои, патерици) кои ги препишал лекар;
- г) рендгенска дијагностика;
- д) амбулантско обезбедување медицински услуги доколку амбулантата располага со дијагностичка и терапевтска опрема и работи по методи кои се научно признати и клинички испитани во земјата на привремен престој на осигуреникот. Асистенцијата го упатува осигуреникот во здравствена установа во местото на неговиот привремен престој или во најблиската соодветна здравствена установа. Амбулантското лекување не подразбира контролни прегледи, освен кога ординирачкиот лекар ги одобрил како неопходни во случај на влошување на здравствената состојба на осигуреникот;
- ѓ) превоз со возило на брза помош до болница (разумни трошоци);
- е) оперирање (вклучително и индиректни трошоци за оперирање);
- ж) болничко лекување (хоспитализација) во установа која се смета за болница, при што се користи болницата во местото каде што осигуреникот отседнал или најблиската соодветна болница;
- з) итни стоматолошки интервенции потребни за отстранување на акутна болка поради болест или оштетување на заб, вклучувајќи и вадење на заб и едноставни поправки на протези, но не и изработка на вештачки заби или навлаки. Трошоците на неопходниот медицински третман се ограничени до 150 ЕУР.

Како трошоци за превоз во смисла на овие Услови се сметаат исклучиво:

(а) зголемени трошоци за превоз на осигуреникот до Република Северна Македонија, во моментот кога осигуреникот со оглед на здравствената состојба е способен за патување за да го продолжи лекувањето во матичната држава, или направени по налог на лекар во случај да не постои можност за обезбедување доволна медицинска нега во местото на посета на осигуреникот или во најблиската околина, што би можело да влијае врз влошување на здравјето на осигуреникот. Независно од тоа, се признаваат и дополнителни зголемени трошоци за придружникот, доколку е потребна медицинска придружба;

(б) во случај на смрт – зголемени неопходни трошоци за превоз во Република Северна Македонија или неопходни зголемени трошоци за погреб во странство, но не повеќе од износот договорен и наведен како сума на осигурување во полисата за осигурување.

Зголемени трошоци во смисла на став 3 се следниве:

- во случај на превоз на пациентот во Република Северна Македонија, трошоците што настанале дополнително поради остварување на осигурениот случај при враќање дома;
- во случај на смрт, трошоците кои го надминуваат износот на трошоци кои би настанале во случај осигуреникот да почина дома.

Максималната обврска на осигурувачот по полиса е одредена со сумата на осигурување наведена на полисата за осигурување. Во случај на семејно и групно осигурување, сумата на осигурување важи за секој осигуреник посебно.

Сумите за осигурување се разликуваат во зависност од пакетите за осигурување, и тоа:

а) Основен пакет за осигурување

Вкупна сума на осигурување од 15.000 евра, од кои подлимитот за трошоци за превоз е 3.600 евра;

б) Пакет плус за осигурување

Вкупна сума на осигурување од 30.000 евра, од кои подлимитот за трошоци за превоз е 7.200 евра

## **Член 8**

### **Доцнење и кражба на багаж за време на патување**

Осигурителното покритие за доцнење и кражба на багаж опфаќа обезбедување на следниве услуги:

- 1) Разумни трошоци за купување на неопходни предмети поради доцнење на багаж во висина до 200 евра;
- 2) Разумни трошоци за купување на неопходни предмети при кражба на лични ствари-багаж во висина до 200 евра;
- 3) Надомест на трошоци за кражба на техничка стока-багаж во висина од 500 евра. Во случај на семејно осигурување, обврската на осигурувачот е ограничена на максимален износ од 1.000 евра за сите членови. Покритието на осигурувачот важи во случај на кражба само ако истата е настаната врз багажот и/или техничката стока, доколку се наоѓаат во затворено и



заклучено возило, за време на транзитирање на аеродроми, како и во затворени хотелски соби. Осигурувачот е обврзан да му надомести на осигуреникот разумни трошоци во висина до 200 евра само во случај:

- ако осигуреникот достави доказ дека багажот му е изгубени дека не му бил доставен во рок од 20 часа од неговото доаѓање на дестинацијата за патување (доколку доцнењето на багажот настане во матичната земја на осигуреникот, надоместот по овој основ е исклучен);
- ако осигуреникот достави за доказ полициски записник од извршената кражба;
- ако осигуреникот достави доказ (оригинални фискални сметки) за неопходни предмети што биле купени.

## Член 9

### Телефонски трошоци

Осигурувачот ги покрива и телефонските трошоци на осигуреникот, кои ги направил во роаминг, со цел користење на асистенција.

Признати се трошоци за повикување на асистентскиот центар.

Осигуреникот е должен кон барањето за надомест на штета да достави и телефонски листинг од својот мобилен оператор, преку кој ќе докаже постоење и висина на направените телефонски трошоци.

Осигурувачот има обврска за надомест на овие трошоци, најмногу до 1.500,00 МКД по осигурен случај.

## Член 10

### Исклучување од осигурување

Осигурувачот нема обврска да ги надомести трошоците за медицински третман, хоспитализација, репатријација и трошоците за превоз во следните ситуации:

- 1) Пред почетокот и по истекот на осигурителното покритие;
- 2) Доколку осигуреникот знаел дека постои можност за настанување на осигурениот случај (според изјава на осигуреникот, врз основа на примен медицински извештај и слично);
- 3) Намерни дејства на осигуреникот – самоубиство и обид за самоубиство, состојба под дејство на алкохол и опојни средства, состојба предизвикана со употреба на нерегистрирани лекови и користење и набавка на лекови без упатство на лекар;
- 4) Ќе се смета дека постои алкохолизирана состојба ако е утврдена од овластен лекар и/или е утврдена со алкотест и ја преминува дозволената количина согласно позитивните законски прописи на државата во која настанал осигурениот случај;
- 5) Не се надоместуваат трошоци кои не се во директна врска со осигурениот случај и преземените лекувања (камати на сметките за лекување, трошоци за исхрана во ресторан, транспорт на придружниците на осигуреникот, контактни леќи, очила...), како и трошоци кои би настанале доколку не се случел осигурениот случај;
- 6) Лекување на рак, СИДА и венерични болести, како и трошоци за лекување на други



хронични болести и последици од нив, кои започнале и биле познати на почетокот на осигурувањето, иако не биле лекувани, како и кога болестите, вклучително и нивните последици, биле лекувани во текот на последните три месеци пред почетокот на осигурувањето, освен во случај на непредвидена лекарска помош за спречување на акутна витална опасност или исклучително за намалување на акутни болки. Истите исклучоци важат и за последиците од незгода;

- 7) Болест или незгода која е последица од активно учество на осигуреникот во воени дејства или бунтови;
- 8) Болест или незгода која е последица од активно учество на осигуреникот во криминални дејства, доколку е намерно предизвикана или е последица од употреба на алкохол или други опојни средства;
- 9) Систематски – превентивни прегледи и редовни прегледи кои би требало да бидат извршени во земјата на престој, потоа дијагностика која можела да биде одложена, освен дијагностика која била неопходна за да се утврди правецот на лекување, отстранување на естетски дефекти или телесни аномалии, превентивни вакцинирања, дезинфекции и тестирања;
- 10) Трошоци настанати за време на престој во бањи, центри за рехабилитација (физиотерапија и сл.), санаториуми, здравствени центри, медицински институти и слични институции за здравствена рехабилитација;
- 11) Трошоци за психоаналитички и психотерапевтски третмани;
- 12) Трошоци во врска со бременост, породување и последици од него, освен во случај на акутен, абнормален тек на бременоста и последици од неа, кога осигурувачот ги покрива трошоците за лекување и медицинските мерки за директно отстранување на опасностите за животот на мајката и детето, под услов трудницата на почетокот на абнормалниот тек на бременоста да нема навршено 39 години живот, ниту 30 недели бременост;
- 13) Следење или прекин на бременост;
- 14) Рехабилитации и протези;
- 15) Згрижување кое не е наведено во овие Услови;
- 16) Поради занимавање на осигуреникот со ризични и опасни спортови или активности (екстремни спортови, како автотрки, качување по карпи, алпинизам, авијација, параглајдерство, падобрански скокови, банџи скокови, веслање на брзи води, ски алпинизам, боречки вештини, нуркање, едриличарство), лов, акробации, планинарење, спелеологија, падобранство, скијачки скокови, скијање на вода, возење со боб санки, акробатско скијање, хокеј, лизгање на мраз, скутери на вода и слично);
- 17) Поради возење со мотор од страна на осигуреникот, без возачка дозвола за соодветна категорија и без заштитна опрема. Во случај на настанување на осигурен случај, при пријавувањето на повредата задолжително се доставува копија од службената исправа и извршен алкотест, или алкохолизираноста може да се процени врз основа на доставен медицински извештај, како и коментар од лекарот за состојбата на осигуреникот по приемот;
- 18) Престој во болница од денот кога асистентската компанија би била во состојба и од кога би имала право да изврши репатријација на осигуреникот;
- 19) Сместување во еднокреветна или приватна соба во болница, освен доколку медицинскиот тим смета дека тоа е неопходно;

20) Доколку осигуреникот одбива да се придржува на инструкциите кои ги добива од лекарот на должност/лекар цензор, од медицинскиот тим, или го одбива датумот, видот и начинот на репатријација кој го одредила асистентската компанија по консултација со лекарот/медицинската установа која го лекува осигуреникот во странство;

Самоволна организација на репатријација, без претходно добиено одобрување од страна на осигурувачот, односно асистентската компанија, освен во случај кога на овој начин организираната репатријација не го преминува нивото на разумни/вообичаени трошоци кои би настанале кога асистентската компанија би учествувала во оваа организација.

Осигурувачот нема обврска да ги надомести трошоците:

- 1) за air ambulance, освен во ситуација кога асистентската компанија во консултација со осигурувачот изречно ќе утврди дека таквиот превоз е неопходен или трошоците за понатамошно лекување во странство се поголеми од трошоците за превоз (и тоа до лимитот за превоз од овие Услови);
- 2) доколку осигуреникот намерно или поради грубо невнимание го предизвикал осигурениот случај или пак, за време на пријавување на случајот, намерно дал лажни податоци.
- 3) Осигурувачот нема обврска за надомест на штети кои се покриени по основ на друго осигурување.
- 4) Исклучени се обврските на осигурувачот за некомплицирани алергиски реакции (изгореници и алергии од сонце кои може да бидат превенирани, некомплицирани убоди од инсекти и слично). Исклучени се и обврските на осигурувачот за промивање на уши, освен во случај на болка и инфекции.

## **Член 11**

### **Обврски на осигуреникот или договарачот на осигурувањето**

Во случај на потреба за асистенција, штом настане осигурен случај или постои можност за случување, осигуреникот има обврска да го пријави осигурениот случај. Осигуреникот ја врши пријавата на осигурениот случај на следниов начин:

- 1) Ја повикува асистентската компанија
- 2) Врши идентификација со давање на основни лични податоци за себе (име и презиме, број на пасош/лична карта, тип на посета (туристички или поради работа, студент и слично), дали има постојан или привремен престој во странство, со каква работа се занимава во странство (доколку се наоѓа во странство поради работа), дали штетата настанала при активно занимавање со спорт;
- 3) Доставува број на телефон и адреса во странство на која може да биде контактиран;
- 4) Накратко го опишува видот и начинот на настанување на осигурениот случај;
- 5) Прифаќа лекување во здравствена установа во која го упатува осигурувачот, односно асистентската компанија.

Осигуреникот е должен во случај на амбулантско лекување да ги следи инструкциите на

асистенцијата за избор на здравствена установа, и да ги почитува препораките на здравствената установа со цел да се спроведе потребната постапка за лекување. Во спротивно, осигурувачот нема да изврши директен надомест на трошоците за амбулантско лекување на здравствената установа, туку ќе ги рефундира трошоците по враќањето на осигуреникот во земјата на живеење, а за кои ќе утврди основаност на барањето за надомест и во висина на разумни трошоци, но најмногу до 300 евра во денарска противвредност. Осигурувачот има право да го намали износот за надомест на настаната штета поради тоа што осигуреникот не ги исполнил своите обврски дефинирани со овие Услови и со Договорот за осигурување. Во случај на болничко лекување, доколку осигуреникот сам ја избере болницата без консултација со осигурувачот, осигурувачот има право да го одбие директниот надомест на трошоците за болничко лекување во здравствената установа и да изврши рефундација на трошоците по враќањето на осигуреникот во земјата на живеење, за кои ќе утврди основаност на барањето за надомест и во висина на разумни трошоци, но најмногу до 300 евра во денарска противвредност. Осигурувачот има право да го намали износот за надомест на настаната штета ако осигуреникот не ги исполнил своите обврски дефинирани со овие Услови и Договорот за осигурување.

По исклучок, во случај кога поради ненадејна болест или несреќен случај е неопходно болничко лекување (хоспитализација), потребно е да се пријави во рок од 48 часа од настанатиот осигурен случај и на асистентската компанија да и се дадат информации за називот и адресата на болницата, името на лекарот кој го лекува осигуреникот и соодветните телефонски броеви. Во спротивно, осигурувачот не гарантира дека трошоците за лекување ќе бидат надоместени.

Ако осигуреникот не е во можност да го пријави осигурениот случај во асистентската компанија, пријавата ја врши најбрзо што може, но не после рокот наведен во претходниот став од овој член. Пријавата упатена од страна на блиско лице, полиција, судски орган, болничка институција или од кое било лице кое му пришло за помош, ќе се смета како осигуреникот лично да извршил пријава.

Во случај кога поради ненадејна болест или несреќен случај осигуреникот е сместен во болница поради лекување (хоспитализација), а поради ургентно тешка здравствена состојба проследена со нарушување на свеста не е во можност да изврши пријава, осигурувачот ќе го признае дополнителниот рок за пријава на осигурениот случај, но не подоцна од 7 дена од денот на настанување на осигурениот случај и задолжително пред напуштањето на болницата и пред враќањето во земјата на живеење.

На сите пријави по истекот на рокот се применуваат одредбите од член 11 од овие Услови. Во случај осигуреникот да не го пријави осигурениот случај кај асистентската компанија од објективни причини, а доколку трошоците на лекувањето ги платил сам, осигурувачот ќе му ги надомести овие трошоци на осигуреникот по враќањето во земјата на живеење, но најмногу до износ од 300 евра.

Барањето за надомест на штета мора да биде поднесено во рок од три месеци по завршување на лекувањето, односно од превезувањето во земјата на постојан престој или смртниот случај.

Договарачот на осигурувањето или осигурениците се должни по барање на осигурувачот да ги

достават сите потребни податоци за утврдување на осигурениот случај или обемот на осигурителнотопокрытие.

Договарачот на осигурувањето или осигурениците го овластуваат осигурувачот да ги собере сите потребни податоци од трети лица (доктор, стоматолог, медицински работник, медицински институции од сите видови, институција на здравствено осигурување, здравствени и социјални служби во странство). Осигуреникот го ослободува медицинскиот персонал кој го прегледал пред и после настанот на осигурениот случај од професионалните обврски за чување на тајни и се согласува болницата или здравствената установа која му пружила нега да ги соопшти на осигурувачот или на асистентската компанија сите неопходни информации поврзани со здравствената состојба на осигуреникот. Медицински неопходната документација од земјата на престој неопходна за евалуација на осигурениот случај, ја приложува осигуреникот.

Асистентската компанија има право да ја одбие исплатата на надомест во случај кога:

- 1) осигуреникот не ги исполнил своите обврски од Договорот или не ги почитувал инструкциите што ги добил од асистентската компанија;
- 2) изјавата на осигуреникот, која претставува основа за склучување на полиса или која настанува во процесот на пријава на штети, е лажна, со неистинит исказ или ги прикрива фактите со цел за намерна измама, и слично.

3) осигурувачот нема обврска доколку договарачот на осигурувањето или осигуреникот ги прекрши одредбите на овој член.

## **Член 12**

### **Исплата на надомест на штета**

Кога ќе настане осигурен случај, осигурувачот е должен да ја исполни својата обврска под услов да достави докази.

Спецификација на документи (потребна документација):

- Копија од полиса,
- Копија од пасошот за да се потврди валидноста на покретието (или друг документ од кој може да се видат влезно-излезните печати),
- Медицински извештај кој содржи дијагноза, опис на тегобите, причина за посета на лекар и спецификација на дадена лекарска услуга,
- Оригинален доказ за извршено плаќање со спецификација на услуги/трошоци (фискална сметка, банковен документ, фактура од здравствената установа)
- Полициски извештај во случај на извршена кражба на багаж и/или техничка стока и по потреба на барање на осигурувачот,
- Препорака за транспорт по потреба,
- Телефонски листинг за докажување на телефонски трошоци во роаминг,
- Потврда за смрт,
- Медицински картон по потреба,

- Останата документација во врска со осигурениот случај неопходна за процена на случајот (оставинско решение, алкотест...),

- Превод на документацијата на сметка на осигуреникот, доколку преводот му е потребен на осигурувачот или асистентската компанија.

До осигурувачот се доставуваат оригинални сметки за настанатите трошоци. Доколку се достават дупликати на сметки, тие мора да бидат заверени од страна на установата која ги издала оригиналните сметки.

Лековите мора да биде пропишани од лекар, а извештајот за стоматолошка интервенција треба да содржи причина за нејзиновршење и опис на интервенцијата. Барањето за надомест на трошоци за превозот или за погреб мора да биде засновано врз оригинални сметки, како и уредна посмртница и извештај од надлежен орган на кој се гледа причината за смрт. Барањето за надомест на трошоци за превоз на болниот во Република Северна Македонија треба да биде поткрепено со писмена препорака од ординирачкиот лекар, со која се потврдува дека здравствената состојба на осигуреникот овозможува негово безбедно превезување во матичната држава. Покрај тоа, препораката од лекарот мора да содржи доказ дека соодветниот тип на превоз, од медицинско гледиште, бил неопходен.

Осигурувачот му исплаќа надомест на штета на осигуреникот на кој му се случил осигурен случај, или на корисниците на осигурувањето во случај на смрт, или доколку осигуреникот е малолетен.

Доколку осигуреникот не изврши пријава на осигурениот случај во асистентската компанија, туку сам избере здравствена установа, односно лекар, и ги плати трошоците за лекување, осигурувачот му гинадоместува разумните и вообичаени трошоци по враќањето во земјата на живеење, најмногу до износ од 300 евра.

Доколку осигуреникот склучил Договор за осигурување со вклучена франшиза, надоместот за штета ќе се пресмета така што од вкупната штета ќе се одбие износот на франшизата. Доколку штетата е помала од износот на франшизата, осигурувачот нема обврска да исплати надомест.

Надоместок на штета се пресметува во денарска противвредност по средниот курс на НБРМ на денот на конечно решавање на штетата.

## **Член 13**

### **Престанок на осигурителното покритие**

Осигурителното покритие престанува:

- со искористување на осигурените денови во рамки на важноста на полисата, а во секој случај со истек на важноста на полисата, или

- со враќање во Република Северна Македонија,

Како крај на престојот во странство се смета моментот на преминување на државната граница за влез во Република Северна Македонија.

Доколку лекувањето без прекин продолжува и по истек на важноста на полисата, со осигурувањето се покриени и трошоците на тоа лекување, но не повеќе од 4 (четири) недели и под услов да не било возможно осигуреникот да биде транспортиран доместото на постојан



престој, или ако тоа е одложено поради причина врз која не можело да се влијае.

#### **Член 14**

##### **Отстапување на права или порамнување поштетно побарување**

Доколку договарачот на осигурувањето или осигуреникот кон трето лице поднесе оштетно побарување кое не е од осигурително-правна природа, тие барања мора по писмен пат да ги отстапи на осигурувачот до висина на исплатениот надомест од осигурувањето.

Доколку договарачот на осигурувањето или осигуреникот се откаже од такво барање или права за поднесување на оштетно побарување без согласност од осигурувачот, истиот го губи правото на сразмерен дел од сумата на осигурување.

Доколку договарачот на осигурувањето или осигуреникот прими отштета од лице одговорно за штетата, осигурувачот има право да го намали надоместокот од осигурувањето за тој износ.

Договарачот на осигурувањето или осигуреникот не можат да ги заложат, ниту да ги отстапат побарувањата од осигурувањето.

#### **Член 15**

##### **Постапка на вештачење**

Во случај договорните страни да не се согласат при заедничко утврдување и процена на штетата, секоја од договорните страни може да побара утврдување и процена на штетата од комисијана стручни лица (вештаци). Предмет на вештачење можат да бидат само спорни околности во поглед на настанување на осигурениот случај, обемот на оштетување и висината на штетата.

Секоја од договорните страни назначува свој вештак во писмена форма. За вештаци можат да се назначат лица кои не се во работен однос кај осигурувачот, односно осигуреникот. Пред почетокот на вештачењето, двајцата вештаци назначуваат третвештак, кој дава свое мислење кога тврдењата на двајцата вештаци се различни и само во граница на неопходните заклучоци. Мислењето на третиот вештак е конечно и може да се оспори само во случај на грешка во пресметката.

Секоја договорна страна ги покрива трошоците за вештакот кој го именувала, а за третиот вештак ги делат трошоците по половина.

Заклучоците на вештакот се обврзувачки за двете страни.

#### **Член 16**

##### **Измени на условите за осигурување или тарифата на премии**

Ако осигурувачот ги промени условите за осигурување или тарифата на премии, треба да го извести договарачот на осигурувањето во рок согласно законските прописи.

Договарачот на осигурувањето има право во законски предвидениот рок по приемот на



известувањето да го откаже Договорот за осигурување. Договорот престанува да важи со завршувањето на тековната година на осигурување.

Ако договарачот на осигурувањето не го откаже договорот за осигурување, во рокот утврден, следната година се менува согласно со новите услови за осигурување и тарифата на премии.

## **Член 17**

### **Промена на податоци**

Договарачот е должен да го извести осигурувачот за: промена на адресата на живеење, односно седиштето, промена на своетоиме или презиме, односно називот на правното лице, во рок од 15 дена од настанување на промената.

Ако договарачот ги промени податоците, а притоа не го известил осигурувачот, доволно е осигурувачот да прати известување до договарачот на последната позната адреса и да го наслови на последното познато име, односно назив на фирмата.

Во случај кога обидот да се достави препорачаната пратка до осигуреникот нема да биде успешен, осигурувачот вратената пратка ќе ја смета како уредно доставена и ќе ја чува во своето седиште. Договарачот на осигурувањето се согласува дека вратените недоставени пратки се сметаат за примени од денот на првиот обид за доставување и дека е запознат со содржината на пратката.

## **Член 18**

### **Информации во врска со обработка на лични податоци**

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

Назив: АД за осигурување Зоил Македонија

## **Член 19**

### **Обработка и заштита на личните податоци**

АД за осигурување Зоил Македонија врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на лични податоци на осигуреници, договорувачи на осигурување, нивните законски застапници или полномошници во согласност со одредбитена Законот за заштита на лични податоци и другите релевантипозитивни законски прописи, применувајќи соодветни техничкии организациски мерки за обезбедување на безбедност на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на АД за осигурување Зоил Македонија, а АД за осигурување Зоил Македонија во својство на контролор на личните податоци, истите ги користи совесно, законито и согласно целта за која се собрани.



## **Член 20**

### **Правна основа за обработката на личните податоци**

АД за осигурување Зоил Македонија 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.

Личните податоци се неопходни за обработка од страна на АД за осигурување Зоил Македонија 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 21**

### **Цели за обработката на личните податоци**

Личните податоци (телефонски број и електронска адреса – e-mail), АД за осигурување Зоил Македонија 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 АД за осигурување Зоил Македонија, а ќе бидат искористени само доколку имате дадено согласност, преку одбирање на соодветната опција за согласност. 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 АД за осигурување Зоил Македонија обработува и копии од документи во кои се содржани лични податоци.

Личните податоци од став 1 и став 2 на овој АД за осигурување Зоил Македонија ги обработува само врз основа на претходна согласност од субјектот на личните податоци, а недавањето 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.

Согласноста за обработка на личните податоци може да се повлече во секое време преку доставување на известување за повлекување на согласност по пошта со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци. Со повлекување на согласноста за обработка на лични податоци АД за осигурување Зоил Македонија ќе прекине со понатамошна обработка на личните податоци и истите ќе ги избрише од базите на податоци.

## **Член 22**

### **Рокови на чување на лични податоци**

Личните податоци, АД за осигурување Зоил Македонија Битола 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.

По истекот на роковите личните податоци ќе бидат избришани/уништени од базите на податоци на АД за осигурување Зоил Македонија и истите нема да се обработуваат за други цели.

## **Член 23**

### **Права на субјектите на личните податоци**

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 по пошта и може да се достави барање во врска со сите прашања поврзани со обработката на личните податоци.

Доколку субјектот на лични податоци смета дека обработката на личните податоци, од страна на АД за осигурување Зоил Македонија 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 24**

### **Пренос на личните податоци**

Личните податоци на субјектите на лични податоци се пренесуваат во рамките на Друштвото, 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 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.

## **Член 25**

### **Обработка на лични податоци за цели на директен маркетинг**

Личните податоци за цели на директен маркетинг, АД за осигурување Зоил Македонија ги обработува само врз основа на експлицитна согласност за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг кои ги врши АД за осигурување Зоил Македонија за своите услуги. Согласноста за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг може да се повлече во секое време, бесплатно, со писмено барање по пошта до АД за осигурување Зоил



Македонија, со назнака “До Офицерот за заштита на лични податоци”).

## **Член 26**

### **Примена на закон**

За правата и обврските на договорните страни што не се регулирани со овие Услови, ќе се применуваат одредбите од Законот за облигационите односи и Законот за супервизија на осигурување. Ако со овие Услови некое прашање е утврдено спротивно на законските прописи, ќе се применуваат одредбите од законот.

## **Член 27**

### **Надлежност во случај на спор**

Споровите што настануваат меѓу договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, од една страна, и осигурувачот, од друга страна, ги решава стварно и месно надлежниот суд според седиштето на осигурувачот.

## **Член 28**

### **Вонсудско решавање на спорови (приговор)**

Договорните страни се согласни дека сите спорови што произлегуваат од овој Договор ќе се решаваат по мирен пат.

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.

Договарачот на осигурување, осигуреникот, односно корисникот на осигурување кој смета дека со одлуката (решението) на осигурувачот за отштетното побарување му се нарушени правата од осигурувањето, може да поднесе приговор до Комисијата заприговори (жалби) на осигурувачот. Комисијата за приговори (жалби) е должна да донесе одлука по приговорот во писмена форма без одложување, но најдоцна вoрок од 30 дена од денот на прием на приговорот.

За постапување и решавање по приговори е надлежен АД за осигурување Зоил Македонија, а не Центарот за асистенција.

## **Член 29**

### **Надзор над друштвото за осигурување**

Орган надлежен за вршење надзор на осигурителното друштво е Агенцијата за супервизија на осигурување.

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 30**

### **Меродавно право и судска надлежност**

За правата и обврските на договорните страни што не се регулирани со овие Услови, ќе се применуваат одредбите од Законот за облигационите односи и Законот за супервизија на осигурување. Ако со овие Услови некое прашање е утврдено спротивно на законските прописи, ќе се применуваат одредбите од Законот.

Споровите што настануваат помеѓу осигуреникот, на една страна, и осигурувачот, на друга страна, ги решава стварно и месно надлежниот суд според седиштето на осигурувачот.

## **Член 31**

### **Застарување на барањата**

Побарувањата од договорите за осигурување застаруваат во согласност со одредбите од Законот за облигациони односи.

## **Член 32**

### **Изјава за информираност**

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 33**

#### **Завршни одредби**

Осигуреникот, односно договорувачот, доколку е физичко лице, има право да поднесе жалба во однос на осигурувачот, осигурителните брокерски друштва, друштвата за застапување во осигурувањето и застапниците во осигурувањето, до Агенцијата за супервизија на осигурување како надлежен орган на супервизија на друштвата за осигурување, согласно со Законот за супервизија на осигурувањето.

### **Член 34**

Во случај Осигурувачот и Осигуреникот да не се согласат по однос на обемот и висината на штетата, Осигуреникот има право на приговор во рок од 8 дена од приемот на писменото известување од Осигурувачот, до Второстепена комисија за решавање на штети по приговор.

### **Член 35**

Евентуалните спорови кои би произлегле од договорот за осигурување, договорните страни ќе ги решаваат спогодбено, а доколку до спогодба не дојде надлежен е Основниот граѓански суд Битола.

### **Член 36**

Овие Услови влегуваат во сила по нивното донесување.