

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

А. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

1. Општите услови за доброволно здравствено осигурување (во понатамошен текст: Општи услови) се составен дел од договорот за здравствено осигурување што договоруваачот на осигурувањето го склучува со СИГАЛ Иншуренс Груп АД Скопје (во понатамошен текст: осигурувач). Поконкретните услови за осигурување, посебно одредбите кои се однесуваат на осигурителното покритие, се наведени во Дополнителни услови за здравствено осигурување кои се составен дел на Општите услови.

2. Општите услови за здравствено осигурување, Дополнителните услови за здравствено осигурување, полисата за здравствено осигурување која претставува писмена потврда за склучено осигурување, како и понудата за склучување на договорот за осигурување, претставуваат составен дел од договорот за доброволно здравствено осигурување.

3. Во случај на несогласување на некои одредби од Општите услови и Дополнителните услови ќе се применуваат одредбите од Дополнителните услови за здравствено осигурување. Во случај на несогласување на некои одредби од условите и полисата за осигурување ќе се применуваат одредбите од полисата, а во случај на несогласување на печатени одредби од полисата и некои од нејзините ракописни одредби, ќе се применува последната.

Одделни поими кои се користат во овие Општи услови го имаат следното значење:

- **Осигурувач** е СИГАЛ Иншуренс Груп АД Скопје
- **Договорувач** е правно или физичко лице кое склучува договор за осигурување со Осигурувачот.
- **Понудувач** е лице кое има за цел склучување на договор за осигурување и поднесува писмена понуда до Осигурувачот
- **Осигуреник** е физичко лице од чија здравствена состојба зависи исплатата на договорената осигурена сума
- **Корисник** е лицето на кое се исплаќа осигурената сума
- **Здравствени установи** се јавни здравствени установи или приватни здравствени установи кои вршат дејност врз основа на лиценца односно решение од надлежното министерство за здравство.
- **Осигурен случај** е настан или околност која како последица го има еден од договорените облици на осигурување.
- **Премијата на осигурување** е износот кој договоруваачот треба го плати на Осигурувачот согласно договорот за осигурување.
- **Полисата за осигурување** е документ за склучување на договор за осигурување.
- **Понуда** е писмен образец на Осигурувачот каде понудувачот ја изјавува својата желба за склучување на договор за осигурување.
- **Договорот за осигурување** се состои од понудата, полисата за осигурување, Општите и Дополнителните услови за осигурување.

Член 2

Способност за осигурување

1. По правило, може да се осигура лице од 0 до 60 годишна возраст. Лица постари од 60 години не можат да се прифатат во осигурување, освен ако не е поинаку дефинирано во Дополнителни услови.
2. Договорот за доброволно здравствено осигурување е ништовен за лица кои се душевно болни, лица кои се потполно лишени од работа, како и сите лица кои имаат нарушено здравје и кои боледуваат од болести наведени во член 12 од овие Општи услови.
3. Осигуреници на доброволното осигурување се физички лица на кои им е утврдено својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување.

Б. ДОГОВОРЕНИ ОДРЕДБИ

Член 3

Склучување на договор за осигурување

1. Договорот за здравствено осигурување се склучува врз основа на писмена понуда.
2. Осигурувачот ќе ги разгледува само оние писмени понуди кои се пополнети на образецот на Осигурувачот.
3. Ако осигурувачот не ја прифати писмената понуда, за тоа задолжително треба да го извести понудувачот во рок од 8 дена од денот на прием на понудата.
4. Ако Осигурувачот во рокот наведен во став 3, не ја одбие понудата која не отстапува од условите според кои Осигурувачот го склучува осигурувањето, и доколку понудувачот ја уплати премијата или првата рата од премијата предвидена во договорот на осигурување, се смета дека Осигурувачот ја прифатил понудата и дека договорот за осигурување е склучен. Во тој случај се смета дека договорот за осигурување е склучен на денот на прием на понудата од страна на Осигурувачот.
5. Ако писмената понуда отстапува од условите под кои Осигурувачот го склучува предложеното осигурување, Осигурувачот може да издаде полиса во согласност со правилата. Договорувачот на осигурувањето има право во рок од 8 дена од прием на полисата, во писмена форма да се изјасни за неприфаќање на измените и да се откаже од договорот, а во спротивно, ќе се смета дека ги има прифатено новите услови.
6. Се смета дека понудувачот се откажува од склучување на договорот, ако на измените од условите не се согласи во рок од 8 дена од денот на прием на препорачаното писмо од Осигурувачот.
7. Доколку осигурувањето не се склучува, понудата и приложената документација не се враќаат на понудувачот.
8. Договорот за осигурување и сите дополнителни договори се валидни само ако се склучени во писмена форма.
9. Потписот на договоруваачот на осигурувањето во понудата за осигурување е валиден како потпис во полисата за осигурување.
10. Ако договоруваачот и осигуреникот не се истата личност, за понудата да биде валидна на понудата треба да биде потпишан и осигуреникот. За лица кои немаат навршено 18 години на старост, за склучување на договорот за доброволно здравствено осигурување потребно е понудата да биде потпишана од едниот законски застапник.
11. Склучувањето на договорот за осигурување е согласно одредбите на Законот за заштита на личните податоци, Процедурата за обработка, собирање и чување на лични податоци на Друштвото и други интерни акти.

Член 4

Со договорот за доброволно здравствено осигурување се покриваат трошоците за видот, содржината, обемот и стандардот на правата која се договорени со Осигурувачот, односно видот на исплата на парични надомест предвиден во договорот за осигурување.

Видови на доброволно здравствено осигурување се:

- Дополнително здравствено осигурување е осигурување со кое се покриваат трошоците на име учество со лични средства при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување, согласно со прописите од задолжителното здравствено осигурување и здравствена заштита.
- Приватно здравствено осигурување е осигурување кое ги покрива 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 здравствени услуги користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствени услуги во здравствени

установи надвор од мрежата на здравствени установи во која се врши здравствената дејност и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала. Осигурувачот ќе организира и спроведува комбинација на видовите на доброволното здравствено осигурување наведени во овој член.

Член 5

Територијална важност на осигурувањето

1. Осигурителната заштита важи во територија на Република Северна Македонија, освен ако не е поинаку договорено.

Член 6

Почеток и крај на осигурувањето

1. Осигурувањето започнува во 24:00 часот на денот кој во полисата е назначен како почеток на осигурувањето и престанува во 24:00 часот на денот кој во полисата е назначен како ден на завршување на осигурувањето.

2. Осигурувањето престанува за секој осигуреник поединечно во 24:00 часот без разлика дали е или за колкаво времетраење е склучено истото, на оној ден кога:

- ќе настапи смрт на осигуреникот;
- осигуреникот ќе добие статус на лице кое не може да се прими во осигурување согласно член 2 од Општите услови;
- ќе истече рокот од член 15, став 1 од Општите услови, а премијата до тој рок не е платена;
- ќе се раскине договорот за осигурување согласно член 21 од Општите услови.

Почеток и крај на обврските на Осигурувачот

3. Обврска на Осигурувачот, ако не е договорена каренца, започнува во 24:00 часот на денот кој во полисата е назначен како почеток на осигурувањето, но не пред 24:00 часот на денот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

4. Доколку е договорена каренца, обврската на Осигурувачот започнува во 24:00 часот од следниот ден откако ќе истече каренцата, но не пред 24:00 часот на денот кога е платена доспеаната премијата.

5. Обврската на осигурувачот престанува во 24:00 часот на денот кој во полисата е назначен како ден на завршување на осигурувањето.

Член 7

Траење на договорот за осигурување

1. Траењето на договорот за осигурување не може да се склучи на период пократок од една година, а ако во полисата е наведен само почетокот на осигурувањето, осигурувањето се продолжува од година до година се додека една од договорните страни не се откаже.

Член 8

Каренца

1. Под каренца се подразбира период во кој Осигурувачот нема обврска на никаква исплата на надомест од осигурувањето. Каренца се пресметува од почеток на осигурувањето.

2. Општа каренца е 2 месеци.

3. Општа каренца не се применува во случај на незгода.

4. За болести и последици од незгода за кои лекувањето започнува за времетраење на каренцата, осигурителната заштита постои дури по истек на каренцата со исклучок на случаи од став 3 од овој член.

5. Општата каренца како и Дополнителните услови каде е утврдена посебна каренца, не се применува во случај на обнова (продолжување) на договорот во рок од 15 дена по истек на истиот.

6. Посебна каренца е период чие времетраење е одредено во Дополнителните услови за осигурување и/или полисата.

7. Кај промена на договорот за осигурување поради договарање на поголемо покритие, правото на поголем обем на осигурително покритие према измените во договорот за осигурување започнува на денот на истек на каренцата која се пресметува од денот на влегување во сила на поголемиот обем на права. Правото за надомест за времетраење на каренцата се остварува во согласно со помалиот обем на покритие.

Член 9

Осигурен случај

1. За осигурен случај се смета неопходно медицинско лекување на осигуреникот поради болест или несреќен случај (незгода). Осигуреникот започнува со лекување и завршува кога согласно медицинскиот извештај нема потреба за понатамошно лекување. Доколку има потреба за дополнително лекување поради болест или несреќен случај (незгода) кое не е директно поврзано со дотогашното лекување, во тој случај настапува нов осигурен случај.

2. За осигурен случај се смета и породување, вклучувајќи ги и потребните прегледи за време на бременост поврзани со потребните медицински лекувања.

3. Лекување е медицински третман кој согласно општите признати правила на медицинската наука се смета за соодветно, а со цел за подобрување на здравјето, подобрување на здравствената состојба или превенција за влошување на состојбата.

4. За болест, согласно општите признати ставови на медицинската наука, се смета ненормална физичка или душевна состојба.

5. Незгода претставува секој иден ненадеен настан, кој е независен од волјата на осигуреникот и кој еднавнор делува на телото на осигуреникот, а како последица предизвикува телесна повреда (целосен или делумен инвалидитет) или нарушување на здравјето на осигуреникот за која е потребна медицинска помош.

6. За незгода, во смисла на претходниот став, се сметаат следните настани:

- Судар
 - Удар од било како предмет или во било каков предмет
 - Газење на осигуреникот
 - Удар од струја или гром
 - Паѓање, лизгање
 - Удар или каснување од животно
 - Убод од инсект, освен ако таквиот убод предизвикува заразна болест.
7. Како незгода се сметаат и следните настани кои не зависат од волјата на осигуреникот:

- труење со храна или со хемиски средства поради незнаење на осигуреникот, освен професионални заболувања;
 - инфекција на повреди предизвикани од несреќен случај;
 - труење поради вдишување на гасови или отровна пареа, со исклучок на професионални заболувања;
 - изгореници предизвикани од оган или електрицитет, жешок предмет, течност или пареа, киселина, лужини и сл.;
 - давење или потопување;
 - гушење или задушување поради затрупување со земја, песок и слично;
 - истегнување на мускули, шинување, исклучување, кршење на коски кој настанува поради нагли телесни движења на телото или ненадејни напругувања предизвикани од непредвидени надворешни настани, доколку тоа непосредно веднаш по повредата е утврдено во болница;
 - дејство на светлина, сончеви зраци, температура или лошо време, ако осигуреникот бил директно изложен на нив поради несреќен случај кој настанал пред тоа или се нашол во такви непредвидени околности кои не можел да ги спречи или на нив бил изложен поради спасување на човечки живот;
 - дејство на рендгенски или радиумски зраци, ако настапат нагло или ненадејно, со исклучок на професионални заболувања;
8. Не се смета како несреќен во смисла на овие Услови:

- стомачна кила, кила на папокот, водена или останата кила, освен оние кои настануваат поради директно оштетување на стомачниот ѕид под директно дејство на надворешна механичка сила врз стомачниот ѕид, доколку по повредата е утврдена траматична кила, кај која болнички, покрај килата, утврдена е и повреда на меките делови на стомачниот ѕид во тоа подрачје;
- анафилактичен шок, освен ако настапи при лекување поради несреќен случај;
- хернија disci intervertebralis, сите видови лумбалгии, дископатии, сакралгии, миофасцитис, концигодинаја, ишиалгија, фиброзитис и

сите патоанатомски промени на пределот на слабинско – крстна регија, означена со аналогни термини;

- одлепување на мрежницата (ablation retinae) на претходно болно или дегенеративно променето око, а исклучително се признава одлепување на мрежницата на претходно здраво око, доколку постојат знаци на директна надворешна повреда на очното јаболко, утврдени во здравствена установа;
- последици што настануваат поради делириум тременс или дејство на дрога;

9. Осигурителната заштита се однесува исто така и на незгода предизвикана од инфаркт и мозочен удар од ментално нарушување и губење на свеста (со исклучок на случаеви под дејство на алкохол или дрога). Сепак, инфаркт и мозочен удар во ниеден случај не се сметаат како последица од незгода.

10. За лекување како последица од несреќни случаи настанати при рекреативни активности : управување со воздухоплов или летало, скокање со падобран или парашутер, при учество во трки со автомобили или мотори (вклучувајќи и рели трки и брзински трки) и тренинзи за истите, при учество во национални или интернационални натпревари во зимски спортови (трчање со скии, алпски и нордиски дисциплини, сноуборд, биатлон, скијање на трева и сл.), боб, ски-боб и тренинзи за истите, и сите останати ризици дефинирани во Процедурата за класификација на здравствениот ризик за доброволно здравствено осигурување на СИГАЛ Иншуренс Груп АД Скопје Скопје, следува надомест како за лекување од незгода.

В. ПРАВА НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 10

Видови и обем на осигурителна заштита

1. Видовите и обемот на осигурителна заштита се одредени со Општите услови и полисата за осигурување.

2. Доколку е предвиден и надомест за болничко и вонболничко лекување, се земаат во предвид следните одредби:

I Вонболничко (амбулантно) лекување

3. Осигуреникот може да го избере својот лекар и стоматолог кои се лиценцирани за самостојно вршење на лекарска професија.

4. Трошоците за домашна посета се плаќаат само доколку здравствената состојба на осигуреникот не дозволува посета на лекар, во спротивно се плаќаат само материјалните трошоци за лекување.

5. Во случај лекување на осигуреник од страна на сопругникот, родителите или децата во својство на лекар, ќе се надоместат само оправданите медицински трошоци.

6. Трошоците за физикално терапевтско лекување по упатство на лекар, се надоместуваат само доколку истите се изведуваат од страна на лекар физиотерапевт. Останатите трошоци за ординирање и трошоци за домашна посета во овој случај не се надоместуваат.

7. Се надоместуваат трошоци за помошни средства кои се пропишани од лекар (здравствени помагала). Тоа се однесува на пример на: диоптерски стакла, контактни леќи, суспензори, протези, апарати за слушање, ортопедски помагала, ортопедски влошки и ортопедска опрема за обувки, завои и појаси за половина (стомачни појаси), но не и на пример иригатори, инхалатори, вреќички за лед, пумпи за вадење (измолзување) на млеко, шприц за миење на уста, електричен термофор, топломер, апарат за мерење на крвен притисок, апарати за мерење на шеќер и помагала за нега на тело и нега на болест. Доколку Осигурувачот има исплатено трошоци за помошни средства, право за повторен надомест за истите видови помагала се јавува по истек на вообичаениот рок за употреба на тие помагала, освен ако е потребно порано снабдување на нови помагала поради медицински причини.

8. Амбулантното лекување и трошоците за истото не важат доколку се направени во здравствени установи надвор од Република Северна Македонија.

II Болничко лекување

9. Болничко лекување според овие Општи услови за осигурување, е лекување во рамки на медицински потребен болнички престој во

здравствени установи или одделенија во здравствени установи одобрени од страна на надлежниот државен орган на Република Северна Македонија, доколку имаат постојан надзор на лекари, и доколку располагаат со соодветни дијагностички и терапевтски можности, и работат исклучиво во согласност со општо прифатени правила на медицинската наука и кои водат историја на болеста. Престојот се смета за болнички само доколку видот на лекувањето бара болнички престој во болница најмалку 24 часа. Болничкото лекување не се смета медицински неопходно доколку е објаснето само како неможност да се направи домашна нега или други лични околности на осигуреникот. Престој во болница подари лекување на заби и протези, како и поради операција на заби и вилица, се смета дека е медицински неопходно само ако е невозможно со амбулантно лекување (член 12, став 1 – имплантација на заби)

10. За болничко лекување од став 9 од овој член не постои осигурително покритие доколку Осигурувачот пред почеток на лекување нема дадено писмено одобрување, а лекувањето се спроведува во следните установи или одделенија на овие установи:

- Здравствени установи надвор од Република Северна Македонија;
- Установи (одделенија) кои не работат според општо прифатени правила на медицинската наука и во кои со болничкото лекување се спроведуваат и мерки на рехабилитација и услуги за лекување (во кои се примаат реконвалесценти и лица на кои им е потребна трајна нега)

11. Надомест за денови поминати во болница се исплаќа за болничко лекување од став 9. од овој член, во установи (или одделенија на установи) за невролошки и /или душевно болни лица (со исклучок на самостални одделенија за неврологија и неврохирургија) во установи (или одделенија на тие установи) за респираторни заболувања и туберкулоза, од петтата недела па натаму, само во случај ако Осигурувачот пред почетокот на петтата недела на лекување, во писмена форма, ја дал својата согласност.

12. Надомест за индициран итен медицински транспорт со санитарско возило до здравствената установа на осигуреникот се исплаќа со ова осигурување. Транспортот важи само за територија на Р. Северна Македонија.

13. Осигурителната заштита не постои за престој во установи (вклучувајќи ги и специјалните одделенија за лекување) или одделенијата на установите кои се:

- фокусирани главно на рехабилитација (центри за рехабилитација, специјални болници);
- служат како центри за лекување на зависници од алкохол, опојни дроги и други опојни средства (наркотици)
- центри за душевно пореметени сторители на кривични дела;
- центри за хронични болни лица;
- центри за нега поради старост, неможност, неизлечливи тешки болести или неможност за домашна нега;
- за воени санитарски установи;
- центри за болни лица во затвор (или одделенија за затвореници)
- амбуланта (и во случај кога прегледот или терапијата бара само краток престој);
- одморалишта, центри за одмор, ослабување (губење тежина) и заздравување;
- дневни и ноќни болници.

III Заеднички одредби

14. Ќе се надоместат трошоци за лекови пропишани во рамки на лекувањето и кои се набавени во аптека. Не се надоместуваат трошоците за лековита и минерална вода, медицински масла и тинктури, хранливи препарати и средства за зајакнување на имунитетот, лекови кај геријатриски пациенти, средства за закрепнување, средства за контрацепција, средства наменети за лична хигиена, козметички средства и сите нерегистрирани лекови.

15. Под трошоци за операција се подразбираат: хонорарот на лекарот, анестезиологот и сите останати асистенти кои учествувале во операцијата, како и негувателите по неа, сите материјални трошоци за изведување на операцијата, освен трошоците за замена на органи, имплантанти и

останати терапевтски помагала кои имаат за цел да ги заменат органите или нивната функција.

16. При истовремено изведување на повеќе операции, за првата операција се исплаќа надомест во полн износ. За втората операција, доколку е на различно поле се исплаќа надомест од 50%, а за секоја наредна операција изведена во истото поле се исплаќа макс. надомест во износ од 25%.

17. Под трошоци за радиотерапија се подразбираат: хонорарот на радиологот и неговиот асистент, трошоците за употреба на апарати, радиолошки материјал, како и сите останати пропратни материјални трошоци. Овие трошоци треба да бидат одобрени од страна на одговорното лице во СИГАЛ Иншуренс Груп АД Скопје Скопје пред да се пристапи кон радиолошкиот третман.

Член 11

Доспевање на обврските на Осигурувачот

1. Кога ќе настане осигурен случај, Осигурувачот е обврзан да исплати надомест согласно договорот за осигурување во рок од 14 дена од денот на поднесување на барањето, односно комплетирање на документацијата согласно член 19 од овие Општи услови.

2. Со исклучок, ако не може да се утврди одговорноста или висината на исплатата, наведениот рок почнува да тече од денот на утврдување на обврската и висината на исплатата.

3. За периодот во кој осигурувачот или осигуреникот не ја исполнуваат обврската од став 1. член 19 до став 3 член 19. Осигурувачот не е во обврска да исплати надомест од осигурувањето.

4. Право за исплата на надомест остварува осигуреникот, ако поинаку не е договорено.

5. Право за надомест од осигурувањето не може да се заложува ниту може да се пренесе без согласност на Осигурувачот.

Г. ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОСИГУРИТЕЛНА ЗАШТИТА

Член 12

Ограничување на обемот на надомест

1. За болничко и амбулантско лекување во медицинската установа од став 9 член 10 постои осигурителна заштита само доколку Осигурувачот претходно одобрил лекување во писмена форма. Во постапката за решавање на штетата доколку се утврди поинаква здравствена состојба од прво прикажаната од страна на осигуреникот, осигуреникот има обврска за плаќање на фактурата за лечење.

2. За болничко лекување во установи (или одделение во установи) наведени во став 10. член 10. постои право за надомест за болнички денови по навршување на петте недели од лекувањето, само доколку Осигурувачот пред почетокот на петте недели на лекување за тоа дал своја согласност во писмена форма.

3. Доколку лекувањето ја надмине својата неопходност, Осигурувачот има право да го намали надоместот за договорениот износ. Истото важи и за помошните средства (здравствени помагала)

4. Во оправдани случаи, Осигурувачот може од осигурителната заштита да исклучи лекување кај одредени лекари, стоматолози или припадници на други медицински професии, односно лекување во одредени здравствени установи (или одделенија во здравствени установи). Ова се однесува за услуги кои се спроведуваат откако Осигурувачот ќе достави писмено известување до осигуреникот за исклучување (одбивање). За сите осигурени случаи кои настануваат пред доставување на писмено известување за исклучување (одбивање) постои осигурителна заштита до крајот на третиот месец од денот на доставување на известувањето.

Член 13

Исклучување на обврските на Осигурувачот

1. Осигурителна заштита не постои за:

- Лекувања кои се започнати пред почетокот на осигурувањето;
- Лекувања кои се започнати по почетокот на осигурувањето, а кои поради било кои здравствени проблеми се дијагностицирани пред почетокот на осигурувањето
- Естетски и козметички третмани и операции
- Лекарски и козметички третмани заради лекување на акни

- Немедицинска домашна нега, односно дејства поврзани со геријатрија, рехабилитација и терапевтска педагогија;

- Имплантација на заби, и со нив тесно поврзани мерки и последици, освен ако истите не служат за отстранување на последиците од несреќен случај-незгода;

- Сите видови во вештачко оплодување, како што е на пример in-vitro-fertilizacija или инсеминација;

- Прегледи и медицински испитувања заради дијагностицирање на неплодност и подготовка за инсеминација или вештачко оплодување

- Болничко лекување во установи (или одделенија во установи) наведени во член 10, став 13;

- Превентивни периодични лекарски прегледи;

- Процедури за лекување и дијагностицирање на повреди настанати од професионални спортови;

- Промена на пол.

- Логопедски и дефектолошки услуги

2. Осигурителната заштита не постои во случај на болест или повреда кога последиците настанале:

- Ако до незгодата е дојдено како резултат на прекумерно консумирање на алкохол или дрога и други наркотици од страна на осигуреникот или кога лекување поради неумерено консумирање на алкохол или дрога и други наркотици е отежнато од страна на осигуреникот. Ако непосредно после незгодата со метод на мерење на количина на алкохол во крвта, кај осигуреникот се утврди присуство на количина на алкохол во крвта над законски дозволената.

- Во случај кога осигуреникот намерно го предизвикал несреќениот случај;

- При обид за самоубиство на осигуреникот од било каква причина;

- При подготовка, обид или извршување на кривично дело со умисла или при бегство во такви ситуации;

- При учество во физичка пресметка или предизвикување на истата преку вербална провокација;

- При учество во внатрешни немири, ако осигуреникот во нив учествува на страната на оние кои ги поттикнуваат.

- При активно учество во оружени акции, освен ако тоа не е дел од професионалните активности на осигуреникот. Исто така не се опфатени незгоди кои настануваат кога осигуреникот самоиницијативно учествува во заштита на имот и лица.

- Во непосредна или посредна врска со воени настани од било каков вид;

- Како последица од детонација на експлозив, мини, торпеда, бомби или пиротехнички средства;

- Како последица од физички повреди за време на лекување, односно операција, кои осигуреникот ги преземал сам или дозволил да се превземат на негова самоиницијатива, освен ако причина не бил осигурениот случај.

3. Во смисла на овие Општи Услови се смета дека незгодата настанала поради:

(а) Дејство на алкохол

- Ако непосредно после незгодата со метод на мерење на количина на алкохол во крвта, кај осигуреникот се утврди присуство на количина на алкохол во крвта над законски дозволената;

- Ако кај професионални возачи во одредена категорија, возачи во јавен превоз, возачи инструктори, кандидати за возач и возачи кои се помлади од 21 година или со искуство во возењето пократко од 3 години се утврди присуство на алкохол во крвта над 0,00 г/кг;

- Ако тестот за алкохол е позитивен, а без точно утврдување на степен на алкохол на осигуреникот со дополнителни испитувања, само во случај кога земање на крв би било штетно за здравјето на осигуреникот;

- Ако после незгодата осигуреникот избега или одбива да направи испитувања за утврдување на степенот на алкохол,

(б) Дејство на дрога и прекумерна доза на лекови ако непосредно после незгодата со метод на мерење на количина на дрога и лекови кај осигуреникот се утврди присуство на истите.

- Ако со специјалистички преглед се утврди дека осигуреникот покажува

знаци на пореметување поради употреба на дрога и други наркотици;

- Ако после незгодата осигуреникот избега или одбива да направи испитувања за утврдување на степенот на дрога и други наркотици или лекови во крвта и органимот;

4. Во секој случај Осигурувачот не е обврзан на никаков надомест, ако договорувачот на осигурувањето или осигуреникот намерно или лажно го предизвика осигурениот случај.

Е- ОБВРСКИ НА ДОГОВОРУВАЧОТ И ОСИГУРЕНИКОТ

Член 14

Плаќање на премија

1. Договорувачот е должен да ја уплати договорената премија за осигурување, а Осигурувачот е должен да ја прими уплатата на премија од секоја заинтересирана личност која има правен интерес за премијата да биде уплатена.

2. Премијата се плаќа на жиро сметка на Осигурувачот. Плаќањето се смета завршено на датумот кога уплатената премија е евидентирана на жиро сметка на Осигурувачот.

3. Премијата се плаќа во договорените рокови, но доколку треба да се плати одеднаш, се плаќа во моментот на склучување на договорот.

4. За премија која се плаќа на рати во текот на една година се пресметува и се наплатува доплатак за подгодишно плаќање на рати.

5. Договорувачот на осигурувањето е должен, освен договорената премија, да ги плати сите придонеси и даноци ако се истите дефинирани со законски прописи.

6. Доколку осигуреникот е малолетно лице кое навршило 18 години на старост во текот на траење на осигурителниот период, наредната година по навршување на полнолетството, односно со продолжувањето на осигурителното покритие, должен е да плати осигурителна премија според тарифата за возрасни лица.

Член 15

Последици од неплаќање на премија

1. Ако договорувачот на осигурувањето не ја плати доспеаната премија по истек на 14 дена од договорениот рок, и тоа не го направи некоја друга заинтересирано лице, договорот за осигурување престанува да важи по истек на триесеттиот ден (период на чекање) од денот кога е доставено препорачано писмо до договорувачот на осигурувањето од страна на осигурувачот со известување за доспеаност на премијата, со тоа што тој рок не може да почне пред завршување на триесет дена од доспеаност на премијата.

2. Доколку настане осигурен случај по истек на периодот на чекање, а премијата сеуште не е платена, осигурувачот нема никакви обврски кон осигуреникот.

3. Во секој случај договорот за осигурување престанува да важи доколку премијата не биде уплатена во рок од 1 година од денот на доспевање.

4. Во случај на престанување на договорот за осигурување пред завршување на договорениот период, на Осигурувачот му припаѓа премијата само до денот до кога траел договорот за осигурување.

5. Ако договорувачот на осигурувањето или друга личност која има правен интерес, не ја плати премијата до нејзино доспевање, Осигурувачот може да пресмета затезната камата за секој поминат ден од датумот на доспевање на премија во висина одредена со прописи.

6. Осигурувачот има право при исплата на надомест за штета да ја одбие од надоместот до тогаш доспеаната ненаплатена премија и законската затезна камата.

Член 16

Промени на договорот

1. Договорот може да се менува со проширување или намалување на осигурителното покритие по барање на договорувачот на осигурувањето, а изменетиот договор се применува од првиот ден од следниот месец од денот на поднесување на барањето.

2. Како измена во договорот со намалување на осигурителното покритие согласно овие Услови се смета:

- Исклучување од осигурувањето на еден од осигурениците

- Намалување на обемот на осигурителното покритие

3. Измени во договорот со проширување на осигурителното покритие согласно овие Услови се смета:

- Вклучување во осигурување на нов осигуреник

- Зголемување на обемот на осигурителната заштита

4. Осигурувачот го задржува правото да донесе одлука за прифаќање или одбивање на промените во договорот. Осигурувачот може без причина да го одбие барањето.

5. Изменетиот договор не може да се откаже во текот на 12 месеци од денот на применување на изменетиот договор.

6. Во изменетиот Договор за осигурување се применуваат одредбите од член 7 од овие Услови.

Член 17

Обврски за пријавување пред склучување на договорот за осигурување

1. До моментот за склучување на договорот, договорувачот на осигурување и осигуреникот се должни да го информираат Осигурувачот за сите околности кои се значајни за проценката на ризикот, а кои им се познати или не би можеле да им останат непознати.

2. Осигуреникот е должен да го извести осигурувачот за сите болести, несреќни случаи и нивни последици пред склучување на договорот за осигурување. Дури потоа, врз основа на писмено известување, осигурувачот може да го прифати или одбие барањето за прием во осигурување на осигуреникот.

3. Ако договорувачот и осигуреникот намерно пополниле невистинита пријава или намерно премолчиле некоја околност од таква природа што Осигурувачот не би склучил договор ако знаел за вистинската состојба, Осигурувачот може да побара поништување на договорот.

4. Во случај на поништување на договорот од причини наведени во претходниот став, Осигурувачот има право да ја задржи наплатената премија и има право да побара плаќање на премија за периодот на осигурување во кој има побарано поништување на договорот.

5. Ако до денот на барањето за поништување на договорот настапи осигурен случај, Осигурувачот има право или да ја врати уплатената премија, во кој случај не е задолжен да го исплати надоместот, или да ја задржи уплатената премија и да побара плаќање на премијата до крајот на месецот во кој е поднесено барањето за поништување на договорот, и во тој случај е должен да ја исплати осигурената сума. Правото на осигурувачот да бара поништување на договорот за осигурување престанува ако во рок од три месеци од денот на дознавање на неточната пријава или премолчување договорувачот на осигурувањето не изјави дека има намера да го користи тоа право.

6. Ако договорувачот или осигуреникот пополнил невистинита пријава или испуштил да даде известување, и тоа не го сторил намерно, Осигурувачот може, по свој избор, во рок од месец дена од денот на дознавање за невистинитоста или непотполната пријава да изјави дека го раскинува договорот или да предложи зголемување на премијата пропорционално со зголемениот ризик.

7. Во случај кога Осигурувачот изјавува дека сака да го раскине договорот, договорот престанува по истек на 14 ден од денот кога Осигурувачот ја соопштил изјавата на договорувачот на осигурувањето. Во случај кога Осигурувачот предложува зголемување на премија, раскинувањето на договорот настапува ако договорувачот не го прифати предлогот во рок од 14 дена од денот на прием на известувањето. Во случај на раскинување, Осигурувачот е должен да го врати делот од премијата која припаѓа на осигуреникот за време до крајот на периодот на осигурување. Ако се случи осигурениот случај пред да се утврди невистинитоста или непотполноста на пријавата или после тоа, но пред раскинување на договорот, односно пред постигнување на договор за зголемување на премија, надоместот се намалува пропорционално помеѓу платената премија и премијата која би требало да ја плати согласно реалниот ризик.

8. Доколку договорот е склучен за повеќе осигуреници, тогаш одредбите од претходните ставови се применуваат исклучиво за секој осигуреник поединечно, а за другите осигуреници договорот останува непроменет.

Член 18**Обврски за пријавување додека договорот е во сила**

1. Договорувачот на осигурувањето е должен да го извести Осигурувачот доколку склучи договор за осигуреникот кај друг осигурувач. Во случај да се јави двојно осигурување, Осигурувачот може да го раскине договорот и да задржи соодветната премија за осигурување, како и да побара да се уплати доспеаната премија за осигурување за период за кој веќе траело осигурителното покритие.

Член 19**Пријава за осигурен случај**

1. Осигуреникот е должен во писмена форма да го извести Осигурувачот за осигурениот случај веднаш, и ако тоа го дозволува неговата здравствена состојба, најдоцна во рок од 30 дена.

Оштетеното лице, корисникот на осигурување или друго заинтересирано лице го доставува оштетеното побарување до Друштвото за осигурување во писмена форма, на образец предвиден од осигурувачот-Пријава на штета.

Оштетеното побарување може да се поднесе лично или преку полномошник директно во архивата на Друштвото на адресата на нејзиното седиште или во било која подружница на Друштвото.

Оштетеното побарување може да се поднесе и преку пошта или по електронски пат на следната емаил адреса: info@sigal.com.mk

2. По настанување на осигурен случај, договорувачот на осигурувањето и осигуреникот се должни да му ги достават на Осигурувачот сите докази и информации за околностите од кои може да се утврди дали настанал осигурен случај и кој е обемот на обврските на Осигурувачот.

3. Заедно со писмената пријава до Осигурувачот, осигуреникот е должен да ја приложи следната документација:

- Полиса за осигурување
- Оригинал сметкопотврди како доказ за уплатени трошоци за лекување
- Доказ за извршено лекување, кој мора да ги содржи следните оригинални документи:

Лекарски преглед со целосна дијагноза, податоци за почетокот и завршување на лекувањето, и причини зашто е започнато лекувањето;

- Отпусна листа/писмо од болница, доколку осигуреникот лежел во болница;

- Друга документација по барање на Осигурувачот.

4. Доказите за лекување треба да содржат: име и презиме, адреса, број на задолжително здравствено осигурување, број на полиса, датум на раѓање на лицето кое било подложно на лекување, дијагноза и листа на услуги на датумот на лекување. Лекување или замена на заби мора да биде јасно назначено на обичната шема на забало. За поголеми операции на забите или по барање на Осигурувачот, на сметката мора да се наведе статусот на забите. Осигуреникот е должен да достави на Осигурувачот и други докази кои се потребни за остварување на правото на исплата на обесштетување, ако таквата обврска се утврдува со Општите услови за осигурување.

5. Осигурувачот има право да ги побара сите докази потребни за да се утврди правото на исплата и висина на штета, кои можат да се набават. Сите потврди, изјави, медицински извештаи и други информации и документи се доставуваат во оригинал и се прибавуваат на сметка на осигуреникот или договорувачот на осигурувањето. Потребните документи се доставуваат во таква форма и на начин како што се бара од страна на Осигурувачот.

6. Доколку е потребно, Осигурувачот може да ги задржи сите сметкопотврди и документи. Ако документацијата е на странски јазик, трошоците за превод паѓаат на товар на договорувачот.

7. Кога трошоците се прикажани во странска валута, се пресметуваат во домашна валута на Р. Северна Македонија по средниот курс на Народна Банка на денот на уплатата.

8. Со цел за утврдување на основата за одобрување на исплата од осигурувањето, како и обемот, Осигурувачот има право да го упати осигуреникот на лекарски преглед кај лекар по свој избор, доколку смета дека е потребно. Трошоците за овој вид на преглед се на товар на осигурувачот.

9. Ако осигуреникот, истовремено има договорено и друго здравствено осигурување (задолжително или доброволно здравствено осигурување) може да се бара да достави копии од документацијата поврзана со пресметката или детални пресметка од другите Осигурувачи.

10. Договорувачот, осигуреникот, корисникот и секое трето лице е должно да поднесе барање за надомест на штета на начин и рокови дефинирани со овие услови.

Доколку истото лице поведе судска постапка за надомест на штета без да поднесе вонсудско барање за надомест на штета, или поведе судска постапка пред истек на рокот определен за осигурувачот вонсудски да даде одговор на поднесеното барање, таквата тужба согласно овие услови ќе се смета за преуранета и неоснована, и трошоците за истата се на товар на тужителот.

11. Осигурувачот нема обврска за исплата на настанатата штета, доколку побарувањето за истата е застарено согласно одредбите од Законот за облигационите односи.

Ф - ОСТАНАТИ ДОГОВОРНИ ОДРЕДБИ**Член 20****Права и обврски кон трети лица**

1. Ако осигуреникот добил надомест за направените трошоци од трето лице, кое имало обврска на надомест на штета кон осигуреникот или врз основа на некој друг договор за осигурување, осигурувачот има право да ја намали својата обврска за износот на трошоците кои се веќе платени.

2. Став 1 од овој член не се однесува на надомест кој се исплаќа без потреба да за доставување на трошоци.

3. Ако дел од трошоците кои се опфатени со осигурителното покритие се опфатени со задолжителното здравствено осигурување и ако осигуреникот дел од трошоците може да ги побара од релевантните државни институции, обврската на Осигурувачот ќе се намали за износот на штета која се исплаќа од страна на институцијата. Обврската на осигурувачот за исплата на трошоците се извршува само кога надлежниот орган го одобрува плаќањето на надоместот согласно правилата со кои се регулира задолжителното здравствено осигурување.

4. Ако осигуреникот, без согласност од Осигурувачот, се откаже од правото за надомест на штета од трето лице или од правата со кои се гарантира правото на надомест на штета, Осигурувачот нема обврска за плаќање на надомест ако според овие права може да се оствари правото на надоместок.

Член 21**Откажување на договорот за осигурување**

1. Секоја страна може да го раскине договорот по истекот на тековната година на осигурување, со известување во писмена форма испратено до другата страна најмалку три месеци пред почетокот на тековната осигурителна година, а во тој случај, договорот за осигурување престанува 00:00 часот од последниот ден од тековната година на осигурување.

2. Договорувачот има право да поднесе барање за раскинување на договорот за осигурување со последниот ден од месецот во која се поднесува барањето до Осигурувачот:

- Ако осигуреникот или договорувачот на осигурувањето е сместен во институција за грижа на хронично болни лица,
- Ако осигурувачот од оправдани причини го одбие барањето или го одолговлекувал неговото прифаќање.

3. Осигурувачот има право да го раскине договорот за осигурување, без претходна најава и обврска за плаќање надомест за осигурување:

- Ако договорувачот или осигуреникот, свесно дава лажни податоци поврзани со некоја болест, а со цел да ги искористи бенефициите од полисата или свесно учествува во такви активности;
- Ако договорувачот или осигуреникот во случај на болест, намерно или поради некоја намера, не ги следи инструкциите на постапката утврдени од страна на лекарот или Осигурувачот;
- Ако договорувачот или осигуреникот намерно ги прекршува обврските за известување согласно член 18 овие Услови.

Член 22

Начин на обезбедување на податоци

1. Сите изјави и известувања на договорувачот на осигурувањето мора да бидат доставени во писмена форма до Осигурувачот. Ако во поднесената изјава нема своерачен потпис и (или) печат, Осигурувачот може да побара повторно поднесување на изјава со личен потпис и (или) печат. Крајниот рок за поднесување на изјава треба да се почитуваат ако барањето за повторно поднесување на изјава во бараната форма е во соодветните рок.

2. Ако договорувачот ја промени адресата на живеење, и за тоа го нема известно осигурувачот, ќе се смета за доволно доколку Осигурувачот испрати писмо на последната позната адреса на договорувачот на осигурувањето.

Член 23

Измена во условите за осигурување и тарифата

1. Ако осигурувачот ги измени Условите за осигурување или тарифата на премии, должен е за тоа писмено, или на друг погоден начин, да го извести договорачот на осигурувањето најдоцна 60 (шеесет) дена пред истекот на тековната година на осигурувањето.

2. Договорачот на осигурувањето има право да го откаже договорот за осигурување во рок од 60 (шеесет) дена од денот на приемот на известувањето. Во тој случај договорот за осигурување престанува да важи со истекот на годината на осигурувањето.

3. Ако Договорувачот на осигурувањето не го откаже договорот за осигурување во рокот од став 2 од овој член, договорот за осигурување во почетокот на наредниот период на осигурување се менува во сообразност со извршените измени во условите за осигурување, односно тарифата на премии.

Член 24

Згаснување на договорот

Договорот за осигурување престанува да важи во следниве случаи:

- по навршување на 65 години старост на осигуреникот;
- по смртта на осигуреникот;
- по смртта на договорувачот, кога обврската за плаќање на премијата ја превзема осигуреникот (по негов избор);

Член 25

Доверливост и заштита на личните податоци

(1) Друштвото за осигурување е должно сите податоци за осигурениците и/или други корисници на осигурување со кои се стекнале во текот на вршењето на работи на осигурување, да ги третираат како доверливи податоци.

(2) Обврската за чување на доверливи податоци нема да се применува во следниве случаи:

- 1) ако податоците се потребни за утврдување на факти во кривични постапки или друга судска постапка и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;
- 2) во случаи предвидени со Законот за спречување перење на пари и други приноси од казниво дело и финансирање на тероризам;
- 3) ако податоците се потребни за одредување на правните односи меѓу друштвото за осигурување и негов осигуреник и/или друг корисник на осигурувањето при спроведување на законски постапки;
- 4) 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;
- 5) ако податоците се побарани од страна на Агенцијата за супервизија на осигурување или друг надлежен орган за супервизија, а заради спроведување на супервизија во рамките на утврдените одговорности;
- 6) ако податоците се побарани од страна на даночен орган, а во врска со водење на постапки во негова надлежност и
- 7) во случаите предвидени со законот кој го уредува задолжителното осигурување.

(3) Осигурувачот постапува исклучиво по поднесено писмено барање од барателот на информацијата

(4) Осигурувачот во однос на личните податоци кои ги поседува постапува

согласно важечкиот Закон за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурување и други законски и подзаконски акти од оваа област.

Член 26

Завршни одредби

(1) Во случај кога осигуреникот, односно корисникот на осигурувањето смета дека друштвото за осигурување не се придржува кон одредбите од договорот за осигурување, истиот може да достави претставка до:

1. Организационата единица надлежна за решавање на спорови меѓу договорни страни во рамките на друштвото за осигурување (комисија за постапување по претставки);
2. Службата за внатрешна ревизија во друштвото за осигурување;
3. Организацијата за заштита на потрошувачи и
4. Агенцијата за супервизија на осигурување.

Претставката може да се поднесе во писмена форма лично или преку полномошник, директно во архивата на Друштвото на адреса на седиштето ,по пошта или електронски пат на mail адресата info@sigal.com.mk, или во било која подружници на Друштвото.

Друштвото за осигурување преку воспоставен систем и интерни процедури одлучува по поднесените претставки во рок од 30 дена од денот на поднесување на претставката

Друштвото води регистар на доставени и решени претставки и за истите во законските рокови е должно да ја известува Агенцијата за супервизија на осигурувањето.

Доколку спорот не е решен во постапка по приговор ,секоја од страните во спорот може да и предложи на другата страна поведување на постапка за посредување согласно прописите кои ја уредуваат оваа постапка

За сето она што не е регулирано со овие Општи услови, Законот за супервизија на осигурување и Законот за заштите на потрошувачите важат одредбите на Законот за облигациони односи

(2) Согласно со Законот за супервизија на осигурувањето , член 107 и член 108, податоците за осигуреникот и полисата се доверливи.

Член 27

Орган надлежен за супервизија на друштвото за осигурување е Агенцијата за супервизија на осигурување до која осигуреникот ,корисникот или трето лице може да се обрати до допис или барање за заштита на своите права, поднесување на жалби или претставки.

Член 28

Во случај на спор во врска со примената на овие Општи услови во поглед на односите помеѓу осигурувачот и осигуреникот/корисникот на осигурување или трети лица за извршувањето, обемот и пристигнувањето на обврските ќе се примени Закон за облигациони односи ,Законот за супервизија на осигурувањето , Закон за доброволно здравствено осигурување, Закон за безбедност во сообраќајот и другите важечки законски и подзаконски акти.

Во случај на спор помеѓу Осигурувачот од една страна и Договорувачот,осигуреникот, корисникот и/или секое трето лице од друга страна надлежен е Основниот граѓански суд Скопје.

