

А. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Општите услови за доброволно здравствено осигурување

1. Општите услови за доброволно здравствено осигурување со осигурување на живот (во понатамошен текст: Општи услови) се составен дел од договорот за здравствено осигурување што договорувачот на осигурувањето го склучува со СИГАЛ ЛАЈФ А.Д Скопје (во понатамошен текст: осигурувач). Поконкретните услови за осигурување, посебно одредбите кои се однесуваат на осигурителното покритие, се наведени во Посебните услови за здравствено осигурување кои се составен дел на Општите услови.

2. Општите услови за здравствено осигурување, Посебните 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 Посебните услови ќе се применуваат одредбите од посебните 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 ЛАЈФ А.Д 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
- Осигурен случај е настан или околност која како последица го има еден од договорените облици на осигурување.
- Премијата на осигурување е износот кој договорувачот 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 Додатните 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.

4. По исклучок од ставот 3 на овој член, осигуреници може да бидат и лица странски државјани кои не се опфатени со системот на задолжително здравствено осигурување, и тоа само за трошоци за здравствени услуги кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување и за користење на здравствени услуги во здравствени установи надвор

од мрежата на здравствени установи и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.

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. Понудата дадена на Осигурувачот за склучување на договор за осигурување го обврзува Понудувачот, ако тој не одредил пократок рок, за време од 8 (осум) дена од денот кога пристигнала понудата до Осигурувачот, а ако е потребен лекарски преглед, за време од 30 дена. Ако Осигурувачот во тој рок не добие понуда која не отстапува од Условите под кои тој го врши предложеното осигурување, ќе се смета дека ја прифатил понудата и дека договорот е склучен тој ден кога понудата пристигнала до Осигурувачот. Во случај Осигурувачот да ја одбие понудата за тоа е должен да го извести Понудувачот во пишана форма

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 договорувачот на осигурувањето во понудата за осигурување е валиден како потпис во полисата за осигурување.

10. Ако договорувачот 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.

Член 4

Со договорот за доброволно здравствено осигурување се покриваат трошоците за видот, содржината, обемот и стандардот на правата кој 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 Македонија, и во странство.

Член 6

Почеток и крај на осигурувањето

1. Дополнителното здравствено осигурувањето со осигурување на живот започнува од 00:00 часот на денот кој во полисата за осигурување на живот е назначен како почеток на осигурувањето, ако до тој ден е уплатена премијата.

2. Ако осигурувањето по овие Општи услови е обновено истовремено со осигурување на живот, обврската на осигурувачот почнува во 24:00 часот оној ден кога осигурувачот го потврдил прифаќањето на обновувањето на осигурувањето, ако до тој ден е уплатена договорената премија

3. Ако осигурувањето по овие Услови е вклучено подоцна, обврската на осигурувачот почнува во 00:00 часот оној ден кога во додатокот на полисата е означен како почеток на осигурувањето, ако до тој ден е уплатена договорената премија.

4. Обврската на осигурувачот по овие Општи услови престанува:

- во 00:00 часот на денот кој во полисата е наведен како ден на истек на осигурувањето;
- кога ќе настапи смрт на осигуреникот;
- осигуреникот ќе добие статус на лице кое не може да се прими во осигурување согласно член 2 од Општи услови;
- кога ќе истече рокот од член 15, став 1 од Општите услови, а премијата до тој рок не е платена;
- кога ќе се раскине договорот за осигурување согласно член 21 од Општите услови.

Почеток и крај на обврските на Осигурувачот

5. Обврска на Осигурувачот, ако не е договорена каренца, започнува во 00:00 часот на денот кој во полисата за осигурување на живот е назначен како почеток на осигурувањето, пред 24.00 часот на денот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

6. Доколку е договорена каренца, обврската на Осигурувачот започнува во 00:00 часот од следниот ден откако ќе истече каренцата, пред 00:00 часот на денот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

7. Обврската на осигурувачот престанува во 00:00 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 Додатните 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 Додатните 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 согласност 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 случај 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 пара, со исклучок на професионални заболувања;
- изгореници предизвикани од оган или електрицитет, жешок предмет, течност или пара, киселина, лужини и сл.;
- давење или потопување;
- гушење или задушвање поради затрупување со земја, песок и слично;
- истегнување на мускули, шинување, исколчување, кршење на коски кој настанува поради нагли телесни движења на телото или ненадејни напругнувања 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 сид под директно дејство на надворешна механичка сила врз стомачниот сид,

доколку по повредата е утврдена траматична кила, кај која болнички, покрај килата, утврдена е и повреда на меките делови на стомачниот сид во тоа подрачје;

- анафилактичен шок, освен ако настапи при лекување поради несреќен случај;

- хернија disci intervertebralis, сите видови лумбалгии, дископатии, сакралгии, миофасцитис, концигоднија, 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: управување со воздухоплов или летало, скокање со падобран или параглајдер, 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, следува надомест како за лекување од болест, а не 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, рамки за очила, вреќички за лед, пумпи

за вадење (измолзување) на млеко, шприц за миене на уста, електричен термофор, топломер, апарат за мерење на крвен притисок 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. Амбулантно лекување и трошоците за истото не важат доколку се

направени во здравствени установи надвор од Република 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 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 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. 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 вина, хранливи материјали и средства за зајакнување, геријатриски средства, 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 Лајф АД Скопје пред да се пристапи кон радиолошкиот третман.

Член 11

Доспевање на обврските на Осигурувачот

а) Осигурувачот е должен да ја исплати осигурената сума согласно со договорот во рок од 14 (четиринаесет) дена од денот кога ја примил пријавата на осигурениот случај.

б) Како исклучок, ако за утврдување на постоењето на обврската на осигурувачот и нејзиниот износ потребно е одредено време, односно ако не може да се утврди основаноста на постоење на обврската на осигурувачот или висината на надоместок, рок од став (1) на овој член почнува да тече од денот на утврдување на обврската и нејзината висина.

в) Осигурувачот во секој случај е должен да го исплати, по барање на овластено лице, неспорниот дел од својата обврска на име на аконтација, ако не е во можност да ја утврди вкупната обврска за исплата во рокот утврден од став 1 и 2 од овој член.

г) Ако во моментот на утврдување на обврската постои спор околу примената на даночните прописи и другите прописи со кои се утврдуваат задолжителните давања, осигурувачот ќе постапи согласно став (3) од овој член.

д) Кога осигурувачот ќе ја исплати осигурената сума на лицето кое на неа би имало право во случај кога корисникот не би бил одреден од договорувачот, осигурувачот се ослободува од обврската на договорот ако во моментот на исплатата не знаел ниту можел да знае дека корисникот е одреден со тестамент или со некој друг акт кој не му е доставен. Корисникот има право да бара поврат на исплатата од лицето кое од осигурувачот ја примил осигурената сума, исто важи во случај на промена на корисникот.

е) Осигурувачот има право на сите доспеани, а ненаплатени рати од премијата, да ги наплати при секоја исплата врз основа на оваа осигурување “

ж) Исплатата на осигурената сума се врши во согласност со одредбите од Законот за данок на добивка, Законот за персонален данок на доход и останатата даночна регулатива која се однесува на осигурувањето.

Осигурувачот нема да изврши исплата на надомест на штета или да обезбеди друг вид на надомест, по основа на оваа полиса, доколку плаќањето на штета или друг вид на надомест е во спротивност и/или го изложи осигурувачот на какво било санкции, забрани, рестрикции и ембарго, определени со резолуции на Обединетите нации, трговски или економски санкции, закони или регулативи на Европската Унија, Република Северна Македонија, Соединетите Американски Држави, или кое било национално законодавство што важи за страните на овој договор.

Г. ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОСИГУРИТЕЛНА ЗАШТИТА

Член 12

Ограничување на обемот на надомест

1. За болничко лекување во медицинската установа од став 9 член 10 постои осигурителна заштита само доколку Осигурувачот претходно одобрил лекување во писмена форма.

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 надоместокот 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;
- 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 на вештачко оплодување, како што е на пример in-vitro-fertilizacija или инсеминација;
- 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.

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

- При неумерено консумирање на алкохол или дрога и други наркотици или кога лекување поради неумерено консумирање на алкохол или дрога и други наркотици е отежнато;
- 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 лекови

- 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 доплаток за годишно 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. Премијата по однос на овие дополнителни услови, се плаќа под исти услови и рокови како и премијата по основното осигурување на живот, кон кое ова осигурување е склучено како дополнително осигурување .

2. Во случај на неплаќање на премијата во рок определен согласно условите за основното осигурување на живот, осигурувачот ќе го повика со препорачано писмо да ја плати достасаната премија во рок од 30 дена

од денот на врачувањето на препорачаното писмо.

3. Ако во рокот утврден со препорачаното писмо од став (2) на овој член достасаната премија не ја плати договорувачот или некое друго заинтересирано лице, осигурувачот ќе го раскине осигурувањето склучено по овие услови .

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 проценка 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 надоместокот, 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 зголемиениот 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, надоместокот 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 или корисникот се должни по настапот на осигурениот случај да поднесат до осигурувачот писмена пријава, за што во случај кога договорот за осигурување е склучен преку осигурително брокерско друштво, осигуреникот може да побара помош од страна на осигурителното брокерско друштво.

2. Пријавата се пополнува на соодветен образец на осигурувачот или друго писмено барање за надомест и со неа се поднесуваат следните документи:

- I. Комплетна медицинска документација од почетокот до завршувањето на лекувањето
- II. Отпусно писмо од болница, доколку осигуреникот престојувал во болница
- III. Податоци за историја на болеста
- IV. Записник од надлежни органи (МВР, ОЈО) доколку е настаната незгода за која е извршен увид
- V. Фотокопија од важечки документ за идентификација на осигуреникот
- VI. Фотокопија од т-ска сметка на осигуреникот

3. Осигурувачот има право да бара и други докази потребни за утврдување на правото на исплата.

4. Подносителот на пријавата ги сноси трошоците кои настанале во врска со пријавувањето на осигурениот случај.

5. Друштвото е должно најдоцна во рок од 14 дена од денот на поднесување на барањето за надомест на штета да провери дали кон барањето за надомест е доставена потребната документација за реализација на оштетното побарување и да изврши увид и проценка на оштетувањата. Доколку барањето е некомплетно, осигурувачот во рокот од 14 дена, по писмен или електронски пат е должен до осигуреникот или од него овластено лице, да побара да се комплетира барањето.

6. Осигурувачот може да донесе одлука за решавање на штетата и во случај кога осигуреникот не постапил по најмалку две последователни барања за доставување на дополнителна документација од став 6 на овој член, но ваквата одлука не може да биде донесена во рок пократок од 90 дена од денот на поднесување на барањето за штета.

7. 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 активност;
- 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 известено осигурувачот, ќе се смета за доволно доколку Осигурувачот испрати писмо на последната позната адреса на договорувачот на осигурувањето.

Член 23

Ажурирање на податоци

1. Осигурителот преку писмо ќе го извести договорувачот на осигурувањето да ги ажурира податоците согласно Законот за спречување перење пари и финансирање на тероризам, а договорувачот е должен да постапи согласно барањето од осигурителот, во рок определен од осигурителот.

2. Идентификација на физички лица се врши со:

- Ажурирање на податоци за физички лица се прави преку повторна идентификација на клиентот и потврдување на неговиот идентитет со поднесување на оригинален и важечки документ за идентификација, издаден од надлежен орган или копија заверена на нотар и изјава за носител на јавна функција.

3. Идентификација на правни лица се врши со:

- Ажурирање на податоци кога клиентот е правно лице или правен аранжман се идентификува и неговиот идентитет се потврдува со документ за регистрација во оригинал или копија заверена на нотар, издаден од надлежен орган на државата во која е регистрирано правното лице или акт за основање на правниот аранжман. Документот за регистрација или основање се поднесува во хартиена и/или електронска форма. Документите за регистрација издадени од надлежен орган на странска држава треба да бидат преведени на македонски јазик од страна на овластен судски преведувач.

- Податоците за идентификување и потврдување на идентитетот на вистинскиот сопственик ги обезбедуваат клиентите во оригинална или заверена документација од трговски, судски или друг јавен регистар, која не смее да биде постара од шест месеци.

4. Доколку договарачот на осигурувањето не постапи по барањето на осигурителот за ажурирање на податоците, осигурителот има право да постапи согласно Законот за спречување перење пари и финансирање на тероризам

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

Завршни одредби

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 6 Општи услови за осигурување на живот во случај на смрт или доживување со повеќекратно плаќање на премија постапување по преставки);
2. Службата за внатрешна ревизија во друштвото за осигурување;
3. Организацијата за заштита на потрошувачи и
4. Агенцијата за супервизија на осигурување.

Друштвото за осигурување преку воспоставен систем и интерни процедури одлучува по поднесените преставки во рок од 30 дена од денот на поднесување на преставката. Друштвото води регистар на доставени и решени преставки и за истите во законските рокови е должно да ја известува Агенцијата за супервизија на осигурувањето

Агенцијата за супервизија на осигурување е надлежен орган за супервизија на работењето на осигурувачот до која може да се достави жалба во однос на друштвата за осигурување и осигурителните брокерски друштва, друштвата за застапување во осигурувањето и застапниците во осигурувањето. Во случај на спор, надлежен е Основен граѓански суд Скопје. Исплатата на осигурената сума и уплатата на премијата се врши во согласност со одредбите од Законот за данок на добивка, Законот за персонален данок на доходи и останатата даночна регулатива која се однесува на осигурувањето. Осигурувачот нема да изврши исплата на надомест на штета или да обезбеди друг вид на надомест, по основа на оваа полиса, доколку плаќањето на штета или друг вид на надомест е во спротивност и/или го изложи осигурувачот на какво било санкции, забрани, рестрикции и ембарго, определени со резолуции на Обединетите нации, трговски или економски санкции, закони или регулативи на Европската Унија, Република Северна Македонија, Соединетите Американски Држави, или кое било национално законодавство што важи за страните на овој договор.

Член 26

Заштита на лични 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
- (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, и истите ги обработува во роковите определени согласно интерните прописи.
- (5) Личните податоци наведени во договорот за осигурување на живот се чуваат од страна на Осигурувачот 10 години по истекот на периодот на осигурување.

Член 27

Завршни одредби

По однос на договорот за осигурување склучен врз основ на овие услови, осигуреникот нема право на учество во добивка, ниту пак право на исплата на откупна вредност или пак капитализација.

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

Во случај на спор, надлежен е Основниот граѓански суд Скопје.