

## ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ВТОРО МЕДИЦИНСКО МИСЛЕЊЕ – iuteCare бр.0202-84/1 од 15.05.2026

### Член 1. Општа одредба

Овие Општи услови за осигурување на второ медицинско мислење (во понатамошен текст Општи услови) се составен дел на договорот за осигурување (во понатамошен текст договор) што договорувачот ќе го склучи со друштвото СИГАЛ Иншуренс груп АД Скопје (во понатамошен текст „осигурувач“).

### Член 2. Поими кои се користат

**Овластен Лекар:** Доктор по медицина кој е директно вклучен во поставувањето на првата дијагноза на соодветната медицинска состојба на осигуреникот.

**Работен ден:** Работен ден значи ден кој не е сабота, недела ниту празник во Република Северна Македонија

**Дијагноза:** Писмен медицински заклучок утврден од овластен лекар врз основа на извршен лекарски преглед на осигуреникот, кој го содржи називот на болеста или сомневаната медицинска состојба

**Медицинска состојба:** Било која болест, повреда или здравствено нарушување кај осигуреникот за кое е поставена дијагноза и е предложено соодветно лекување.

**Медицинска документација:** Писмени медицински записи за осигуреникот, изготвени и водени од овластен лекар кој ја води првата дијагноза или од други вклучени медицински професионалци или здравствени установи. Обично, тие вклучуваат писмен преглед на основната дијагноза, опис на препорачаната терапевтска постапка, како и дополнителни материјали како рендгенски снимки, патолошки блокови или препарати, компјутерски слики, резултати од лабораториски испитувања и други информации добиени преку клиничка евалуација.

**Второ медицинско мислење:** Писмено стручно мислење изготвено од лекар кој практикува во светски призната медицинска установа, кое се однесува на конкретната болест, повреда или медицинска состојба со која е дијагностициран осигуреникот, како и на предложениот начин и тек на лекување

**Давател на услуги:** Организација со која СИГАЛ Иншуренс Груп АД Скопје има склучено договор за посредување во обезбедување на услуги за второ медицинско мислење. Давателот на услуги има склучено договори со овластени здравствени установи, при што здравствените услуги ќе се извршуваат исклучиво во здравствени установи овластени од надлежен орган

**Здравствена установа:** Здравствена установа која е широко позната за обезбедување специјализирана медицинска грижа, призната од медицинската заедница за своите клинички практики и законски овластена да врши дејност во државата во која е основана

### Член 3. Траење на договорот за осигурување

1. Договорот за осигурување се склучува за време од една година, со можност за продолжување.
2. Договорот за осигурување не се продолжува автоматски без да биде доставено барање за обнова од страна на договорувачот.

### Член 4. Право на осигурување

1. Осигуреници се физички лица чија здравствена состојба зависи од добивање на второ медицинско мислење.
2. Договорот за осигурување за обезбедување на второ медицинско мислење може да се склучи како: индивидуално осигурување или семејно осигурување.
3. Во покритието за дополнително осигурување на обезбедување на второ медицинско мислење може да се вклучат и членови на потесното семејство со доплата на премија.
4. Како членови на отесното семејство, во смисла на ова покритие, се сметаат брачниот другар на осигуреникот и неговите деца, под услов да живеат на иста адреса со осигуреникот.

### Член 5. Осигурително покритие

Осигурителното покритие опфаќа обезбедување на второ медицинско мислење за медицинска состојба која е дијагностицирана од овластена здравствена установа или лекар, при што дијагнозата е поставена во период не подолг од 12 (дванаесет) месеци пред поднесување на барањето за користење на услугата.

### Член 6. Траење на осигурување

1. Обврската на Осигурувачот, доколку не е договорена каренца на осигурувањето, почнува по истек на 00:00 часот на денот кој во полисата за осигурување е назначен како почеток на осигурувањето.
2. Доколку е договорена каренца на осигурувањето, обврската на осигурувачот почнува во 00:00 часот следниот ден по истекот на каренцата.
3. Обврската на Осигурувачот престанува во 00:00 часот на денот кој е наведен во полисата како ден на истекување на осигурувањето.

### Член 7. Плаќање на премија

1. Премијата по однос на овие Општи услови, се плаќа одреден ден, при склучување на договорот за осигурување.
2. Договорувачот има право, во рок од 14 дена од денот на склучување на договорот за осигурување да го раскине договорот, со писмено известување до осигурувачот, при што осигурувачот е должен да ја врати уплатената премија, под услов во наведениот период од 14 дена да не е настанат осигурен случај.
3. Од причина што договорувачот е должен премијата да ја плати при склучувањето на договорот, обврската на осигурувачот да го исплати надоместот или сумата определена со договорот почнува наредниот ден од денот на уплатата на премијата.

### Член 8. Пријава на осигурен случај

1. Осигурен случај, во смисла на овие Општи услови, е настанување на медицинска состојба кај осигуреникот за која е поставена дијагноза од овластен лекар и врз основа на која осигуреникот поднесува барање за добивање на второ медицинско мислење. Осигурениот случај мора да настане во периодот на важење на осигурувањето.
2. Осигуреникот е должен по настанот на осигурениот случај да поднесе до давателот на услуги писмена или електронска 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.
3. Пријавата се пополнува на соодветен образец на давателот на услуги или друго писмено или електронско барање за надомест и со неа се поднесуваат следните документи:
  - a) Комплетна медицинска документација од дијагностицирана медицинска состојба
  - b) Давателот на услугите може да бара превод на медицинската документација на англиски јазик.
  - c) Давателот на услуги има право да бара и други докази потребни за утврдување на правото на добивање на второ медицинско мислење.
4. Давателот на услуги е должен најдоцна во рок од 14 дена од денот на поднесување на барањето за добивање на второ медицинско мислење да провери дали кон барањето е доставена потребната документација за добивање на второ медицинско мислење,
5. Доколку барањето е некомплетно давателот на услуги 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. Давателот на услуги е должен по комплетирање на документација од страна на осигуреникот, да идентификува три светски признати медицински установи кои се високорангирани во дијагностицирањето и лекувањето на таа конкретна болест и кои се достапни за навремено одговарање на барањето на осигуреникот.
7. Информациите за трите признати здравствени установи се доставуваат до осигуреникот по комплетирање на целосна документација и приемот на

потпишаната согласност од осигуреникот.

8. Осигуреникот е должен да избере една здравствена установа од која ќе добие второ медицинско мислење.

9. По приемот на целосната медицинска документација на осигуреникот и избор на здравствената установа, од страна на избраната здравствена установа ќе биде изготвено и доставено Второ медицинско мислење.

10. Второто медицинско мислење исто така ќе вклучува комплетен преглед на оригиналната дијагноза и предложениот план за лекување од страна на експертски лекари во избраната здравствена установа.

11. Давателот на услуги е должен да ги покрие сите трошоци поврзани со процесот на Второ медицинско мислење, освен трошоците за нови медицински испитувања и трошоци за превод.

12. Осигурувачот или Давателот на услугата не одговара за доцнење или неможност за исполнување на обврските предизвикани од настани на виша сила, како што се природни непогоди, војна, пандемии, прекин на комуникациски системи и слично.

13. Осигуреникот треба да го поднесе барањето за надомест во рок пократок од 12 месеци од поставување на дијагнозата.

#### **Член 9. Исклучоци**

1. Осигуреникот може да побара Второ медицинско мислење освен во следните ситуации:

a) Осигуреникот нема поставена дијагноза – Осигуреникот мора претходно да има добиено официјална дијагноза од својот лекар кој го лекува, како предуслов здравствената установа да може да ја потврди дијагнозата и да даде препораки за понатамошен третман на конкретната медицинска состојба.

b) Осигуреникот не бил прегледан од лекар во последните 12 месеци – За да може здравствената установа да даде релевантни препораки за третман, потребно е да биде доставена ажурирана медицинска документација и доказ за извршен лекарски преглед.

c) Осигуреникот има акутна и животозагрозувачка состојба – Доколку осигуреникот има потреба од итна медицинска помош, истиот треба веднаш да се обрати кај својот лекар или во соодветна здравствена установа, без одложување поради очекување на Второ медицинско мислење.

d) Потребна е непосредна физичка проценка на осигуреникот – Одредени медицински состојби бараат директен лекарски преглед и проценка (на пример, одредени психијатриски состојби), поради што таквите случаи не се подобни за добивање на Второ медицинско мислење.

#### **Член 10. Право на приговор**

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 :

a) Организационата единица надлежна за решавање на спорови меѓу договорни страни во рамките на друштвото за осигурување ( комисија за постапување по преставки)

b) Службата за внатрешна ревизија во друштвото за осигурување; Агенцијата за супервизија на осигурување.

c) Организација за заштита на потрошувачи

d) Агенција за супервизија на осигурување

2. Друштвото за осигурување преку воспоставен систем и интерни процедури одлучува по поднесените преставки во рок од 30 дена од денот на поднесување на преставката

3. 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 11. 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:

a. 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;

b. во случаи предвидени со Законот за спречување перење на пари и други приноси од казниво дело и финансирање на тероризам;

c. 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;

d. 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;

e. 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;

f. 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 се чуваат од страна на Осигурувачот 10 години по истекот на периодот на осигурување

6. Осигуреникот има право:

6.1 на пристап до своите лични податоци;

6.2 на исправка на неточни или нецелосни податоци;

6.3 на бришење на податоците, доколку се исполнети законските услови;

4. на ограничување на обработката;

6.4 на приговор на обработката;

6.5 на преносливост на податоците, во согласност со закон.

7. Осигуреникот има право да ја повлече дадената согласност во секое време, без тоа да влијае на законитоста на обработката пред повлекувањето. Повлекувањето на согласноста може да влијае врз можноста за користење на услугата и раскин на договорот.

8. Осигурувачот применува соодветни технички и организациски мерки за заштита на личните податоци од неовластен пристап, губење, злоупотреба или уништување.

9. Личните податоци се чуваат во рокови утврдени со закон и интерни акти на осигурувачот, а најдолго во рок потребен за исполнување на целите за кои се обработуваат.

10. Осигуреникот има право да поднесе приговор до осигурувачот, како и претставка до надлежниот орган за заштита на лични податоци.

#### **Член 12. Завршни одредби**

1. Во случај на несогласување на некои одредби од условите и полисата за осигурување ќе се применуваат одредбите од полисата.

2. За сето она што не е регулирано со овие Општи услови важат одредбите од Законот за супервизија на осигурување и Законот за облигациони односи.

3. Во случај на несогласување на некои одредби од 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 и другите важечки законски и подзаконски акти.

4. 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.

5. 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 преставки.

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