



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 2 -
Здравствено осигурување

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА
ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ



КЛАСА 2 – ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

I. ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

- (1) Овие услови се составен дел на понудата и договорот за доброволно здравствено осигурување кој Договорачот на осигурувањето, односно осигуреникот ќе го склучи со АД за осигурување Зоил Македонија - Битола (во натамошниот текст: Осигурувач).
- (2) Овие услови се темелат на Законот за здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗЗО), Законот за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗДЗО), Законот за облигационите односи (во понатамошниот текст ЗОО), Законот за супервизија на осигурувањето (во понатамошниот текст ЗСО), Законот за здравствена заштита (во понатамошниот текст ЗЗЗ), 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 Договорачот на осигурувањето и Осигурувачот.
- (3) Со доброволно приватно здравствено осигурување, согласно ЗДЗО, 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 користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствените услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во кои се врши здравствена дејност и кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помагала.
- (4) Договорач на доброволното здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е осигуреникот, работодавецот за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигура одредена група на луѓе.
- (5) Осигуреник на доброволно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е физичко лице кое склучило или за кое, врз основа на негова писмена согласност е склучен договор за доброволно здравствено осигурување и кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно здравствено осигурување. Осигуреник може да биде само лице кое има утврден статус на осигуреник во задолжителното здравствено осигурување или членовите на неговото семејство, согласно со ЗЗО.
- (6) Меѓусебните права и обврски се уредуваат со договорот за осигурување склучен помеѓу АД за осигурување Зоил Македонија - Битола и Договорачот на осигурувањето, односно осигуреникот.



II. ЗНАЧЕЊЕ НА ОДДЕЛНИ ИЗРАЗИ ВО ОВИЕ УСЛОВИ

Член 2

Значење на одделни изрази во овие услови:

- 1) **„Осигурувач“** е АД за осигурување Зоил Македонија - Битола;
- 2) **„Договарач на осигурување или Договарач“** е физичко лице - осигуреник, работодавецот за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигура одредена група на луѓе, кое ќе склучи договор за доброволно дополнително и/или приватно здравствено осигурување со Осигурувачот и е носител на обврската за плаќање на премија на осигурување;
- 3) **„Осигуреник/корисник на осигурувањето“** е физичко лице кое е носител на правата од склучениот договор за доброволно здравствено осигурување;
- 4) **„Сума на осигурување“** е најголемиот износ утврден во договорот за осигурување до кој Осигурувачот покрива вкупен годишен лимит на покритие за осигурени настани во текот на важноста на договорот за осигурување, за времетраење од една осигурителна година, за еден осигуреник;
- 5) **„Премија“** е износ кој Договарачот е должен да му го плати на Осигурувачот според договорот за осигурување;
- 6) **„Осигурен настан“** е иден и неизвесен настан, независен од волјата на осигуреникот, кој има за последица настанување на трошоци за користење на здравствени услуги предвидени со овие Услови и со договорот за осигурување и врз основа на кој настануваат обврските на Осигурувачот согласно со договорот за осигурување, односно настан предизвикан од осигурен ризик;
- 7) **„Осигурителна година“** е период од најмалку една година кој почнува од денот на почеток на осигурувањето.
- 8) **„Франшиза“** е учество на осигуреникот во настаната штета, наведено во полисата за осигурување.
- 9) **„Партиципација“** е учество на осигурено лице со лични средства во вкупните трошоци на здравствените услуги и лекови при нивното користењето, а кои се дел од правата на задолжително здравствено осигурување.
- 10) **„Здравствени услуги во дополнителна дејност“** се услуги пружени од здравствените работници - специјалисти при Јавните здравствени установи кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка дејност како дополнителна работа согласно 333 и се извршуваат надвор од работното време на здравствениот работник.
- 11) **„Возраст на осигуреникот“** е разлика помеѓу годината на почеток на осигурувањето и годината на раѓање на осигуреникот.
- 12) **„Дете“** е лице помладо од осумнаесет (18) години.

- 13) **„Полиса“** претставува писмена исправа за договорот за осигурување што Осигурувачот му ја издава на осигуреникот. Условите на осигурување се составен дел на договорот и му се врачуваат на Договарачот при склучување на полисата;
- 14) **„Каренца“** претставува временски период на почетокот на договореното траење на осигурувањето, утврден од страна на Осигурувачот, во кој се исклучени обврските на Осигурувачот доколку настане осигурен случај;
- 15) **„Здраво лице“** е работоспособно лице кое во моментот на склучување на договорот нема психофизички потешкотии, не користи било каква терапија и не користи никакви здравствени услуги за лекување;
- 16) **„Условно здраво лице“** е работоспособно лице кое во моментот на склучување на договорот нема поголеми психофизички потешкотии и повремено користи здравствени услуги;
- 17) **„Лице со нарушено здравје“** е лице кое во моментот на склучување на договорот боледува од хронична болест, поради што е подложено на терапија и користи здравствени услуги;
- 18) **„Болест“** е состојба на човековото тело или некој негов дел, која го нарушува нормалното функционирање и обично се манифестира со специфични знаци и симптоми;
- 19) **„Повреда“** е анатомска и/или функционална промена, нарушување на организмот, која не содржи елементи на болест или дегенеративен процес и настанува поради несреќен случај;
- 20) **„Компликација“** е неочекуван проблем кој произлегува од и е резултат на постапка, третман или болест и ја комплицира ситуацијата;
- 21) **„Медицинска или лекарска грешка“** е пропуст во планирањето и/или извршувањето на здравствената услуга, кој можел да се спречи и придонесува или може да придонесе до ненамерно и непланирано негативно дејство. Ова вклучува неточна или некомплетна дијагноза или третман на болест, повреда, синдром, однесување, инфекција или други заболувања;
- 22) **„Даватели на здравствени услуги или здравствени установи“** се правни лица кои пружаат здравствени услуги врз основа на решение за дозвола за работа издадено од Министерството за здравство на Република Северна Македонија и правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала, како и здравствените установи и приватните здравствени работници кои се вклучени во мрежата на здравствени установи, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област и се признаени од страна на Осигурувачот;
- 23) **„Мрежа на здравствени установи“** се сите јавни и приватни здравствени установи кои имаат склучено договори за соодветната дејност за пружање на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија;
- 24) **„Причина за лекување или третман“** се специфични знаци и симптоми на болест поради кои осигуреникот има потреба од здравствени услуги.



- 25) „**Лекување**“ претставува пружање на здравствени услуги признаени од страна на Осигурувачот кои опфаќаат специјалистички-супспецијалистички прегледи, основни и комплексни дијагностички постапки, хируршки зафати во дневна болница и хоспитализација, поради медицински основана индикација.
- 26) „**Договорени здравствени установи**“ се здравствени установи со кои Осигурувачот има склучено договор за соработка и здравствени установи од мрежата на здравствени установи во кои осигуреникот може да ги користи правата од дополнително или приватно здравствено осигурување.
- 27) „**Хронична болест**“ е болест, состојба или повреда која опстојува подолг период, предизвикува трајни здравствени последици чии симптоми се повторуваат и потребно е континуирана терапија, лекарска контрола и здравствена нега. Хроничната болест ги вклучува и компликации поради самата болест, состојба, односно повреда, како и болести, состојби и повреди наведени во прашалникот за здравствена состојба.
- 28) „**Акутна болест**“ е ненадејна болест или повреда, со која се предизвикани сериозни симптоми на нарушување на здравјето за кои е неопходна лекарска помош.
- 29) „**Претходна здравствена состојба**“ е болест, состојба и повреда, вклучувајќи и здравствени тегоби, знаци на болест или симптоми, која настанала пред склучување на осигурувањето, односно постоела при склучување на осигурувањето, без разлика дали била дијагностицирана, односно лекувана и дали му била позната на осигуреникот или не можела да остане непозната.
- 30) „**Вродена аномалија**“ е болест или состојба која постои при раѓање предизвикана од фактори кои влијаат на развојот на плодот во тек на бременоста или од наследни фактори и е дијагностицирана (откриена) при раѓањето или во подоцнежниот период.
- 31) „**Палијативна нега**“ претставува активна целосна помош на пациенти со напредната неизлечива болест.
- 32) „**Медицински основана индикација**“ е основа за започнување на лекување или дополнителни дијагностички постапки и значи дека прегледот и лекувањето пропишано од надлежен лекар согласно медицината базирана на докази биле, односно се оправдани и соодветни на здравствената состојба на осигуреникот.
- 33) „**Здравствени услуги**“ се стручно доктринирано признати медицински услуги во Република Северна Македонија и се изведуваат кај даватели на здравствени услуги.
- 34) „**Новонастаната болест**“ е болест, состојба или повреда која настапува по склучување на осигурувањето, односно при склучување на осигурувањето болеста не е дијагностицирана и/или лекувана и осигуреникот немал сознание за истата бидејќи немал здравствени тешкотии, знаци и симптоми на болест.
- 35) „**Упат**“ е образец на задолжителното здравствено осигурување со кој избраниот лекар, лекарот замена на избраниот лекар на осигуреникот или специјалистот/супспецијалист, го упатува осигуреникот по нивоа и видови на здравствени услуги до установите кои имаат договор со Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија (во понатамошниот текст: ФЗОМ), додека за установите кои немаат договор

- со ФЗОМ тоа е нивен интересен документ со кој се потврдува потребата од здравствена услуга која е дел од овој договор (упат за лабораторија, упат за рентген и сл.).
- 36) **„Операции“** - Операција е стручно-медицинска доктринарна услуга што е призната во РСМакедонија како територија каде Осигурувачот обезбедува покритие, и се изведува кај давателот на здравствени услуги, односно во здравствена установа (ПЗУ и ЈЗУ), согласно условите на операции дефинирани во член 9, став 27.
- 37) **„Штета“** - вкупните трошоци за здравствени услуги покриени со договорот за осигурување, за лекување на една повреда или болест.
- 38) **„Трошоци за лекување“** се сите вообичаени трошоци настанати во однос на лекување на акутна болест согласно со стручни упатства за медицина заснована на докази;
- 39) **„Вообичаени трошоци“** просечен износ на трошоци што се наплатува за здравствени услуги во согласност со цените утврдени во ценовникот на давателот на услугата.
- 40) **„Итен случај“** се подразбираат случаите кога непреземањето на лекарски третман за кусо време би предизвикало непоправливо и тешко нарушување на здравјето на осигуреникот или негова смрт.
- 41) **“Други даватели на здравствени услуги”** - останати правни или физички лица кои извршуваат работи од здравствената дејност, односно обезбедуваат медицинско - технички помагала а кои имаат добиено дозвола од надлежен орган за вршење на тие работи, во склад со законот.
- 42) **“Физикална терапија”** - Физикална терапија согласно медицинска индикација и препорачана од лекар, исклучиво медицински оправдан третман на повреда или болест и доколку се применува болничко или вонболничко (амбулантно) подразбира тераписки третман од областа на физикалната медицина кое се пружи од страна на квалификувани терапевти. Само во случај кога осигуреното лице е неподвижно, физикалната терапија може да се спроведе и во домашни услови, но со претходно задолжително одобрение од страна на лекар цензор – осигурувачот. За користење на физикална терапија осигуреното лице има право, во текот на една осигурителна година, на надомест на трошоци до лимит за физикална терапија дефиниран во листата на покритие.
- 43) **“Психијатриски услуги”** - услуги поврзани со менталното здравје на осигуреното лице и тоа во случај на физичко малтретирање, силување, смрт на близок член од семејство, дијагностицирање на малигно заболување. Во делот на физичко малтретирање и силување, настаните треба да бидат пријавени пред надлежен државен орган и за истите е покрената соодветна постапка. Под близок член на семејство согласно овие услови се подразбира родител, брачен/вонбрачен партнер, дете.
- 44) **“Гинеколошки пакет услуги”** – со пакетот за гинеколошки пакет услуги влегуваат: ПАП, брис, ехо преглед, колпоскопија.
- 45) **“Офталмолошки пакет услуги”** - со пакетот за офталмолошки услуги се опфатени специјалистички офталмолошки преглед (еден на годишно ниво) само при прво контатирање на диоптрија, дополнително, една услуга за набавка на рамки за очила, унифокално, бифокално, трифокално стакло или контактни леќи, само при првично

констатирање на диоптрија (не се однесува на претходни состојби на окото, промена на диоптрија и сл.). Не се покриени трошоци за радијална кератомија, третман на катаракта или било која друга хируршка процедура, ласерски третман за подобрување на видот, офталмолошки операции за кои ФЗОМ има склучено договор со приватните болници, како и за набавка на очила за сонце.

- 46) ”Стоматолошки услуги”** - итни неодложни интервенции по акутна болка кои имаат за цел да отстранат болка и лекуваат заб. Исклучени обврски на осигурувачот се: изработка на вештачки заби, навлаки, мостови, протетика, како и белеење на заби, чистење на забен камен и болести на непца.
- 47) ”Превентивен преглед”** – Вклучен е еден превентивен преглед по избор на осигуреникот (специјалистички преглед, лабораторија, друга дијагностичка постапка или др.), кој се однесува на самоиницијативно следење на здравствената состојба или симптоматологија, скрининг преглед или скрининг дијагностика, контролен преглед без претходен упат или препорака од овластен лекар, редовен рутински преглед кој се препорачува да се изведува на одреден период и сл.
- 48) ”Контролен преглед”** – вклучен е еден контролен преглед исклучиво ако е дел од лекување и по наод односно по препорака на лекар специјалист, односно се исклучува обврската на Осигурувачот доколку контролниот преглед е направен при самоиницијативно иследување. Покривање на трошоци за препорачани контролни прегледи поврзани само со новоконстатирани болести и нивно следење и тоа само во случај по завршена хируршка интервенција во болничко лекување која е претходно исплатена од страна на Осигурувачот.
- 49) ”Второ мислење”** - кога осигуреникот за една дијагноза ќе консултира повеќе овластени лекари, што би значело повторување на постапката за лекување остварена кај првиот овластен лекар за која осигуреникот го остварил правото од осигурување. Осигуреникот го следува само еден преглед во времетраење на полисата при второ мислење и тоа исклучиво само при дијагностика на малигно заболување.
- 50) ”Малигно заболување”** - група заболувања со неконтролиран раст на ткивото кое може да продре во околните ткива, односно органи, или да се дисеминира, метастазира, по крвен и лимфен пат во оддалечени ткива и органи;
- 51) ”Медицински помага и импланти”** - Се надоместуваат трошоци за медицински помага и импланти кои се пропишани од лекар, само доколку се составен дел на хируршкиот зафат во дневна болница и во болничко лекување.
- 52) ”Санитетско возило “** - само во итни медицински случаи и под услови превозот до здравствената установа на осигуреникот да го одредил овластениот лекар, без обврска на осигурувачот да го организира превозот. Транспортот важи само за територија на РСМакедонија.
- 53) ”Подлимит”** - максимален износ на покритие во рамки на одреден лимит, кој претставува обврска на осигурувачот по поединечен основан медицински третман во рамките на договореното осигурително покритие за секое осигурено лице во текот на осигурителната година, кој е наведен во полисата, односно договорот за осигурување.



54) „Општи услови (Услови)“ се овие Општи услови за доброволно здравствено осигурување.

III. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Способност за осигурување

Член 3

- (1) Осигуреник во доброволно здравствено осигурување по овие услови може да биде здраво лице, кое има престој во Република Северна Македонија, кое има утврден статус на осигурено лице (осигуреник или член на семејство на осигуреник) на ФЗОМ.
- (2) Исклучок од став (1) на овој член се лицата ослободени од партиципација со посебни програми во случај на пристап во осигурување за дополнително здравствено осигурување.
- (3) Осигурениците од став (1) на овој член, со губење на својството на осигуреници во системот на задолжителното здравствено осигурување, го губат и својството на осигуреници во доброволното здравствено осигурување.
- (4) Исклучок од ставот (3) на овој член се осигурениците во доброволното здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници во системот на задолжителното здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со или без прекин, во текот на календарската година.
- (5) Дете може да се осигура само доколку е склучен договор за доброволно здравствено осигурување со осигуреникот кон кој детето е член во задолжителното здравствено осигурување.
- (6) Здрави лица можат да се осигураат од раѓање до 65 годишна возраст, врз основа на понудата, прашалник за здравствената состојба, медицинската документација и/или здравствен преглед според барањето на Осигурувачот, освен ако не е поинаку договорено со полисата за осигурување. Лица на возраст од над 66 може да бидат осигурани со доплатак на премија или посебно договарање.
- (7) Условно здрави лица и лица со нарушено здравје можат да се осигураат со навршена 1 до 60 годишна возраст, врз основа на понудата, прашалник за здравствената состојба, медицинската документација и/или здравствен преглед според барањето на Осигурувачот, во согласност со процената на здравствената состојба и процената на зголемениот ризик.
- (8) Лица со одземена деловна способност и со ментална болест не можат да се осигураат согласно овие Услови.



Склучување на договор за осигурување

Член 4

- (1) Договор за осигурување може да се склучи врз основа на писмена понуда.
- (2) Договорот за осигурување е склучен кога Договорачот и Осигурувачот ќе ја потпишат полисата за осигурување.
- (3) Врз основа на склучениот договор и платената премија за истиот, Осигурувачот издава потврда (легитимација) за дополнително и/или приватно здравствено осигурување, со која осигуреникот го докажува својот статус на осигуреник кон давателите на здравствени услуги.
- (4) Кога договорот за доброволно здравствено осигурување го склучува работодавач за своите вработени и членовите на нивните семејства, здружение за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена групана луѓе, понудата треба да содржи и изјава за согласност за дополнително и/или приватно доброволно здравствено осигурување за секое лице поединечно.
- (5) Кај лица со нарушено здравје и кај лица со зголемен ризик од болест, Осигурувачот може да определи дека не прифаќа обврска за осигурување за одредена болест, врз основа на што ќе ја одбие понудата за склучување на договор или ќе ја исклучи конкретната болест од осигурените ризици.
- (6) Се смета дека понудувачот се откажал од склучување договор ако на изменетите услови не се согласил во рок од 8 дена од приемот на известувањето од Осигурувачот, односно 30 дена во случај на потреба од лекарски преглед.

Форма на договорот за осигурување

Член 5

- (1) Договорот за осигурување и сите додатоци на договорот важат само ако се склучени во писмена форма.
- (2) Сите побарувања и изјави се благовремени ако се поднесени во рокот предвиден со овие Услови.

Предмет на осигурување

Член 6

- (1) Предмет на осигурување при склучување на договор за приватното здравствено осигурување е надомест на трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, како:



- Повисок стандард на здравствени услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување над стандардите пропишани со подзаконски акт на Министерот за здравство согласно со ЗЗО, користени во мрежата на здравствени установи;
- Здравствени услуги користени во дополнителната дејност во здравствена установа од мрежата на здравствени установи во која што се врши специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност, во согласност со прописите за здравствена заштита;
- Здравствени услуги од специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита користени во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи.

Обем на осигурително покритие при дополнително здравствено осигурување

Член 7

- (1) Осигурувањето ги покрива трошоците за извршени здравствени услуги како резултат на новонастаната болест, состојба или повреда, врз основа на медицински основана индикација (намалени за договорената франшиза) најмногу до висината на осигурената сума за вонболничко и болничко специјалистичко лекување.
Предмет на покритие се трошоците настанати кај давателите на здравствени услуги согласно договореното осигурително покритието во делот на: вонболничко и болничко специјалистичко лекување, соодветна дијагностичка постапка, издавање на лекови во аптека, физикална терапија и тоа најмногу до висина на максималните износи на лимитот односно подлимитите, наведени во полисата односно договорот за осигурување.
- (2) За медицински основана индикација се смета кога користењето на здравствени услуги е оправдано бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина ги препишал овластен лекар од соодветната област, односно се соодветни согласно здравствената состојба на осигуреникот.
- (3) Видот на здравствените услуги од став 1 и 2 од овој член, како и обемот на осигурителното покритие за секој од нив се определени со општите услови за приватно здравствено осигурување и со договорот за осигурување.

Видови на осигурително покритие за приватно здравствено осигурување

Член 8

- (1) Осигурувачот ќе организира и ќе ги спроведува следните видови на доброволно здравствено осигурување:

- Дополнително здравствено осигурување со кое се покриваат трошоците на здравствените услуги, лекови, медицински помагала, импланти, односно парични надомести на име учество со лични средства при користење на здравствените услуги од задолжителното здравствено осигурување согласно Законот, односно за разликата над износот опфатен со правата од задолжителното здравствено осигурување за услуги во и надвор од Република Северна Македонија, за земји кои имаат склучено договор за соработка со Фондот за здравствено осигурување во РСМ;
- Приватно здравствено осигурување е осигурување на лица кои се опфатени со системот на задолжителното здравствено осигурување, за покривање на трошоци за вид, содржина, обем и права кои се договараат со друштвото односно се вклучени во полисата за осигурување и за нив важат посебните услови за осигурување со кои осигуреникот остварува право на поголем содржај, обем и стандард на здравствени услуги наспроти оние што се опфатени со задолженото здравствено осигурување.

Лимити на осигурување

Член 9

- (1) Во полисата за осигурување е определена годишна сума на осигурување како годишен агрегат и утврдени лимити и подлимити по групи на ризици. По искористувањето на годишниот агрегат утврден во полисата за одреден осигурен ризик, осигуреникот нема право на надомест на штета по истиот.
- (2) Во полисата за осигурување е определена годишна сума на осигурување како годишен агрегат и утврдени лимити и подлимити по групи на ризици. По искористувањето на годишниот агрегат утврден во полисата за одреден осигурен ризик, осигуреникот нема право на надомест на штета по истиот.
- (3) Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршени специјалистичко консултативни прегледи и постапки, заради дијагностицирање и лекување на болест, состојба или повреда, а врз основа на аргументирана медицинска индикација и причина за лекување или третман, намалени за износот на договорената франшиза, односно најмногу до висината на осигурената сума за специјалистичко амбулантски услуги намалена за износот на договорената франшиза.
- (4) Во една осигурителна година, се покриени трошоци за здравствени услуги кои опфаќаат специјалистички лекувања со вклучени специјалистички прегледи и соодветни едноставни дијагностички анализи и/или амбулантски зафати и комплексни дијагностички постапки, физикална терапија, стоматолошки, психијатриски и гинеколошки пакет услуги, како што е дефинирано во полисата за осигурување.
- (5) Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за пропишани рецепти на розов рецепт, пропишани од лекар специјалист/супспецијалист во склоп на лекување кое е предмет на договорот за осигурување, кои на ниво на лек, по единечна



вредност го надминуваат утврдениот минимален износ (над 300 МКД) кој е определен со договорот на осигурувањето, намалени за франшизата, односно најмногу до висина на сумата за осигурување за лекови намалена за износот на договорената франшиза.

- (6) Лимитот од трошоците за лекови на розов рецепт претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко - консултативното лекување.
- (7) Лимитот за гинеколошки пакет услуги претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (8) Лимитот за стоматолошки услуги претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (9) Лимитот за физикална терапија претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (10) Лимитот за контролен преглед претставува подлимит на максималната сума на осигурување на болничко лекување, и тоа само еден преглед на годишно ниво по завршено лекување и тоа само во случај по завршена хируршка интервенција во болничко лекување која е претходно исплатена од страна на Осигурувачот.
- (11) Лимитот за офталмолошки пакет услуги претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (12) Лимитот за психијатриски услуги претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (13) Лимитот за санитарно возило претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (14) Лимитот за медицински помага и импланти претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (15) Лимитот за превентивни прегледи претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување.
- (16) Лимитот за малигни заболувања претставува подлимит на максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување и подлимит на максималната сума на осигурување на болничко лекување (само операции).
- (17) Лимитот за дневна болница, дневна хирургија и хоспитализација во болница без оперативен зафат претставува подлимит од максималната сума на осигурување за болничко лекување.
- (18) Лимитот за состојби на бременост и породување претставува подлимит од максималната сума на осигурување за болничко лекување.
- (19) Лимитот за грип и акутни инфекции на горни дишни патишта и Цревни инфекциски болести и зоонози претставува максималната сума на осигурување за специјалистичко-консултативно лекување и болничко лекување, намалена за износот на договорената франшиза.
- (20) Осигурувачот во целост ги надоместува трошоците на осигуреникот настанати во случај на дневна болница, хируршки зафати во дневна болница, болничко лекување со хоспитализација и болничко лекување со операции и хоспитализација согласно член 9, став 27, а врз основа на аргументирана медицинска индикација и соодветна причина за



лекување или третман, намалени за франшиза, односно најмногу до висина на сумата за осигурување за основно болничко лекување намалена за износот на договорената франшиза. Во една осигурителна година се покриени трошоци за хируршки зафати во дневна болница, болничко лекување со операции согласно член 9, став 27 и болничко лекување со хоспитализација без хируршки зафат, како што е дефинирано во полисата за осигурување.

- (21) Лимитот од специјалистичко - консултативно, односно амбулантско лекување претставува подлимит на максималната сума на осигурување за болничко лекување, за услуги кои се извршени во болничко лекување, а се дел од услугите опфатени со специјалистичко - консултативно лекување.
- (22) Осигурувачот во целост ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршена операција според член 9, став 27 која е составен дел на овие услови врз основа на аргументирана медицинска индикација и причина за лекување, намалени за франшизата, но најмногу до висината на осигурена сума за операции намалена за износот на договорената франшиза, доколку е опфатено осигурување на операции со договорот за осигурување.
- (23) Под операција во смисла на овие Услови се подразбира секоја операција опфатена во член 9, став 27 која е составен дел од општите услови, и која е призната од Осигурувачот.
- (24) Кога новонастанатата болест медицински ќе се одреди како хронична болест, осигурувачот во врска со таа болест, состојба, односно повреда покрива трошоци до висина на утврдениот подлимит за истата. Овој подлимит во целост важи заедно со останатите подлимити за одделни секции од покритието и не претставува дополнителна сума на осигурување. За хронична болест, состојба или повреда не се смета болест, состојба или повреда која сеуште е во фаза на дијагностицирање. Осигурувањето ги покрива трошоците за здравствени услуги и лекови кои настануваат во осигурителната година најмногу до висина на годишната сума на осигурување. Не е можно пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година.
- (25) Новонастанатите хронични состојби, односно хроничните состојби кои што за првпат ќе се дијагностицираат кај осигуреникот во рамките на покритието, се третираат на следниот начин: комплетната дијагностика се до моментот на официјално дијагностицирање на состојбата како хронична користи од лимитот на специјалистичко лекување вонболничко и болничко; доколку за истата состојба има потреба од оперативен зафат користи од лимитот за операции. По официјално дијагностицирање на состојбата како хронична, при потреба за лекување поради постоење на причина за лекување, односно во случај на настанување на промени на хроничната состојба, како и други заболувања кои ќе се јават како последица на хроничната состојба, дури тогаш почнува да важи подлимитот за хронични состојби во корелација со сите лимити/подлимити составен дел од полисата за осигурување, без вклучено покритие за редовни контроли и лекарства.
- (26) Состојби на бременост и породување - Основното осигурително покритие опфаќа и состојби на бременост и породување (по природен пат или со царски рез) како

последица од вонболничко и болничко лекување максимум до лимитот утврден со покритието, а во рамките на осигурената сума. Обврската на Осигурувачот започнува по истек на периодот на чекање од десет (10) месеци освен ако не е поинаку договорено. Осигурувачот нема никаква одговорност ако бременоста започнала пред почеток на осигурување. Каренца не се применува во случај кога осигуреното лице имало договорено покритие за состојби на бременост и породување со претходната полиса за осигурување со истиот Осигурувач и ако немало прекин во осигурување. До наведениот максимален осигуран износ, вклучени се услуги за следење на бременоста, со исклучок на услуги поврзани со генетски испитувања. Опфатени се и трошоци при спонтан абортус. Осигурителното покритие опфаќа состојби на бременост и породување (по природен пат или со царски рез) и во ЈЗУ (Јавни здравствени установи) каде на осигуреното лице му се исплаќа еднократен надомест. Висината на еднократниот надомест е дефинирана во понудата и полисата.

При вклучување на состојби на бременост и породување во полисата - договорот за осигурување, услов е да се осигураат два осигуреници (кои се близок член на семејство), односно да се направат два договори за доброволно приватно здравствено осигурување и тоа со избор на ист пакет. Овај услов е исклучок за осигуреници при пораѓај во ЈЗУ.

- (27) **Операции** - Операција е стручно-медицинска доктринарна услуга што е призната во РСМакедонија како територија каде Осигурувачот обезбедува покритие, и се изведува кај давателот на здравствени услуги, односно во здравствена установа (ПЗУ и ЈЗУ). Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршена операција од член 9, став 27 заради лекување на болест, состојба или повреда, а врз основа на аргументирана медицинска индикација (намалени за договорената франшиза), најмногу до висината на осигурената сума за операции, односно до наведениот осигуран износ во понудата и полисата при изведување на операцијата во ПЗУ, и до наведениот осигуран износ во понудата и полисата при изведување на операцијата во ЈЗУ (операции исклучиво направени при дополнителна дејност).

Медицински аргументирана индикација според овие услови значи дека операцијата е оправдана бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина, истата ја пропишал надлежниот лекар и е соодветна за здравствената состојба на осигуреникот, и истата има за цел лекување, подобрување односно спречување на влошување на здравјето на осигуреникот. Осигуреникот ги остварува правата од осигурување врз основа на аргументирана медицинска индикација која произлегува од отпусната листа на изведувачот, од наодот на лекарот-специјалист и од друга соодветна здравствена документација.

Доколку Осигурувачот ги надоместува трошоците во случај на операција извршена по основ на индикација (медицински оправдан третман) кај давател на здравствени услуги со претходно доставена и комплетиранта медицинска документација од страна на Осигуреникот, исплатата на надомест се извршува во рок од 14 дена. 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). Пред изведување на операцијата и тоа со барање за претходна согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување со извршена операција, во кој случај осигуреникот задолжително треба однапред да ја најави операцијата кај осигурувачот со доставување на целокупната потребна документација и тоа:

- а) Примерок од специјалистичкиот извештај (наод) каде јасно е наведена препорака за вршење на операција.
- б) Примероци од здравствената документација од која се гледа аргументирана медицинска индикација за најавената операција.
- в) По потреба и останата медицинска документација на барање од страна на Осигурувачот.
- г) Осигурувачот го известува осигуреникот за претходната согласност.
- д) 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.

Осигуреникот е должен по изведување на операцијата да ја достави здравствената документација до осигурувачот.

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

- а) Пластична и реконструктивна хирургија
- б) Офталмолошки интервенции кои имаат за цел подобрување/корекција на видот (рефракциски аномалии на око) и катаракта;
- в) Стоматолошки интервенции, освен кога е последица на несреќен случај-незгода;
- г) Неврохирургија

Исклучени ризици од осигурување

Член 10

(1) Осигурувачот нема обврска за покривање на трошоци за:

- 1) во врска со претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето истите му биле пријавени на осигурувачот и осигурувачот ги прифатил;
- 2) хронични болести и состојби, освен трошоците до дијагностицирање на истите кои за прв пат се манифестирале за времетраење на осигурувањето или се последици на незгода.



- 3) во врска со болест, состојба односно повреда која во договорот за осигурување(полисата) е наведена меѓу исклучените обврски и/или непокриени ризици на осигурувачот;
 - 4) заради лекувања кои не се медицински индицирани;
 - 5) редовни, рутински прегледи (ПАП тест, ехо на дојки, ехо на репродуктивни органи (машки и женски), мамографија, редовни контролни прегледи за следење на растот и развојот на новороденчиња и доенчиња , интернистички прегледи и други редовни, рутински скрининг прегледи), освен доколку е поинаку договорено во полисата.
 - 6) прегледи поради функционални и физиолошки промени за кои не е потребен медицински третман (фоликуларни цисти и друго),
 - 7) последица на медицинска или лекарска грешка;
 - 8) итен случај, освен ако поинаку не е договорено.
 - 9) за подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот;
 - 10) за извршени здравствени услуги кои не се претходно најавени кај осигурувачот, освен во итен случај, кога здравствената услуга треба да се пријави кај осигурувачот во рок од 48 часа
 - 11) алтернативен, комплементарен или експериментален третман;
 - 12) второ мислење (освен при дијагностика на малигно заболување);
 - 13) набавка на ортопедски помагала, слушни помагала, перики или уметоци за коси, протези, медицински помагала или корективни апарати забнотехнички и забнопротетички средства и други помагала предвидени со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала на ФЗОМ;
 - 14) превоз на служби за спасување, итна медицинска помош, превентивна и здравствена нега, освен ако поинаку не е договорено;
 - 15) дијализа;
 - 16) превентивна нега, освен ако истата не е вклучена со договорот;
 - 17) вакцинација/имунизација;
 - 18) генетски испитувања;
 - 19) испитувања и иследувања на алергии
 - 20) придружба на осигуреникот, патни трошоци, трошоци за сместување и исхрана, како и трошоци за комуникациски услуги;
 - 21) преглед кај општ лекар, лекар специјалист и/или педијатар кој што би требало да се изврши на примарно ниво . Исклучок кај преглед кај педијатар ако е поинаку договорено во самата понуда и полиса.
 - 22) лабораториски анализи и останати дијагностички постапки и испитувања проследени без претходен упат од лекар/лекар специјалист.
- (2) Осигурувачот нема обврски во случај на дијагностика и лекување во врска со:
- 1) трансплантации и ако осигуреникот е дарител на орган,
 - 2) секвели, повреди и компликации кои се настанати надвор од периодот и опсегот на осигурувањето, како и отстранување на внатрешниот остеосинтетски материјал кој не е вграден за време и не е дел од опсегот на осигурувањето;



- 3) операции и интервентни процедури за кои ФЗОМ има склучено договор за болничко лекување со приватни здравствени установи (кардиохируршки операции, васкуларни операции на големи крвни садови и периферни артерии, кардиолошки интервентни процедури, офталмолошки операции);
- 4) вродени аномалии;
- 5) професионални болести, согласно Правилникот за листа на професионални болести во Република Северна Македонија, согласно законот за пензиското и инвалидското осигурување на РСМ.
- 6) Алцхајмерова болест, мускулна дистрофија, Паркинсова болест, заболување на моторни неурони, мултипла склероза, парализа, епилепсија, деменција;
- 7) неврологија
- 8) психијатриски болести, општи психички проблеми, душевни нарушувања, нарушувања во исхрана и последици на акутна стресна реакција;
- 9) синдром на стекната имунска инсуфициенција, инфекција со ХИВ, и сите болести поврзани со вирусот ХИВ, како и полово преносливи болести;
- 10) туберкулоза;
- 11) рефракциски аномалии на окото (кратковидост, далековидост, астагматизам), освен доколку е поинаку договорено во полисата.
- 12) козметички и естетски причини, естетска хирургија, отстранување сало или друг вишок на телесно ткиво и какви било последици од ваков медицински третман, губење тежина или проблеми со тежина поради нарушувања во исхраната, без оглед дали е изведено со психолошка цел;
- 13) Хемофилија;
- 14) Хепатит тип Б и Ц;
- 15) Цироза на црн дроб;
- 16) неонатолошки и перинатолошки состојби;
- 17) Кронова болест и улцерозен колитис;
- 18) цистична фиброза;
- 19) протетика
- 20) прекумерно уживање во алкохол, прекумерно користење на лекови и користење на психоактивни супстанции, како и состојби и болести кои се последица на истото;
- 21) промена на пол;
- 22) операции и процедури за третман на прекумерна тежина;
- 23) Артритис, гихт, ревматизам и 'рбетни нарушувања;
- 24) Вештачко оплодување, постапки за вон телесно оплодување (ин витро)
- 25) заболувања за кои има задолжителна вакцинација според Програма за задолжителна имунизација на населението во РСМакедонија;
- 26) акни, булозни заболувања на кожата, псоријаза, системски еритематозен лупус, системска склероза;
- 27) пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, говорот и комуникацијата, нарушување на вниманието со хиперактивност и слично);



- 28) палијативна нега и лекување;
- 29) лекување и третман на машки и женски стерилитет
- 30) трошоци за абортус без медицинска индикација
- (3) Осигурувањето не ги покрива трошоците за лекови:
 - 1) кои се издаваат без рецепт;
 - 2) препишани на рецепт со превентивна цел;
 - 3) за лекување на ерекtilна дисфункција, лекови за намалување на прекумерна тежина, лекови за отстранување на андрогена алопеција, како и контрацептива, освен кај хормонално лекување;
 - 4) кои се препишани заради диететско, дезинфекциско, негувателско и козметичко дејство;
 - 5) лекови со рецепт како што се витамини, лековити билки, лекови во екпериментална и истражувачка фаза, лековита и минерална вода, медицинско вино, додатни препарати во исхрана, средства за зајакнување на имунитет, средства за закрепнување и сл.
 - 6) козметички средства и средства за лична нега;
 - 7) биолошки лекови;
 - 8) нерегистрирани лекови и препарати.
- (4) Исклучени се обврските на Осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло поради следново или е поврзано со:
 - 1) земјотрес;
 - 2) поради настан кој директно се припишува на војна, инвазија, чин на надворешен непријател, воени движења или операции (без оглед далие објавена војната или не), граѓанска војна, востание, буна или револуција, протести, манифестации и демонстрации, вооружени дејствија и судири, нарушена безбедносна состојба, нарушена јавна безбедност;
 - 3) тероризам, вандализам, конфликт, дејство, кое вклучува, но не е ограничено на употреба на сила или насилство и/или закана со нив од страна на било кое лице или група на лица, без оглед дали дејствуваат самостојно или во име на или во врска со било која организација или влада обврзани за политички, религиозни, идеолошки или етнички цели или причини, вклучувајќи и намера да се влијае на било која влада или да се исплаши јавноста или дел од неа, без оглед дали несреќниот случај бил директно или индиректно предизвикан од било кое од погоренаведените дејства;
 - 4) поради обид или извршување на самоубиство на осигуреникот од кои било причини;
 - 5) поради самонанесени повреди или повреди од непотребно изложување на опасност, освен при обид за спасување на човечки живот;
 - 6) подготвување, обид или извршување кривично или прекршочно дело, како и за бегство после такво дело;
 - 7) физичка пресметка, освен во случај на службено докажана самоодбрана што осигуреникот сам ја докажува;
 - 8) екстремни спортови, како и професионални спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување;.



- 9) управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола.
- 10) злонамерни или измамнички постапки на осигуреникот или последици од нив.
- 11) болести од епидемски или пандемски размери, загадена средина, радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија, како и природни катастрофи;
- 12) под дејство на наркотични средства или алкохолизирана состојба на осигуреникот.
Се смета дека осигуреникот е во алкохолизирана состојба ако се утврди присуство на алкохол во организмот повеќе од 10,8 мил. мола (0,50%) кај возач, кај останатите осигуреници повеќе од 21,6 мил. мола (1,00%) и повеќе од 0% кај професионален возач на моторно возило или друго превозно средство (копнено, воздушно или превозно средство наменето за превоз на вода), возач почетник и постар малолетник и возач на возило со кое се врши јавен превоз.
Во случај осигуреникот да одбие или избегне можност за утврдување на алкохолизирана состојба, исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на штета.

Исклучување на обврските на Осигурувачот

Член 11

- (1) Договорот за осигурување е ништовен, ако во моментот на неговото склучување веќе настанал осигурениот случај, или бил во настанување или пак било извесно дека ќе настапи, и уплатената премија се враќа на договарачот намалена за трошоците на Осигурувачот.
- (2) Осигурувачот нема обврска за надомест на штета ако се утврди дека постои обид за измама или заблуда на Осигурувачот од страна на осигуреникот, односно корисникот на осигурување, при склучување на договорот за осигурување и/или при барање на надомест на штета и/или при докажување на осигурениот случај и/или при процена на штетата.
- (3) Обврските на Осигурувачот исто така се исклучени во случаите на:
 - неодговорно однесување, односно недостиг на правилно однесување на осигуреникот во случај да не се придржува на упатствата на лекарот кој го лекува;
 - давање на невистинити податоци, премолчување, измама, обид за измама, фалсификат или злоупотреба од страна на Договарачот, односно осигуреникот.
- (4) Осигурувачот нема обврска за покривање на трошоци за:
 - медицинска документација, вклучувајќи ги преводите како и копиите на истата документација кои осигуреникот е должен да ги поднесе како доказ за настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и
 - трошоците за правно односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај.



- (5) Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

Пријава на околности значајни за оцена на ризикот

Член 12

- (1) Договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, е должен при склучувањето на договорот да му ги пријави на Осигурувачот сите суштествени околности што се од значење за оцена на ризикот, а што му се познати или не можеле да му останат непознати. Суштествени се сите околности за кои Осигурувачот поставил прашање или дополнително побарал податоци.
- (2) Ако Договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, намерно доставил неточна пријава или намерно премолчил некоја околност од таква природа што Осигурувачот не би склучил договор ако знаел за вистинската состојба, Осигурувачот може да бара поништување на договорот.
- (3) Во случај на поништување на договорот од причините наведени во став (2) на овој член, Осигурувачот ги задржува наплатените премии и има право да бара исплата на премијата за периодот покриен со осигурувањето до моментот на поништување на договорот.
- (4) Правото на Осигурувачот да бара поништување на договорот за осигурување престанува ако тој во рок од три месеци, од денот на дознавањето на неточноста на пријавата или премолчувањето, не му изјави на Договарачот на осигурувањето дека има намера да го користи тоа право.
- (5) Ако Договарачот на осигурувањето доставил неточна пријава, или пропуштил да го даде должното известување, а тоа не го сторил намерно, Осигурувачот може, по свој избор, во рок од еден месец од дознавањето за неточноста или нецелосноста на пријавата, да изјави дека го раскинува договорот или да предложи промена на договорот соодветно изложеноста на зголемениот ризик.
- (6) Договорот во тој случај престанува по истекот на 14 дена од кога Осигурувачот својата изјава за раскинување му ја соопштил на Договарачот на осигурувањето, а во случај на предлог од Осигурувачот за промена на договорот, раскинувањето настапува според самиот закон ако Договарачот на осигурувањето не го прифати предлогот во рок од 14 дена од кога го примил.
- (7) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена намерна или ненамерна неточност или нецелосност на доставената пријавата или по тоа, но пред поништувањето на договорот, Осигурувачот нема обврска да исплати надомест.
- (8) Доколку осигуреникот боледува од тешка болест, истиот треба писмено да го извести Осигурувачот и да достави медицинска документација со што ќе му овозможи на Осигурувачот да изврши процена на ризикот при прием во осигурување. Во негово име



истото може да го направи и Договорачот на осигурување и/или корисникот на осигурувањето. Исклучена е обврската за надомест на Осигурувачот, доколку осигуреникот, Договорачот или корисникот на осигурувањето не постапи согласно овој став.

- (9) Договорачот, односно осигуреникот е должен да ја пријави промената на професијата.
- (10) Ако промената на професијата влијае врз големината на ризикот, Осигурувачот во случај на зголемена опасност ќе предложи зголемена премија, а во случај на намалена опасност намалување на премијата. Вака определената премија важи од денот на настанатата промена на професијата.
- (11) Доколку Договорачот на осигурувањето не ја прифати промената на професијата, ниту ја прифати зголемената, односно намалената премија во рок од 14 дена, а настапи осигурен случај, износот на штетата ќе се намали или зголеми соодветно за разликата помеѓу платената премија и премијата што требало да се плати.

Начин на остварување на правата од осигурување

Член 13

- (1) Осигуреникот ги добива здравствените услуги кај давателот на здравствени услуги и договорените здравствени установи, а лековите во аптека.
- (2) Осигуреникот го остварува правото од осигурување врз основа на основана медицинска документација која произлегува од:
- 1) за специјалистичко лекување од
 - наод (медицински извештај) од лекар специјалист/супспецијалист од Давателот на здравствени услуги.
 - 2) за комплексна дијагностичка постапка и хируршки зафат во дневна болница:
 - наод (медицински извештај) и препорака од лекар специјалист/супспецијалист од Давателот на здравствени услуги,
 - друга соодветна медицинска документација (резултати од лабораториска, радиолошка, ендоскопска и друга дијагностичка постапка).
- (3) Осигуреникот ги остварува правата од осигурувањето на операции член 9, став 27 кој е составен дел на овие услови, врз основа на аргументирана медицинска индикација и која произлегува од наодот на лекар специјалист и друга соодветна медицинска документација (резултати од лабораториска, радиолошка, ендоскопска и друга дијагностичка постапка).
- (4) Осигурениците ги користат здравствените услуги опишани во став 1 од член 8 директно во здравствени установи, доколку поинаку не е определено со посебни услови.
- (5) Трошоците од опишани здравствените услугите во став 1 од член 8, осигуреникот во целост ги подмирува во здравствената установа самостојно, а Осигурувачот врз основа на поднесено барање за поврат на трошоци и приложена соодветна и комплетна документација му ги надоместува трошоците опфатени со договорот за осигурување.



- (6) Во случај на потреба од користење на здравствени услуги опишани во став 2 од член 8, осигуреникот со соодветна медицинска документација го известува Осигурувачот и ја најавува потребната здравствена услуга. Доколку се исполнети сите услови согласно договорот за осигурување, Осигурувачот обезбедува информација за висината на покритието за бараната услуга од здравствената установа. Со обезбедена согласност од страна на Осигурувачот, осигурениците ги користат здравствените услуги со однапред договорен термин за здравствената услуга во договорена здравствена установа, доколку поинаку не е определено со посебни услови.
- (7) Трошоците за здравствени услуги опишани во став 2 од членот 8 осигуреникот ги подмирува во здравствената установа до договорениот износ за учество во настаната штета (франшиза), како и трошоците кои што произлегуваат од настанати компликации. Останатите трошоци ги подмирува Осигурувачот директно во здравствената установа, до утврдениот лимит согласно договорот за осигурување, а врз основа на претходно доставена медицинска документација и пресметка за плаќање во рок од 14 дена од комплетирање на документацијата, доколку поинаку не е определено со посебни услови. Во случај на настаната компликација, Осигурувачот врз основа на поднесено барање за поврат на трошоци и приложена соодветна и комплетна документација му ги надоместува на осигуреникот трошоците опфатени со договорот за осигурување.

Права и обврски на осигуреникот

Член 14

- (1) Осигуреникот е должен да ги почитува инструкциите за изведување на лекувањето кое му го препорачал давателот на здравствени услуги и да ја приложи медицинската документација согласно истите упати.
- (2) Осигуреникот на сопствен трошок ги прибира и му ги доставува на Осигурувачот сите информации и целокупната документација за лекувањето, како и останата документација на барање на Осигурувачот, доколку Осигурувачот смета дека тоа е потребно.
- (3) Осигуреникот има право на надомест на трошоците за здравствени услуги покриени со договорот за осигурување.
- (4) Ако користи договорена здравствена услуга од приватното здравствено осигурување, должен е пред здравствената установа која ја дава здравствената услуга да се идентификува со документ за верификација на статусот осигуреник.
- (5) Осигуреникот за добиената услуга од здравствената установа добива лекарски извештај со спецификација на дадени услуги. Лекарскиот извештај треба да содржи ден и час на пружање на услугите, како и мислење за здравствената состојба на осигуреникот, како и препорачани дијагностичко превентивни мерки.
- (6) Осигуреникот, односно Договорарот на осигурувањето, има обврска, на барање на Осигурувачот, да му ги достави сите дополнителни објаснувања и документи.



Премија за осигурување, плаќање на премија и последици поради неплаќање

Член 15

- (1) Премијата за осигурување се утврдува за секоја осигурителна година, а зависи од договорената осигурена сума, пристапната возраст на осигуреникот, видот на покритието и здравствената состојба на осигуреникот.
- (2) Висината на премијата за дополнителното здравствено осигурување може да се промени во текот на една осигурителна година доколку дојде до промена на законските прописи од здравственото осигурување и здравствената заштита кои се однесуваат на обемот и содржината на дополнителното здравствено осигурување, висината на партиципацијата или други елементи кои имаат значење за утврдување на висината на премијата.
- (3) Договорачот на осигурувањето односно осигуреникот е должен да ја плати премијата за секоја осигурителна година однапред, на денот на почеток на осигурителната година. По исклучок, плаќањето на премијата може да се договори на рати, при што првата рата се плаќа при потпишување на полисата за осигурување, а секоја идна рата од премијата се плаќа како што е договорено.
- (4) Осигурувачот може да го раскине договорот доколку осигуреникот нередовно ги плаќа ратите од премијата за осигурување.
- (5) Ако Договорачот на осигурувањето односно осигуреникот премијата што стасала по склучување на договорот не ја плати до стасаноста, ниту тоа го стори некое друго заинтересирано лице, договорот за осигурување престанува според самиот закон по истек на рокот од 30 дена од кога на Договорачот на осигурувањето му е врачено препорачано писмо од Осигурувачот со известување за стасаноста на премијата со тоа што тој рок не може да истече пред да поминат 30 дена од стасаноста на премијата.
- (6) Кога се засметуваат роковите за раскинување на договорот поради неплаќање на премија, се смета дека дека е договорено плаќање на премијата однапред, на денот на почеток на секоја осигурителна година.
- (7) Во секој случај договорот за осигурување престанува според самиот закон ако премијата не биде платена во рок од една година од стасаноста.
- (8) Осигурувачот има право на казнена камата за задоцнето плаќање на премијата за осигурување.
- (9) Во другите случаи на престанок на договорот за осигурување пред договорениот рок на Осигурувачот му припаѓа премијата само до завршетокот на денот до кој траело осигурувањето.



Барање за надомест на трошоци по настаната штета

Член 16

- (1) Барањето за поврат на трошоци за добиените здравствени услуги осигуреникот го поднесува во рок од триесет (30) дена од датумот на добиените здравствени услуги.
- (2) Кон барањето за поврат на трошоци, осигуреникот задолжително мора да ја приложи следната документација во оригинал:
 - 1) наодот (извештајот) од лекар специјалист/супспецијалист кај давателот на здравствена услуга;
 - 2) документ за прием во специјалистичко консултативна амбуланта;
 - 3) упатен образец (интерна упатница) за лабораториски, радиолошки, ендоскопски, патолошки и други дијагностички постапки побарани од лекарот специјалист/супспецијалист кај давателот на здравствена услуга;
 - 4) предоперативен и оперативен протокол (доколку е пружена таква здравствена услуга);
 - 5) температурна/тераписка листа (доколку се работи за хоспитализација);
 - 6) историја на болест;
 - 7) отпусно писмо;
 - 8) резултати од извршени дијагностички постапки (лабораторија, радиологија, ендоскопија, патологија и друго);
 - 9) наод за лекување и оригинална сметка од давателот на здравствени услуги со спецификација од добиените услуги;
 - 10) фискални сметки за извршените здравствени услуги и подигнатите лекови во аптека;
 - 11) документ за хоспитализација;
 - 12) при настаната компликација, потребно е да се достави копија од медицински документ во кој се наведени причините за настанување на компликацијата, како и преземените процедури и дадената терапија при лекувањето на компликацијата.
 - 13) при итен случај, документ во кој се наведени причините и критериумите за прием на осигуреникот како итен случај.
- (3) Осигуреникот на сопствен трошок ги прибира и му ги доставува на Осигурувачот сите информации и целокупната документација за лекувањето во оригинал, како и останата документација на барање на Осигурувачот, доколку Осигурувачот смета дека тоа е потребно.
- (4) Во случај на остварување на правото за поврат на трошоци, Осигурувачот во рок од 14 дена од комплетирањето на целокупната документација извршува поврат на истите, на сметка која осигуреникот ја навел во барањето за поврат на трошоци.



Обврски на Осигурувачот

Член 17

- (1) Осигурувачот е во обврска да ги надомести трошоците на осигуреникот за договорените здравствени услуги покриени со договорот за осигурување.
- (2) Осигурувачот ги покрива само трошоците кои настанале со остварување на правата на осигуреникот само во договорените здравствени установи, доколку со посебни услови не е поинаку определено.
- (3) Осигурувачот ги надоместува трошоци за здравствени услуги настанати кај давателот на здравствени услуги, кои не се поголеми од нивото на цената на слични институции во земјата во кои се врши медицинско лекување, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување, кумулативно до износот на договорената осигурена сума на ниво на една осигурителна година.

Ограничување на обврските на Осигурувачот

Член 18

- (1) За осигурувањето важи каренца од три (3) месеци од почетокот на осигурувањето, во случај на дијагностицирање, односно лекување на болест или состојба. За состојба на бременост и породување, се определува каренца од десет (10) месеци, доколку е ова покритие опфатено со договорот на осигурување.
- (2) Осигурувачот нема обрска да ги надомести трошоците за лекување настанати во првите три месеци од почетокот на осигурувањето, освен за осигурени случаи предизвикани од несреќен случај- незгода. Ова ограничување не се применува при обнова на осигурувањето.
- (3) Под незгода се подразбира секој ненадеен и независен настан од волјата на осигуреникот, кој дејствува однадвор и одеднаш на телото на осигуреникот, и има за последица негова смрт, нарушување на здравјето или привремена неспособност за работа, целосен или делумен инвалидитет за кое е потребна лекарска помош или болничко лекување.
- (4) При остварување на правото за надомест од осигурувањето, со договорот за осигурување се одредува учество во штета (франшиза) како процент од трошоците на здравствените услуги.
- (5) Кога новонастаната болест ќе се одреди како хронична болест, Осигурувачот по основ на истата нема повеќе обврска по договорот за осигурување, односно Осигурувачот ќе ги покрие трошоците кои произлегуваат од оваа утврдена хронична болест само до моментот на дијагностицирање на истата, освен доколку во склучениот договор на Договорувачот со Осигурувачот е поинаку наведено.



- (6) Осигурувањето ги покрива трошоците за здравствени услуги кои настануваат во осигурителна година најмногу до висина на годишната сума на осигурување за секој од ризиците од листата на покритие соодветно намалена за износот на договорената фрашиза
- (7) Не е можно пренесување на годишната сума за осигурување од претходната осигурителна година. Осигурувачот не е во обврска да ги надомести трошоците за извршени здравствени услуги, доколку осигуреникот користел здравствени услуги спротивно на одредбите од општите и посебните услови.
- (8) Осигурувачот ги надоместува вообичаените трошоци за одредена медицинска услуга и нема обврска за надомест на дополнителни трошоци кои ја надминуваат разумната и општа цена на конкретната услуга во однос на ценовниците на здравствените установи кои ја пружаат истата услуга.

Територијална важност осигурувањето

Член 19

Географското подрачје за покритие на трошоци за вонболничко или болничко лекување е на територија на Република Северна Македонија.

Почеток и траење на осигурувањето

Член 20

- (1) Осигурувањето започнува да трае во 24,00 часот во оној ден што е означен како почеток на осигурувањето, ако поинаку не е договорено и престанува во 24,00 часот во оној ден што во полисата е договорен како ден на престанување на осигурувањето.
- (2) Осигурувањето престанува за секој поодделен осигуреник во 24,00 часот, без оглед дали е и колку договореното траење, оној ден кога:
 - 1) ќе настапи смртта на осигуреникот;
 - 2) ќе заврши периодот за кој е склучено осигурувањето или ќе се искористи сумата на осигурувањето одредена во полисата која е во годишен агрегат
 - 3) Осигуреникот го изгубил својството на осигурено лице во системот на ФЗОМ
 - 4) ќе измине рокот за плаќање на премија предвиден во член 14, а премијата до тој рок нема да биде платена;
 - 5) во случај на колективно осигурување, кога престанал работниот однос на осигуреникот кај Договарачот на осигурување и
 - 6) други случаи предвидени согласно ЗОО.
- (3) Осигуреникот, односно договарачот на осигурување има право еднострано да го раскине договорот за осигурување, во кој случај на осигуреникот, односно на договарачот на осигурување не му следи поврат на платената премија за период до денот на раскинување



на договорот, а ако истиот не ја платил премијата до моментот на раскинување, има обврска да го доплати износот на премијата за период до раскинување на договорот.

Доколку во моментот на раскинување на договорот за осигурување износот на исплатени штети по договорот го надминува износот на договорената годишна премија, осигуреникот, односно договарачот е должен да ја подмири премијата во целост, односно за целиот договорен период во полисата. Раскинувањето на договорот во овој случај произведува правно дејство единствено по исплатата на премијата од страна на осигуреникот, односно договарачот во целост.

(4) Осигурувачот има право еднострано да го раскине договорот за осигурување без отказан рок, доколку утврди дека осигуреникот или договарачот на осигурувањето извршил некоја материјална повреда на одредбите од полисата за осигурување и/или овие Услови и/или било кои други применливи услови и/или применливите законски норми и друга регулатива.

Обнова на осигурувањето

Член 21

- (1) Осигурувањето може да се обнови со еднакво траење. При обнова, 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 обнова. За обновата на осигурувањето и за промените на осигурувањето при обнова Осигурувачот на пригоден начин го известува осигуреникот 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 дена пред истекот на осигурувањето.
- (3) Неискористениот износ од сумата на осигурување не се пренесува во новиот обновен договор за осигурување.

Почеток и престанување на обврската

Член 22

- (1) Обврската на Осигурувачот започнува од 24,00 часот во оној деншто е означен во полисата како почеток на осигурувањето, но не пред 24,00 часот оној ден кога е платена првата премија, со исклучок ако во полисата или во посебните услови е договорено поинаку.



- (2) Ако во полисата е договорено плаќање на премија со вирман, обврската започнува во 24,00 часот оној ден што е означен во полисата како почеток на осигурувањето.
- (3) Обврската на Осигурувачот престанува во 24,00 часот во оној ден кога ќе истече рокот на траењето означен во полисата.
- (4) Осигурувачот пред плаќање на годишната премија, односно првата рата од годишната премија, не е во обврска да ги надоместува трошоците за договорените услуги од здравственото осигурување.
- (5) Одредбата од став (4) се применува и при обнована договорот за осигурување.

Постапка по приговори

Член 23

- (1) Во случај Осигурувачот и корисникот да не се сложат во поглед на видот и обемот на осигурителното покритие опфатено со договорот за осигурување, осигуреникот има право да поднесе приговор на надлежниот орган на Осигурувачот, во рок од 14 дена од прием на известувањето за ликвидирана штета.

Застарување на побарувањата

Член 24

- (1) Побарувањата од договорот за осигурување застаруваат согласно одредбите од Законот за облигационите односи.

IV. ДРУГИ ОДРЕДБИ

Начин на поднесување на барање за надомест на штета

Член 25

- (1) Осигуреникот/корисникот на осигурување има право да поднесе барање за поврат на трошоци до Осигурувачот кое задолжително се доставува во писмена форма до Друштвото, и тоа лично или по пошта.
- (2) Доколку Договорот за осигурување е склучен преку Осигурително брокерско друштво, во случај на настанување на осигурен случај, при поднесување на барањето за поврат на трошоци осигуреникот може да побара помош од Осигурителното брокерско друштво.



Доверливост на податоци

Член 26

- (1) Осигурувачот е во обврска да ги чува податоците од договорот за осигурување како доверливи податоци, согласно Законот за заштита на личните податоци и интерните акти за обезбедување тајност и заштита на обработката на личните податоци.
- (2) Обврската на Осигурувачот за чување на податоците за осигурениците не постои во следниве случаи:
 - ако податоците се потребни за утврдување на факти во кривични постапки или други судски постапки и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;
 - во случаи предвидени со Законот за спречување на перење пари;
 - ако податоците се потребни за одредување на правните односи меѓу Осигурувачот и негов осигуреник и/или друг корисник на осигурувањето при спроведување на законски постапки;
 - ако податоците се потребни заради извршување на присилни постапки над недвижен имот на осигуреник или друг корисник на осигурувањето и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;
 - ако податоците се побарани од страна на Агенцијата за супервизија на осигурување или друг надлежен орган за супервизија, а заради спроведување на супервизија во рамки на утврдените одговорности;
 - ако податоците се побарани од страна на даночен орган, а во врска со водење на постапки во негова надлежност;
- (3) За давање на податоците Осигурувачот постапува исклучиво по писмено барање поднесено од барателот на информацијата
- (4) Осигурувачот е должен да дава податоци на барање на осигуреникот (Договарачот, корисникот) за неговите сопствени податоци кои се чуваат во регистрите на Осигурувачот, како и да корегира податоци во регистрациите иницирани од осигуреникот.

Орган надлежен за супервизија во осигурување

Член 27

Осигуреникот/корисникот на осигурување има право да поднесе жалба, односно приговор во однос на работењето на Осигурувачот, како и во однос на работењето на Осигурително брокерско друштво, Друштво за застапување во осигурувањето или Застапник во осигурувањето (доколку договорот за осигурување е склучен со посредство на некој од овие субјекти) до Агенцијата за супервизија во осигурување на РСМ како надлежен орган за супервизија во осигурувањето.



Вонсудско решавање на спорови

Член 28

- (1) Доколку осигуреникот/корисникот на осигурување смета дека му се повредени одредени права кои произлегуваат од договорот за осигурување односно осигурувачот не се придржува кон одредбите од договорот за осигурување, во согласност со условите за осигурување кои се составен дел на договорот, законската и подзаконската регулатива, истиот има право да поднесе претставка односно приговор до Осигурувачот.
- (2) Претставката односно приговорот се доставува задолжително во писмена форма до Генералната дирекција на Осигурувачот, на адреса на седиштето на Осигурувачот, наведена во тековна состојба од трговски регистар при Централниот регистар на РСМ, по пошта или лично во било која од експозитурите на Осигурувачот, како и по електронски пат на e-mail, во кој случај задолжително се испраќа и оригиналниот примерок по пошта. Претставката се заведува во деловодна книга за претставки, а на осигуреникот, доколку го поднесува барањето лично до архивата, му се дава потврда за приемот и деловоден број.
- (3) Претставката односно приговорот мора да биде аргументиран, со образложение за причините од кои осигуреникот/корисникот на осигурување смета дека му се повредени правата од полисата и условите за осигурување, потпишан лично од осигуреникот/корисникот на осигурување (за правни лица и заверен со печат), или од полномошник во кој случај задолжително во штетата мора да се достави полномошно дадено од осигуреникот/корисникот на осигурување. Со претставката може да се достави и дополнителна документација со која се потврдуваат наводите на осигуреникот/корисникот на осигурување.
- (4) Претставката/приговорот се заведува во деловодна книга за приговори и во електронскиот Регистар на претставки (приговори).
- (5) Претставката со комплетната документација Осигурувачот ја доставува до надлежната Комисија за вонсудско решавање на спорови надлежна за постапување по поднесената претставка односно лицето одговорно за решавање на спорови согласно член 225-в од Законот за супервизија на осигурување, кои во најкус можен рок ја разгледуваат претставката со целокупната доставена документација, како и основниот предмет/штета.
- (6) Доколку се утврди дека за конечно одлучување по претставката/приговорот е потребно: да се изврши непосреден преглед над осигуреникот/корисникот на осигурување/оштетен од страна на доктор цензор; да се достави дополнителна документација; да се обезбеди мислење од стручно лице и слично, надлежното лице за обработка на предметот (штета) во првостепена постапка стапува во контакт со подносителот на претставката или неговиот полномошник, за обезбедување на неопходната документација.
- (7) Секоја комуникација со подносителот на претставката задолжително мора да биде во писмена форма, вклучително и комуникација преку електронска пошта.



- (8) Рокот за доставување на дополнителна документација и друг доказен материјал не може да биде подолг од 7 (седум) календарски дена, со задолжителна напомена дека доколку истата не се достави претставката ќе биде отфрлена поради неможност за изјаснување.
- (9) Осигурувачот е должен да се произнесе по претставката доставена од осигуреникот/договарачот на осигурувањето во рок од 30 дена од денот на прием кај Осигурувачот. Доколку при првичното разгледување на претставката/приговорот е утврдено дека за конечно одлучување неопходно е доставување на дополнителна документација, непосреден преглед од доктор цензор, мислење од стручно лице или слично, истите задолжително се прибавуваат во наведениот рок и подносителот ќе биде известен за одлуката во рок од 30 дена од датумот на прием на истата.

V. ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Применети норми

Член 29

За се што не е регулирано во овие услови во однос на склучување на договори за осигурување и обештетување во случај на осигурен случај, ќе се применуваат одредбите од:

- 1) Законот за супервизија на осигурување;
- 2) Законот за облигационите односи и
- 3) други соодветни законски и подзаконски акти.

Кореспонденција

Член 30

(1) Сите соопштенија и известувања помеѓу страните од склучениот договор за осигурување се вршат писмено на адресите односно седиштата на осигуреникот/договарачот на осигурувањето и осигурувачот, наведени во полисата за осигурување или во документацијата од пријавената штета страните се должни да се известуваат една со друга за секоја промена на својата адреса за кореспонденција. При неисполнување на таа своја обврска, сите соопштенија и известувања испратени до последната известена адреса на соодветната страна се смета за редовно врачени.



Надлежност во случај на спор

Член 31

За споровите кои нема да бидат успешно вонсудски решени, надлежен ќе биде Основниот суд Битола.

Влегување во сила

Член 32

(1) Овие Услови влегуваат во сила по нивното донесување.