

Член 1

Општа одредба

1. Општите услови за здравствено осигурување и овие Посебни услови за осигурување на еднократен (фиксен) паричен надомест за лекување кон осигурување на живот (во понатамошниот текст: „Посебни Услови“), Полисата за осигурување и Понудата за склучување на договорот, се составен дел од договорот за доброволно здравствено осигурување што Договорувачот на осигурувањето ќе го склучи со друштвото СИГАЛ ЛАЈФ ад Скопје (во понатамошниот текст: „Осигурувач“).
2. Општите услови за Здравствено Осигурување и овие Посебни услови за осигурување на еднократен (фиксен) паричен надомест (во понатамошниот текст: „Посебни услови“), Полисата за осигурување и Понудата за склучување на договорот, се составен дел на договорот за доброволно здравствено осигурување, што Договорувачот на осигурувањето ќе го склучи со друштвото СИГАЛ ЛАЈФ (во понатамошниот текст „осигурувач“).
3. Договорот за осигурување се склучува за најмалку една година, со можност за продолжување, во согласност со одредбите на Општите услови за здравствено осигурување.
4. Во полисата за осигурување се наведени ризиците кои се осигурени и договорените износи за надомест.

Член 2

Право на осигурување

1. Согласно Посебните услови за осигурување на еднократен (фиксен) надомест, можат да се осигураат лица од 0 до навршени 60 години.
2. Осигуреници се физички лица на чии здравствена состојба зависи исплатана на договорениот надомест

Член 3

Осигурително покритие

1. Осигурителното покритие опфаќа надомест за:
 - операција и
 - фрактура на коски.

Член 4

Осигурен случај

Под Осигурен случај според овие услови се подразбира:

Операција

1. Под операција на осигуреникот се подразбира хируршка интервенција која е потребна поради болест или последица од несреќен случај.
2. Под хируршка операција се подразбира операции кои се извршуваат на срце, крвните садови на срцето и мозокот поради малигни тумори, левкемија, епилепсија, шизофренија, дијабетес, трансплантација на органи, хемодијализа и протеза на колк, а кои ги исполнуваат основните услови од ставот 3. од овој член за признавање на хируршки операции.
3. Во согласност со овие Посебни услови, поимите поврзани со дефиницијата за осигурениот случај, операција на осигуреникот, го имаат следното значење:
 - Хируршка операција е операција со хируршки рез, која ја изведува хирург во операциона сала во болница.
 - Болница е било која јавна или приватна институција, законски овластена за медицински третмани на болни или телесно повредени, дијагностицирање и изведување хируршки операции. Таква институција мора да има дежурен доктор 24 часа на ден.
 - Хирург е лице кое е квалификувано со диплома и законски лиценцирано и регистрирано за изведување на хируршки операции.
4. Осигурителното покритие, во случај кога следи операција, не постои за:
 - сите случаи предизвикани од болест од која веќе боледува осигуреникот
 - оние зафати кои можат да се изведат амбулантно односно за кои не е потребно болничко лекување или кои се изведуваат со цел

дијагностицирање на заболувањето и/или состојбата, а чие опоравување после оперативниот зафат на трае подолго од 3 дена;

- Третмани за намалување на телесната тежина,
 - Бременост, природно породување, породување со Царски рез и спонтан абортус,
 - Неонатални третмани,
 - Естетски, козметички и пластични хируршки интервенции, освен ако истите не служат за отстранување на последици од несреќен случај кој е покриен со полисата за осигурување.
 - Реконструкција на града како последица на мастектомија поради карцином (рак) е покриена, додека замената на постоечкиот имплант на градите се исклучува од осигурителното покритие.
 - Оперативни третмани во директна или индиректна врска со СИДА-та. Исклучена е било која болест, која е директна или индиректна последица или е поврзана со серопозитивната инфекција со ХИВ вирусот, стекнат синдром на СИДА или било кој друг синдром сличен или поврзан со СИДА?
 - Третмани и операции на заби, освен ако истите не служат за отстранување на последици од несреќен случај која е покриена со полисата за осигурување,
 - Експериментални третмани или третмани извршени од страна на неквалификуван лекар,
 - Постапки чија цел е превентивна, а не куративна,
 - Перитонеална дијализа, и секој третман кој од медицински аспект е непотребен.
- Фрактура на коски
5. Под фрактура на коски се подразбира скршеница која се случила за времетраење на осигурувањето, и доколку, по настанувањето на повредата истата е утврдена во болница или во друга здравствена институција или од овластен лекар, под услов скршеницата да е верификувана со рендгенска снимка.
 6. Осигурителна заштита не постои за кршење на заби.
 7. Фрактури на повеќе коски кои се последица од еден случај, се смета како еден осигурен случај.

Член 5

Надомест од осигурување

1. Кога настанува осигурениот случај, Осигурувачот го исплатува договорениот еднократен (фиксен) паричен надомест, наведен во полисата за осигурување.
 2. Правото на надомест од осигурувањето не е преносливо односно исклучиво Осигуреникот има право на наплата на надоместот од осигурувањето.
- Операција
3. Кога настанува осигурен случај согласно овие Посебни услови, Осигурувачот има обврска за секоја извршена операција да му исплати на осигуреникот еднократен (фиксен) паричен надомест во зависност од сложеноста на извршената операција.
 4. Сложеноста на операцијата ја утврдува Осигурувачот согласно Табелата за одредување на сложеноста на операциите (во продолжение „Табела“).
- Ако некоја операција не е предвидена во Табелата истата не се смета за осигурен случај.
5. Ако за време на иста хируршка операција изведени со различни хируршки резови изведени се повеќе хируршки интервенции, на осигуреникот се гарантира исплата за надомест за онаа операција која припаѓа на повисока група.
 6. Ако се извршат повеќе хируршки интервенции преку ист хируршки рез, Осигурувачот гарантира исплата за надомест за само таа хируршка интервенција за која се исплаќа највисок надомест.

Фрактура на коски

1. Кога настанува осигурен случај согласно овие Посебни услови, Осигурувачот има обврска за секоја фрактура на коски да му исплати на осигуреникот пресметаниот /договорениот и наведениот износ во зависност од сложеноста на фрактурата но не повеќе од договорениот надомест, наведен во полисата за осигурување.

2. Сложеноста на фрактурата ја утврдува Осигурувачот согласно Табелата за одредување на сложеноста на фрактурите (во продолжение „Табела“)

Член 6

Територијална важност на осигурување

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

Член 7

Начин на склучување на договор

1. Договорот за осигурување кој покрива еднократен (фиксен) паричен надомест, може да се склучи како:

- Индивидуално осигурување
- Семејно осигурување
- Групно (колективно) осигурување

Со полисата за семејно осигурување може да се осигурат членови на едно семејство, кои се наведени поединечно во полисата или список кој е прилог кон полисата. Членви на семејство се сметаат: сопружник на Договорувачот на осигурувањето и деца до навршени 18 години.

2. Со полисата за групно осигурување може да се осигурат вработени лица во компании, организации, заедници и институции, ако се осигураат најмалку 10 лица, по приложен список кој е составен дел на полисата.

Член 8

Плаќање на премија

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 .

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.

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 9

Промена на премија за осигурување

1. Осигурувачот има право на корекција на премијата со оглед на ризикот на осигуреникот (старост, здравствена состојба на осигуреникот, бонус, малус).

2. Осигуреникот е должен пред склучувањето на договорот за осигурување како и за време на неговото траење, да ја достави до Осигурувачот, на негово барање, целата потребна оригинална медицинска документација, како би можел истиот, навремено и вистинито да ја утврди здравствената состојба на Осигуреникот, и во согласност со тоа, по потреба да ја корегира висината на премијата на осигурувањето.

Член 10

Општа каренца

1. Под каренца се подразбира периодот во кој Осигурувачот не е обврзан да му пружи осигурителна заштита на осигуреникот, од склучениот договор за осигурување на еднократен (фиксен) паричен надомест, односно не е обврзан да исплаќа надомест од осигурувањето. Периодот на каренца се смета од почетокот на осигурувањето.

2. Општата каренца се применуваат само при првото склучување на договорот за осигурување и доколку од истекот на осигурувањето до почетокот на обновувањето (продолжувањето) на осигурувањето поминало повеќе од 15 дена.

3. Осигурителната заштита за осигурен случај кој настанува поради операција, постои по истекот на општата каренца во времетраење од два месеци од почетокот на осигурувањето, а под услов да е платена премијата како што е предвидено со Посебните услови за здравствено осигурување.

4. Осигурителната заштита за осигурен случај кој настанува поради незгода постои од почетокот на осигурувањето без примена на општа и посебна каренца.

Член 11

Траење на осигурување

1. Обврската на Осигурувачот, доколку не е договорена каренца на осигурувањето, почнува во 00:00 часот на денот кој во полисата за осигурување на живот е назначен како почеток на осигурувањето, но не пред 24:00 часот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

2. Доколку е договорена каренца на осигурувањето, обврската на осигурувачот почнува во 24:00 часот следниот ден по истекот на каренцата, но не пред 24:00 часот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

3. Обврската на Осигурувачот престанува во 00:00 часот на денот кој е наведен во полисата како ден на истекување на осигурувањето.

4. Обврската на Осигурувачот за ново примениот член од семејното или групното (колективното) осигурување почнува во 24:00 часот, следниот ден по истек на каренцата, сметајќи го почетокот на каренцата од оној ден кога Осигурувачот го примил известувањето за вклучување во осигурување и кога е платена премијата.

5. Обврската на Осигурувачот за секој член од семејното или групно осигурување престанува во 00:00 часот, оној ден кој е наведен како ден на престанок на осигурувањето или кога договорот престанува да важи поради некои други причини (на пр. пензионирање, прекинување на договор за работа...)

Член 12

Пријава на 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 .

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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

Член 13

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 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.

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 и/или капитализација .

Член 14

Ажурирање на податоци

1. Осигурителот преку писмо ќе го известува договарачот на осигурувањето да ги ажурира податоците согласно Законот за спречување перење пари и финансирање на тероризам, а договарачот 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 15

Заштита на потрошувачи

(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 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.

Член 16

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 17

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 .

Овие Посебни услови зажат со Општите услови за доброволно здравствено осигурување, а доколку се во спротивност, важат овие Посебни услови .

За сето она што не е регулирано со овие Посебни 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.