

УСЛОВИ ЗА ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ**ДЕФИНИЦИИ:**

Пооделни изрази во овие услови значат:

- **Осигурувач** - Акционерското друштво за осигурување Еуролинк - Скопје.
- **Понудувач** - лице кое сака да склучи осигурување и за таа цел поднесува писмена или усмена понуда на осигурувачот;
- **Договарач** - правно или физичко лице кое го склучува договорот за осигурување за осигуреникот (осигурениците) и кое ја плаќа премијата.
- **Осигуреник** - лице од чија смрт, траен инвалидитет (инвалидитет) или нарушување на здравјето зависи исплатата на осигурената сума односно надоместот;
- **Корисник** - лице на кое се врши исплата на осигурената сума односно надомест
- **Полиса** - исправа за склучениот договор за осигурување;
- **Осигурена сума** - највисок износ до кој осигурувачот е во обврска;
- **Премија** - износ кој договарачот е должен да го плаќа на осигурувачот по договорот за осигурување;
- **Франшиза** - сума наведена во полисата, со која осигуреникот учествува во секој штетен настан;
- **Медицински трошоци** - вообичаени трошоци за медицински материјал, трошоци за лекување и други медицински сервиси, кои од медицинска гледна точка се неопходни за лекување на осигуреникот;
- **Багаж** - патна торба која ги содржи личните ствари на осигуреникот, а кои не спаѓаат во рачен багаж;
- **Осигуреници-ученици, студенти и постдипломци** - се лица на возраст од 14 до 26 години и кои статусот го докажуваат со ученичка книшка или индекс.
- **Осигуреници-група кои се осигуруваат по повластена стапка** - се повеќе од 10 лица кои патуваат заедно, организирано преку овластена туристичка агенција.
- **Осигуреници-семејство кои се осигуруваат по повластена стапка** - се сметаат родители и деца до дваесет и една годишна возраст кои патуваат заедно.
- **Осигуреници - (бизнис) правни лица**, осигуреници можат да бидат само: вработени кај договарачот, членови на органите на управување на правното лице или лица кои имаат договор за дело со правното лице.
 - **Блиски роднини** - брачните другари, роднини по права линија на сродство, посвоеник, посинок, храненик, посвоител, маќеа и очув, хранител, како и брат и сестра. Роднини се сметаат и: животен (вонбрачен) партнер, сопруг/а на роднина по права линија, свршеник или свршеница, роднина по права линија и брат или сестра на сопруг/а како и сопруг/а на брат или сестра).
 - **Туристички пакет – аранжман** - е однапред договорена комбинација од најмалку две од следниве услуги продадени или дадени на продажба од туристичка агенција, со тоа што вкупната услуга да трае подолго од 24 часа или вклучува сместување со ноќевање, односно сместување и тоа:
 - а) транспорт,
 - б) сместување и

в) други туристички услуги кои не се опфатени со транспортот и сместувањето и се значаен обем во рамките на туристичкиот пакет- аранжман;

- **Видови на осигурителни покретија:**

- ОПТИМУМ- важат одредбите од Секција I
- ПРЕМИУМ- важат одредбите од Секција I и II
- ВИП- важат одредбите од Секција I, II и III
- ТУРИСТ - важат одредбите од секција I, II и IV

ОДДЕЛ 1 - ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1 – Договор за патничко осигурување

(1) Овие Услови за патничко осигурување (во натамошен текст: Услови) се составен дел на договорот-полисата за патничко осигурување што договарачот на осигурувањето ќе го склучи со Акционерското друштво за осигурување Еуролинк - Скопје.

(2) Акционерското друштво за осигурување Еуролинк - Скопје (во натамошен текст: осигурувач), врз основа на договорот за осигурување, а во зависност од видот на осигурителното покритие, обезбедува услуги наведени во полисата, кои произлегуваат од осигурените случаи што ќе настанат во странство и се поврзани со патувањето во странство, и тоа:

- а) здравствена помош и осигурување;
- б) помош при патување и осигурување;
- в) осигурување од незгода
- г) осигурување на багаж
- д) деловна помош и осигурување
- ѓ) отказ на патување
- е) дополнително осигурување за ски пакет (со доплата на премија)
- ж) дополнително осигурување од спортска незгода (со доплата на премија);

(3) За сите права и обврски на договорните страни, како и на трети лица што произлегуваат од договорот за осигурување, кои не се регулирани со конкретниот договор и овие Општи услови, се применуваат одредбите од Законот за облигационите односи.

Член 2 - Случување на договор за осигурување

(1) Договорот за патничко осигурување се склучува врз основа на писмена или усна понуда од договарачот на осигурувањето исклучиво пред почетокот на патувањето.

(2) Договорот за осигурување е склучен кога договарачот на осигурувањето и осигурувачот ќе ја потпишат полисата за осигурување и договарачот ќе ја плати премијата по полисата.

(3) По исклучок на ставот (2) од овој член, во случај кога договорот за осигурување се изготвува врз основа на писмена понуда во електронски облик преку интернет на веб страната на осигурувачот, договорот за осигурување е склучен со плаќање на премијата по полисата од договарачот на осигурувањето, со платежна картичка преку интернет. Плаќањето на премијата се смета за извршено кога договарачот на осигурувањето ќе добие потврда на веб страната на осигурувачот дека трансакцијата е успешно извршена.

(4) Осигурувањето може да се склучи само за лицето, кое во моментот на потпишувањето на полисата престојува на територијата на Република Македонија.

(5) Осигурување на отказ на патување може да се склучи само преку туристичка агенција и тоа исклучиво при склучување на договорот за патување.

Член 3 - Почеток и траење на осигурувањето

(1) Осигурувањето може да се склучи за период од најмногу 365 дена. За период на осигурување подолг од 365 дена, се склучуваат два или повеќе договори за осигурување

(2) Патничкото осигурување започнува во 00,00 часот на денот кој во полисата е наведен како почеток на осигурувањето, но не пред осигуреникот да ја помине државната граница при излегување од Република Македонија, и престанува во 24,00 часот на денот наведен како истек на осигурувањето.

Ако периодот на покритие (ефективно осигурување) е пократок од периодот на важност на полисата (периодот помеѓу почетокот и истек наведени во полисата за осигурување), осигурувањето престанува во 24,00 часот на последниот осигурен ден за кој е платена премија за осигурување.

(3) За ризикот откажување на патување осигурувањето започнува во 24,00 часот на денот на потпишување на полисата и престанува со почетокот на патувањето на осигуреникот.

(4) Без оглед на договореното траење на осигурувањето, осигурувањето согласно овие Услови престанува денот кога:

1. осигурувачот ќе ја исплати осигурената сума од полисата за трошоци за лекување;
2. ќе настапи смрт на осигуреникот или ќе му биде утврден инвалидитет од 100%;
3. ќе истече 21-от ден од почетокот на осигурувањето, за осигуреник со навршени 70 години живот.

Член 4 - Способност за осигурување

(1) Осигуреник може да биде секое лице кое патува во странство.

(2) Осигуреник, може да биде и лице кое има постојано престојувалиште во странство.

(3) Лица со навршени 70 години можат да склучат договор за осигурување само за патувања преку туристичка агенција во рамки на туристички пакет – аранжман, со траење на осигурувањето најмногу до 21 ден.

Член 5 - Корисници на осигурувањето

(1) Корисник на здравственото осигурување, осигурување на помош при патување, осигурување на багаж и осигурување на отказ на патување е осигуреникот, или секое трето лице кое ќе докаже дека ги подмирило трошоците кои осигурувачот ги надоместува според полисата.

(2) Корисници на осигурувањето се и лицата кои имаат право на услугите од осигурувачот по полисата согласно член 20, 22 став(2), 23 и 24 од овие Услови.

(3) Корисник на осигурувањето од незгода, на осигурената сума за инвалидитет е осигуреникот, а на осигурената сума за смрт на осигуреникот, корисници се неговите законски наследници.

(4) Доколку осигуреникот е малолетно лице, корисник на правата од полисата е неговиот законски застапник или старател.

Член 6 - Територијална важност на осигурувањето

(1) Осигурувањето важи во сите земји во светот со исклучок на Република Македонија, или, во зависност од договорот за осигурување, само за определени држави.

(2) За лицата кои не живеат во Република Македонија осигурувањето не важи и во земјата на нивното постојано живеење.

(3) За лицата кои постојано работат во странство осигурувањето не важи во земјата каде што работат.

Член 7 - Ограничување на осигурително покритие

(1) Доколку настанат повеќе штети односно серија на штети на осигуреници, а кои произлегуваат од ист штетен настан (осигурен случај) и кои временски се поврзани (агрегат), максималната обврска на осигурувачот изнесува 6.000.000 денари.

(2) Во случај на штета од став 1 на овој член, при обештетувањето на осигурениците се применува правило на пропорција.

(3) Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, осигуреникот учествува во секој штетен настан во висина од договорената франшиза.

(4) Доколку осигуреникот има повеќе полиси за патничко осигурување кај осигурувачот, осигурувачот исплаќа надомест само по основ на една полиса и истовремено ја враќа премијата од другите полиси на осигуреникот.

Член 8 - Пресметка и плаќање на премијата за осигурување

(1) Основната премија се пресметува на следниот начин:

1. за престој од 1 до 365 дена се пресметува дневна премија;
2. ако пресметаната дневна премија за еден осигуреник е помала од минималната премија, се наплатува минимална премија.

(2) Доплата на основната премија во висина утврдена со тарифата се пресметува за :

- осигуреници на возраст над 65 години;
- спортисти;
- ски пакет;
- отказ на патување, освен за осигурителното покритие Турист.

(3) Попуст на основната премија во висина одредена со тарифата се пресметува за:

- групни и бизнис патувања
- семејни патувања, студентски и ученички патувања

(4) За осигурувања склучени за пократок период на покритие (ефективно осигурување) од периодот на важност на полисата, основната премија се пресметува во зависност од должината на периодот на покритие според Тарифата на премии за патничко осигурување.

(5) Премијата се плаќа одеднаш при склучување на договорот за осигурување.

Член 9 - Поврат на премија

(1) На договарачот на осигурувањето осигурувачот одобрува враќање на премијата, намалена за износот на минималната премија, во случај на откажување на патувањето, а пред почетокот на осигурувањето.

(2) Во случај на смрт на осигуреникот пред почетокот на осигурувањето, договорот за осигурување престанува. Осигурувачот ја враќа премијата на законските наследниците, намалена за износот на минималната премија, по добивање на доказ за смртта на осигуреникот и полисата за осигурување.

(3) При враќањето на премијата од ставот (1) на овој член осигуреникот односно договарачот ја враќа полисата за осигурување и поднесува докази за откажувањето на патувањето.

(4) Минималната премија не се враќа.

(5) Премијата не се враќа кога осигурувачот веќе дал услуга по полисата или кога полисата е истечена.

Член 10 - Неважност на полисата

(1) Полисата за осигурување нема правно дејство, и осигурувачот нема никакви обврски по полисата, доколку осигуреникот:

1. или догаварачот, договорот за осигурување го склучил во моментот кога осигурениот случај веќе настанал или бил во настанување или било извесно дека ќе настапи;
2. не престојувал на територијата на Република Македонија кога договорот бил склучен;

3. кој има навршени 70 години патува во странство, а нема склучено договор за патување во рамки на туристички пакет аранжман од туристичка агенција;
4. осигурувањето за отказ на патување го склучил по склучување на договорот за патување со туристичката агенција;
5. односно доварачот не ја платил премијата при склучување на договорот за осигурување.

(2) Полисата за осигурување нема правно дејство, и осигурувачот нема никакви обврски по полисата за осигурен случај што настанал:

1. во земјата во која осигуреникот е на постојана работа;
2. во земјата во која осигуреникот има постојанао престојувалиште.

Член 11 - Исклучени ризици од осигурувањето

(1) Следните ризици се исклучени од осигурување:

1. настанати нематеријални штети;
2. штети предизвикани од осигуреникот на трети лица;
3. штети настанати поради непридржување од страна на осигуреникот кон прописите и условите за патување на транспортната компанија;
4. изложување на екстремни спортови (особено авто-трки, качување по карпи и планини, одење во пештери, алпинизам, авијација и параглајдерство, падобрански скокови, банџи скокови, веслање на брзи води, ски алпинизам, ски борд, боречки вештини, нуркање и др.);
5. учество во подготовки, тренинзи и спортски натпревари (освен за спортисти кои имаат платено премија за дополнително осигурување од спортска незгода);
6. настани кои директно или индиректно се поврзани со радијација оквалификувана како јонизирачка согласно законските прописи, или со нуклеарна енергија;
7. настани кои директно или индиректно се поврзани со војна, инвазија, дејства на странски непријатели, непријателски или воени операции (без оглед дали војна е објавена или не), граѓанска војна, бунт, револуција, востание, граѓански немири, имајќи го во предвид нивниот обем или нивното прераснување во востание, воена или узурпаторска сила и било кое дејство на тероризам.

Ако осигурувачот смета дека поради исклучоците во точката 7 оштетното побарување не е покриено со ова осигурување, товарот на докажување на спротивното го сноси осигуреникот.

8. Природни катастрофи, земјотрес, поплави, бури, прекин на или сопирање на комуникациски услуги, штрајк.

(2) Осигурувачот не е одговорен за штети од одговорност кои произлегуваат од погрешно лекување предизвикано од давателот на услугата.

Член 12 - Обврски на осигуреникот

Осигуреникот е должен:

1. веднаш, а најдоцна во рок од 24 часа од настанувањето на осигурен случај, да го извести осигурувачот за сите околности и податоци во врска со истиот;
2. да ги намали или ублажи штетните последици од осигурениот случај колку што е можно, притоа следејќи ги инструкциите на осигурувачот;
3. да ја пријави штетата во рок од 8 дена по враќање од патувањето и да ја почитува обврската за јавување во роковите и на начин утврден во договорот;
4. да дозволи осигурувачот да ги изврши сите испитувања кои се однесуваат на причините за настанување на осигурениот ризик, за проценување на последиците и за висината на бараниот надомест.
5. веднаш да го извести осигурувачот за нереализирање на патувањето, во случај да бара поврат на премија.

Член 13 - Исплата на надомест

(1) Осигурувачот плаќа надомест на лицето кое има право на тоа, согласно износот на осигурителното покритие утврден во договорот за осигурување во рок од 14 дена по прием на сите документи, односно по приемот на последниот документ кој е потребен за решавање на штетата. Доколку осигурената сума е договорена во евра, надоместот се исплаќа во денарска противвредност на еврото, пресметан по средниот курс на Народната банка на Република Македонија на денот на решавање на штетата.

(2) По исплатата на надоместот од осигурувањето, преминуваат врз осигурувачот, до висината на исплатениот надомест, сите права на осигуреникот спрема лицето што по кој и да е основ е одговорно за штетата, со исклучок кога тоа лице е роднина кое живее заедно со осигуреникот.

Член 14 - Застарување на побарувањата за исплата на надомест

(1) Правото да се бара исплата на надомест врз основа полисата истекува во рок од 3 години, сметајќи од првиот ден по истекот на календарската година во која настанал осигурениот случај.

Член 15 - Обврска за тајност

(1) Осигурувачот е во обврска за чување на податоците од договорот за осигурување како деловна тајна, согласно Законот за супервизија на осигурувањето и Законот за заштита на личните податоци..

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

- 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;
 - во случаи предвидени со Законот за спречување перење на пари;
 - 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;
 - ако податоците се потребни заради извршување на присилни постапки над недвижен имот на осигуреник или друг корисник на осигурувањето, и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;
 - ако податоците се побарани од страна на Министерството за финансии или друг надлежен орган за супервизија, а заради спроведување на супервизија во рамките на утврдените одговорности;
 - ако податоците се побарани од страна на даночен орган а во врска со водење на постапки во негова надлежност и
- во случаите предвидени со законот кој го уредува задолжителното осигурување.

(3) Осигурувачот е должен да овозможи увид во личните податоци на осигуреникот (договарачот, корисникот на осигурувањето), како и да врши корекции на податоците заведени во регистрите на осигурувачот, на негово барање.

Член 16 - Право на жалба

(1) Осигуреникот, или договарачот доколку е физичко лице, има право да поднесе жалба во однос на осигурувачот, осигурителните брокерски друштва, друштвата за застапување во осигурувањето и застапниците во осигурувањето, до Агенцијата за супервизија на осигурување како надлежен орган на супервизија на друштвата за осигурување, согласно со Законот за супервизија на осигурувањето.

Член 16 а - Право на претставка

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

1. Комисијата за постапување по претставки во седиштето на осигурувачот;
2. Службата за внатрешна ревизија на осигурувачот;
3. Организацијата за заштита на потрошувачи и
4. Агенцијата за супервизија на осигурување.

(2) Осигурувачот е должен да се произнесе по претставката доставена од подносителот во рок од 30 дена од денот на поднесување на претставката.

Член 16 б - Вонсудско решавање на спорови

(1) Сите лица кои имаат правен интерес што произлегува од договорот за осигурување склучен според овие услови, првенствено ќе настојуваат сите свои евентуални спорови со осигурувачот кои се во врска со предметниот договор за осигурување да ги решат спогодбено, во согласност со правилата на осигурувачот за вонсудско решавање на спорови.

(2) Доколку договарачот на осигурувањето, осигуреникот и корисникот не се задоволни со одлуката на осигурувачот, истите можат да поднесат приговор до осигурувачот, кој е должен во рок од 15 дена до подносителот да достави писмена одлука по приговорот.

(3) Приговорот се доставува во писмена форма до седиштето на осигурувачот, во подружницата каде е склучен договорот, во подружницата каде корисникот има живеалиште односно седиште и преку интернет на веб страницата на осигурувачот.

(4) Доколку спорот не е решен во постапката по приговор, секоја од страните во спорот може да и предложи на другата страна поведување на постапка за посредување согласно со прописите што ја уредуваат постапката за посредување.

Член 16 в - Судска надлежност

Во случај на спор помеѓу договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот и осигурувачот месно надлежен е стварно надлежниот суд во градот Скопје.

С Е К Ц И Ј А I

ОДДЕЛ 2 ЗДРАВСТВЕНА ПОМОШ И ОСИГУРУВАЊЕ

Член 17 - Ризици опфатени со здравствената помош и осигурување

(1) Во случај осигуреникот да се разболи или доживее незгода, осигурувачот обезбедува услуги на здравствена помош и ги покрива соодветните трошоци, и тоа за:

1. итен лекарски преглед и третман;
2. итен болнички третман, во кој случај осигурувачот ги покрива болничките трошоци до денот кога здравствената состојба на осигуреникот дозволува враќање во Република Македонија за понатамошно лекување, а согласно мислењето на здравствениот работник во установата на обавување на болничкиот третман;
3. итна операција, интензивен третман;
4. итна родилна нега до наполнување на 28-ма недела од бременоста;
5. лекови купени со лекарски рецепт по извршен итен лекарски преглед, потврден со оригинална фактура;
6. најмување вештачки делови, штапи, инвалидска количка и други медицински помагала, врз основа на рецепт и оригинална фактура;
7. замена на очила како последица од незгода што предизвикала телесна повреда и потреба од медицинска нега, врз основа на рецепт и до износ од 150 евра.

8. исклучиво итно дентално лекување заради директно прекинување на болка, најмногу за два таба, до износ од 150 евра за еден заб.

(2) Осигурувачот ги надоместува трошоците за лекување од ставот (1) на овој член настанати како последица на болест или незгода до износ од 30.000 евра, односно до 15.000 евра за видот на осигурителното покритие - Турист.

(3) Осигурувачот ги обезбедува услугите од став 1 на овој член исклучиво во итни случаи.

Под итен случај се подразбираат случаите кога непреземањето на лекарски третман би предизвикало загрозување на животот или безбедноста на осигуреникот, или неизлечиви оштетувања на здравјето на осигуреникот, како и случаи кога врз основа на симптомите на заболување или болест на осигуреникот (губење свест, крварење, инфективно акутно заболување и др.) или заради ненадејна повреда на осигуреникот, итно е потребен лекарски третман на осигуреникот.

Итноста осигурувачот ја утврдува врз основа на мислење на лекар цензор.

(4) Осигурувачот ги признава горенаведените трошоци исклучиво кога осигурениот случај припаѓа на категоријата итни случаи согласно став 3 од овој член и доколку осигуреникот или негов претставник, или здравствената установа, односно здравствениот работник што го извршува третманот, веднаш, а најдоцна 24 часа по започнување на лекувањето го известил осигурувачот и писмено го потврдил известувањето.

Доколку осигурувачот не бил известен веднаш или во рок од 24 часа по започнување на лекувањето, а осигурениот случај е итен, осигурувачот ќе ги плати настанатите трошоци на осигуреникот **најмногу до износ од 150 евра.**

(5) По добивање на известување за започнување на лекувањето и информации за името на осигуреникот, бројот на полисата за осигурување, телефон на кој е достапен и точната адреса, и точната дијагноза, осигурувачот во најкус можен рок ја утврдува итноста на случајот и врз основа на тоа одлучува за покривање на трошоците на лекувањето.

Во случај на сместување на осигуреникот во болница, осигурувачот:

а) ќе организира враќање во Република Македонија штом дозволува состојбата на хоспитализираниот осигуреник, по потреба со придружба од доктор или од сестра, и ќе договори лекување на осигуреникот во соодветна здравствена установа во Република Македонија. Датумот и начинот на враќање на осигуреникот го одредува осигурувачот врз основа на претходна координација со здравствена установа во Република Македонија;

б) ќе биде во постојан контакт со здравствениот работник или установата и ќе преземе обврска постојано да ги известува по телефон блиските роднини на осигуреникот за неговата здравствена состојба.

(6) Полисата покрива трошоци на оправдано и вообичаено општо здравствено лекување (избор на лекар не е дозволен) имајќи ја во вид просечната цена на лекарска услуга која важи во местото на користење на услугите. Лекарот кој дава услуги или врши преглед е ослободен од обврската за чување на професионална тајна за осигуреникот во однос на осигурувачот.

Член 18 - Исклучени ризици од здравственото осигурување

(1) Здравственото осигурување не покрива трошоци за:

1. неѓа или купување лекови и преземена медицинска интервенција во врска со претходна здравствена состојба на осигуреникот или од причини поврзани со неа, без разлика дали му била позната на осигуреникот или не. Под претходна здравствена состојба се подразбира состојбата пред почетокот на осигурувањето, во која:

а) лекарски третман бил предложен од лекар ;

б) било потребно препишување на рецепти за лекарства и нивно земање или истите веќе биле препишани;

в) било очигледно, или состојбата предизвикала таков симптом, врз основа на што рационалното расудување би укажувало на потребата од лекарска услуга.

2. услуги кои не се неопходни за утврдување на дијагнозата;
3. услуги кои не се неопходно потребни за отстранување или ублажување на последиците на акутна болест или повреда предизвикана од незгода;
4. дополнителни трошоци кои ја надминуваат разумната и просечната цена во земјата каде осигуреникот ги користел услугите;
5. дополнителни трошоци за болнички третман доколку осигуреникот одбие да се врати во Република Македонија за понатамошно лекување, иако здравствената состојба го дозволувала тоа и осигурувачот бил во можност да го организира враќањето за понатамошен третман во Република Македонија;
6. постлекување, рехабилитација;
7. лекување на психијатриски и психички болести;
8. третман, нека пружена од роднини;
9. пластична хирургија;
10. претпородилна нека;
11. породилна и постпородилна нека по 28-та недела на бременоста;
12. не-итен лекарски преглед, третман или лекување;
13. психотерапија, акупунктура, третман од надрилекар, хиропрактичар, хомеопат;
14. лекарско или болничко лекување како резултат на конзумирање алкохол (ниво на алкохол во крвта над 0,80‰) или дрога или од причини поврзани со нивно конзумирање;
15. вакцинација;
16. рутински, контролни прегледи или лекарски проверки;
17. сексуални заразни болести;
18. стекнат синдром на недостиг на имунитет (СИДА) и поврзани со нека болести;
19. контактни леќи, помагала за служење и очила (освен во случај на незгода што предизвикала телесни повреди);
20. трошоци на лекарски третман предизвикани поради самоубиство, обид за самоубиство, и намерен криминален акт од осигуреникот;
21. трошоци на лекарски третман предизвикани од незгода настаната во врска со вршење на физичка работа како занимање;
22. третман на повеќе од два заба;
23. завршен дентален третман, ортодонско лекување на вилица, ортодонтика, парадентозно лекување, отстранување каменец, дентална круна, работа на мостови, терапија на каналот на коренот, правење дентури и поправки;
24. дополнителни трошоци за хоспитализација поради лично користење на двокреветна соба во болница како еднокреветна;
25. трошоците за враќање преземени без одобрение на осигурувачот или трошоци за предвремено враќање без одобрение од лекар специјалист;
26. операции кои може да се одложат по враќањето дома без да се надмине разумното ниво на ризик кое се очекува;
27. трошоци поврзани со дијагностицирање, купување лекови, хируршко или друго лекување на малигни болести, третман на вродени мани (конгенитални) или хронична болест освен во случај кога медицинската помош е неопходна за спасување на живот на осигуреникот;
28. епидемии, пандемии и епидемски и пандемски болести;
29. патување превземено со цел за медицински третман;
30. лечење кое не е препорачано и одобрено од лекар;
31. обрезавање;
32. несоници, третмани, тестови и лекаства во врска со несоница;

33. лекување поради осигурен случај настанат како резултат на патување реализирано спротивно на совет од лекар;
34. трансплантација на органи;
35. третман на дебелина, лечење импотенција и стерилитет, вештачко оплодување.

(2) Трошоци кои го надминуваат износот од 150 евра, доколку осигуреникот или неговиот застапник, или здравствената установа или здравствениот работник не го известил осигурувачот за отпочнување на лекувањето и користење на лекарските услуги.

Член 19 - Потребни документи за утврдување надомест

(1) Доколку осигуреникот користел услуги на здравствена помош и за истите нема извршено плаќање кон странскиот лекар, односно здравствената установа, по завршување на лекувањето странскиот лекар, односно здравствената установа, доставува фактури и полиса за осигурување директно до осигурувачот.

(2) Доколку осигуреникот користел услуги на здравствена помош и за истите има извршено плаќање кон странскиот лекар, односно здравствената установа, документите потребни за утврдување надомест ги доставува директно до осигурувачот по негово враќање во земјата.

(3) Трошоците за користени лекарски услуги за кои осигурувачот не бил уредно и навремено известен, се надоместуваат најмногу до висина од 150 евра.

(4) Штетите се решаваат врз основа на следните документи:

а) Во случај на болест:

- еден примерок од полисата за осигурување,
- целосната медицинска документација која ја потврдува итноста на лекувањето,
- дијагнозите, лекарскиот опис, крајниот болнички извештај,
- оригинални фактури за медицинските трошоци како и трошоци за лекови,
- документацијата од матичниот лекар за болести пред патувањето, на барање на осигурувачот,
- пасош,
- сите други документи потребни за решавање на штетите,
- пријава за штета на образец од осигурувачот пополнета од страна на осигуреникот, неговиот наследник или од корисникот на осигурувањето.

б) Во случај на незгода:

- официјален извештај или потврда издадена во странство за настанатата незгода, околностите под кои настанала, а во случај на смрт на осигуреникот - извештај од аутопсијата.

(5) Доколку на осигурувачот, му е потребна и друга медицинска документација освен онаа од матичниот лекар, обврска на осигуреникот, односно на лицето што го овластило е да ја предадат документацијата на осигурувачот. Во случај осигурувачот да не ја добие бараната документација, ќе го одбие барањето за надомест, и нема да го смета случајот како осигурен случај.

(6) Осигурувачот ги надоместува трошоците за превод на извештаите издадени во странство на македонски јазик до износ од 1.500 денари - врз основа на оригинална фактура.

ОДДЕЛ 3 ДРУГА ПОМОШ ПРИ ПАТУВАЊЕТО И ОСИГУРУВАЊЕ

Во случај осигуреникот да има право на здравствените услуги наведени во Оддел 2, односно кога настанал осигурен случај од Оддел 2, осигурувачот ги обезбедува и следните дополнителни услуги:

Член 20 - Посета на пациентот

(1) Доколку животот на осигуреникот е во опасност, или мора да престојува во болница подолго од 10 дена, осигурувачот ќе го организира и плати патот до таму и назад на лицето

именувано од осигуреникот, кое живее во Република Македонија (врз основа на одобрение на осигурувачот: трошоците за гориво за неговиот автомобил, воз втора класа, авионска карта туристичка класа), ќе резервира сместување во хотел и ќе ги покрие трошоците за хотелот, до максимален износ од 200 евра без оглед на времетраење на посетата.

(2) Трошоците за посета на осигуреникот нема да бидат надоместени од осигурувачот без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 21 - Надомест на телефонски трошоци

(1) Осигурувачот ги покрива сите телефонски трошоци превземени од осигуреникот во врска со осигурениот случај потврдени со фактури до износ од 25 евра.

Член 22 - Продолжување на престојот

(1) Осигурувачот го обезбедува престојот во хотел и ги покрива трошоците, до максимален износ од 200 евра, ако осигуреникот мора да го продолжи неговиот престој по отпуштањето од болница (продолжувањето е препорачано од докторот или патувањето во Република Македонија не може да се организира веднаш),

(2) За време на болничкиот престој на осигуреникот, или во случај на продолжување на престојот по отпуштањето од болница, осигурувачот ги презема обврските за резервација на хотелско сместување за еден од роднините на осигуреникот кои патуваат заедно со него, до максимален износ од 200 евра без оглед на времетраење на продолжување на престојот, и исто така го организира неговото враќање во Република Македонија заедно со осигуреникот и ги покрива трошоците за тоа.

(3) Трошоците за престојот во странство нема да бидат покриени без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 23 - Враќање на деца

(1) Во случај, дете под 14 години кое патува заедно со осигуреникот да остане без грижа поради незгода, болест или смрт на осигуреникот, осигурувачот го организира патот до таму и назад за еден од неговите роднини кои се жители на Република Македонија, ги покрива трошоците за враќање на детето/децата до дома..

(2) Во случај осигуреникот или негов роднина достапен во Република Македонија да не именува лице за придружба осигурувачот ќе го обезбеди враќањето и сместувањето на детето.

(3) Трошоците за враќање нема да бидат надоместени без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 24 - Враќање на посмртни останки

(1) Во случај на смрт на осигуреникот, осигурувачот ќе обезбеди враќање на посмртните останки до Република Македонија и ќе ги покрие сите трошоци поврзани со враќањето на посмртните останки, односно ќе ги надомести трошоците на лицето кое ги подмирило трошоците до 30.000 евра, односно до 15.000 евра за видот на осигурителното покритие - Турист.

(2) Осигурувачот ќе го организира враќањето на посмртните останки до Република Македонија, во најкус можен рок откако роднината на осигуреникот ќе ги достави следните документи:

1. официјална потврда или потврда од доктор за причината за смртта;
2. извештај од аутопсија и документите потребни за разјаснување на околностите под кои осигуреникот починал, во случај на смрт од незгода.

(3) Доколку враќањето на посмртните останки на осигуреникот е извршено од страна на роднини или други лица, покрај документите во став (2) од овој член треба да се достават и следните документи:

1. извод од матична книга на умрени;
2. фактури за платени трошоци поврзани со враќањето на посмртните останки;
3. официјален извештај од транспортната компанија (автобус, воз, брод, авион).

(4) Трошоците за враќање на посмртните останки во Република Македонија нема да бидат покриени без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 25 - Порано враќање во Република Македонија поради болест или смрт

(1) Осигурувачот ќе го организира предвременото враќање на осигуреникот во Република Македонија и ќе ги покрие трошоците, доколку е можно враќањето да се реализира во рок од 3 дена од известувањето дека близок роднина на осигуреникот кој живее во Република Македонија починал или животот му е во опасност, врз основа на медицинската потврда од болницата

(2) Трошоците за враќање нема да бидат покриени, без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 26 - Известување

(1) Осигурувачот ќе го извести без одлагање лицето посочено од страна на осигуреникот за доживаеаната несреќа или болест.

Член 27 - Утврдување на надомест

(1) Трошоците настанати во врска со осигурениот случај, навремено пријавен во согласност со овие Услови, ќе бидат надоместени од страна на осигурувачот, до лимитите наведени во Оддел 3, директно кон давателот на услугата.

(2) Трошоците настанати во врска со осигурениот случај и се намирани од осигуреникот, по претходно одобрение од страна на осигурувачот, осигурувачот ќе ги надомести на осигуреникот, најмногу до лимитите наведени во Оддел 3, врз основа на оригинални фактури за услугите, во денарска противвредност по средниот курс на валутата на курсната листа на Народна банка на Република Македонија на денот на исплатата.

(3) Осигурувачот ги надоместува трошоците за превод на извештаите издадени во странство на македонски јазик до износ од 1.500 денари - врз основа на оригинална фактура.

ОДДЕЛ 4 ОСИГУРУВАЊЕ ОД НЕЗГОДА

Член 28 - Поим за несреќен случај

Под незгода се смета секој ненадеен и од волјата на осигуреникот независен настан кој дејствувајќи од надвор и нагло врз телото на осигуреникот, има за последица негова смрт во рок од една година, траен целосен или траен делумен инвалидитет.

Нарушување на здравјето како последица на изгореници предизвикани од сончеви зраци, терапија со кварцни ламби, солариум, сончаница, како и истегнување при лифтинг, кила, измрзнатини, самоубиство или обид за самоубиство и изведување на официјална физичка работа не се квалификува како незгода.

Член 29 - Осигурени суми за осигурување од незгода

(1) Независно од услугите на здравствена помош и од надоместената сума за здравствено осигурување, осигурувачот ќе ги исплати следните износи за осигурување од незгода:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1. во случај на смрт од незгода | 250.000 денари |
| 2. за траен инвалидитет од незгода до | 500.000 денари, |

или дел од овој износ сразмерен на степенот на трајниот инвалидитет.

За видот на осигурителното покритие - Турист.

1. во случај на смрт од незгода 125.000 денари
 2. за траен инвалидитет од незгода до 250.000 денари,
 или дел од овој износ сразмерен на степенот на трајниот инвалидитет.

(2) Ако настапи смрт на осигуреник помлад од 14 години осигурувачот ги надоместува само погребните трошоци врз основа на приложени сметки, но не повеќе од осигурената сума за случај на смрт.

(3) Под поимот - Целосен траен инвалидитет - се подразбира загуба на следните делови на телото: екстремитети (раце и нозе) и загуба на видот, слухот и говорот.

(4) Под поимот - Делумен траен инвалидитет - се подразбира губење на функцијата на екстремитетите (раце и нозе), како последица на повредите здобиени во незгодата.

Член 30 - Табелата за определување на инвалидитет како последица од незгода

(1) Степенот на целосен траен инвалидитет или делумен траен инвалидитет, настанати како последица од незгода, независно од занимањето на осигуреникот, во случај на загуба или повреда на органи и екстремитети се определува во согласност со следната табела:

| Загуба на делови на телото | надомест во % |
|--|---------------|
| - губење на видот на очите, загуба на обете надлактици, подлактици или дланки, заедничка загуба на една од рацете или дланки и бутна коска или потколеница (ампутирање на горниот екстремитет+долниот екстремитет), загуба на двете бутни коски; | 100 |
| - загуба на двете потколеници | 90 |
| - загуба на една бутна коска, загуба на една надлактица | 80 |
| - загуба на едната потколеница, загуба на една подлактица, целосна загуба на моќта за говор, губиток на слухот на обете уши | 70 |
| - загуба на едната дланка (над рачниот зглоб) | 65 |
| - целосна загуба на едното стопало (над глуждот) | 40 |
| - целосна загуба на видот на едното око | 35 |
| целосна загуба на слухот на едно уво | 25 |

(2) Ако збирот на процентите на инвалидитетот според табелата поради загуба или губење на функциите на екстремитетите, поради еден или повеќе незгоди изнесува над 100%, исплатата не може да биде повисока од осигурената сума што е договорена за во случај на траен инвалидитет од незгода. Степенот на целосен траен инвалидитет како последица од незгода поради загуба на деловите од телото, наведени во Табелата ќе биде определен веднаш, а степенот на делумен траен инвалидитет ќе биде определен по завршеното лекување, но најдоцна по истек на две години од денот на незгодата.

(3) Степенот на делумен траен инвалидитет се определува во една половина од степенот определен за загуба на тој дел од телото од Табелата од став 1 од овој член. Степенот на целосен траен инвалидитет и степенот на делумен траен инвалидитет, го определува лекар на осигурувачот.

(4) Утврдениот степен на целосен траен инвалидитет и делумен траен инвалидитет изразен во проценти, не е во врска со степените на инвалидност што надлежните здравствени комисији го утврдуваат во врска со примена на одредбите на Законот за здравствена заштита и Законот за пензиско и инвалидско осигурување или во врска со примената на други прописи.

Член 31 - Исклучување на обврските на осигурувачот за исплата на осигурителните покритија од незгода

(1) Осигурувачот не е во обврска да ја исплати осигурената сума од осигурувањето од незгода, кога:

1. осигуреникот го загубил животот како последица на намерно дејствување на корисникот на осигурувањето;
2. е докажано дека осигуреникот ја предизвикал незгодата спротивно на законот, намерно или поради крајна небрежност.

(2) Се смета дека незгодата настанала како последица на небрежно однесување на осигуреникот, во следните случаи:

1. во алкохолизирана состојба со ниво на алкохол преку 0,80‰ (за возач преку 0,50‰) или под влијание на наркотични средства или лекови, или во индиректна врска со таквата состојба;
2. како резултат на возење на осигуреникот без возачка дозвола.

Член 32 - Осигурување од спортска незгода

(1) Ако несреќниот случај настанал во текот на вршење на спортски активности, освен спортовите наведени во член 11 став 1 точка 4 од овие услови, осигурувачот е во обврска да исплати осигурена сума само доколку е склучено дополнително осигурување од спортска незгода.

(2) Утврдувањето на инвалидитетот (целосен и делумен) се врши согласно Табелата за определување на инвалидитет како последица од незгода.

Член 33 - Потребни документи за утврдување надомест

(1) Во случај на смрт како резултат на незгода штетите ќе бидат решавани врз основа на следните документи:

1. една копија од полисата за осигурување;
2. медицинска потврда за смртта;
3. извештај од аутопсија;
4. извод од матична книга на умрени;
5. официјален записник издаден во странство или потврда за незгодата и повредата, заедно со околностите за истата;
6. пријава за штета, правилно пополнета (образец од осигурувачот).

(2) Во случај на траен инвалидитет од незгода штетите ќе бидат решавани врз основа на следните документи:

1. една копија од полисата за осигурување;
2. странска медицинска потврда за лекувањето, негата, како и сите медицински документи;
3. официјален извештај за негодата;
4. пријава за штета, правилно пополнета (образец од осигурувачот).

(3) Осигурувачот ги надоместува трошоците за превод на извештаите издадени во странство на македонски јазик до износ од 1.500 денари - врз основа на оригинална фактура.

СЕКЦИЈА II

ОДДЕЛ 5 - ОСИГУРУВАЊЕ НА БАГАЖ И ЗАМЕНА НА ПАТНИТЕ ДОКУМЕНТИ

Член 34 - Ризици опфатени со осигурувањето на багаж

(1) Осигурувањето ги вклучува следните случаи настанати во странство:

1. кражба, провална кражба;
2. оштетување или уништување на багажот настанато од природна катастрофа, до износ од 30.000 денари, односно до 15.000 денари за видот на осигурителното покритие - Турист. - вредноста се цени во времето на настанување на штетата.

(2) Во сите случаи на кражба или провална кражба, штетата на багажот мора да биде веднаш пријавена до надлежните полициски или други органи, или до транспортната компанија, или до хотелот, во зависност од околностите на штетниот настан.

Осигуреникот е должен да побара официјален извештај за околностите на настанот, како и да достави список на украдениот багаж, со опис на содржината на багажот (облека и др.), со наведување на износот на штетата.

(3) Во случај на кражба од багажникот на возилото, правилно затворен и заштитен од видливост, износот на надомест е најмногу до 15.000 денари. односно до 7.500 денари за видот на осигурителното покритие - Турист.

(4) Багаж во смисла на овие услови не се смета рачна чанта (дамска и актен), торбица за појас, ранчиња, торбица за компјутер и др. кои осигуреникот ги носи со себе и кои претставуваат рачен багаж.

(5) Осигурувањето не се однесува на следните предмети:

-накит, благородни метали, часовници, уметнички предмети, колекции, готовина или странски готовински платен инструмент (банковна или кредитна картичка, гаранција за користење одредена услуга, сезонски билет за скијање, итн.), штедни книшки, различни видови билети, документи (со исклучок на пасош, возачка дозвола, сообраќајна дозвола), скапоцено крзно;
- велосипед, спортска опрема (со исклучок кога е оштетена при лична повреда која е потврдена медицински), фотоапарати, камери, мобилни телефони и нивни додатоци, компјутери, видеоигри, вокмени, дискмени, итн.;

- технички предмети и нивни делови регистрирани пред тргнување, како и алат за изведување работа, инструменти и опрема и нејзини делови што надминуваат единечна вредност од 12.000 денари во времето кога се купени.

Член 35 - Исклучени ризици од осигурувањето на багаж

(1) Осигурувањето не се однесува на:

1. губење, напуштање, оставање покрај, испуштање на багаж, и крадење на предмети кои се оставени без надзор;
2. во случај кога багажот е украден од возилото од просторот за патници или од приколка покриена со церада (не со метална покривка);
3. во случај кога багажот сместен во возилото е украден меѓу 22 и 6 часот;
4. во случај кога осигуреникот не го става багажот за време на патувањето со возилото на местото определено за багаж;
5. на оставање багаж во отворени простори или кои не се под надзор;
6. на кражба која се случила за време на поставување на шатори или кампирање надвор од просторот определен за кампирање;
7. за штети кои се надоместени преку осигурувањето од одговорност на транспортната компанија или друго осигурување;
8. во случај кога осигуреникот во времето на настанување на осигурениот случај не се однесувал со вообичаеното внимание;
9. во случај кога осигуреникот дава лажни податоци во врска со штетата;
10. одземање, конфискација или импоратација на багаж од страна на царина или други државни органи;

11. необјасниво исчезнување или загуба и кражба од џепарење;
12. оштетување, уништување или загуба на багаж во врска со штрајк, карантин;
13. кражба од сандачиња предвидени за чување на багаж;
14. настани на кои не се однесува осигурувањето на багаж.

Член 36 - Исклучување на обврските на осигурувачот за исплата на штетата за багаж

(1) Осигурувачот нема обврска за исплата на штетите за багаж кога штетата е предизвикана од страна на осигуреникот, спротивно на законот, намерно или со крајно невнимание.

Член 37 - Задоцнето пристигнување на багаж

(1) Во случај во текот на патувањето на осигуреникот од Република Македонија во странство - преку авио или бродска компанија, или преку нивен претставник - багажот на осигуреникот да не пристигне на местото наведено во регистрацијата и поради овој факт неговото подигање доцни најмалку 12 часа, осигурувачот ги исплаќа на осигуреникот следните осигурени суми:

1. во случај на доцнење меѓу 12-24 часа 3.500 денари
2. во случај на доцнење повеќе од 24 часа 6.000 денари

(2) Доцнењето на багажот, се утврдува врз основа на оригинален извештај за актуелното време на доцнење, пополнет на име на осигуреникот од авионската или бродската компанија или од нивните претставници, и потврда за преземање на багажот - со прецизно посочено време на преземање пополнето на име на осигуреникот (ПИР извештај) .

(3) Периодот на доцнење се пресметува според времето на пристигнување на авионот или бродот до времето на примопредавање на задоцнетиот багаж. Со поднесување на оштетното барање се приложува и потврда за регистрација на багажот (идентификационен број-таг број). Висината на надоместот не зависи од бројот на багажот и бројот на задоцнувањата.

(4) Надоместот може да биде исплатен на осигуреникот само ако тој ги има сите горе наведени потврди пополнети на негово име, кои јасно го потврдуваат задоцнетото преземање на барем еден багаж од негова страна.

(5) Секое доцнење на багаж при крајна дестинација во Република Македонија не се смета за доцнење на багаж во смисла на став (1) на овој член.

Член 38 - Надомест во случај на загуба на патните документи

(1) Осигурувачот ќе ги надомести трошоците за повторна набавка на пасош, возачка дозвола, како и сообраќајна дозвола украдени или оставени за време на патувањето на осигуреникот, потврдено со извештај (записник) и фактура, до износ од 3.000 денари.

Член 39 - Потребни документи за уврдување на надомест

(1) Штетите за багаж се пријавуваат и решаваат врз основа на следните документи:

1. една копија од полисата за осигурување;
2. официјален извештај пополнет на името наведено во полисата;
3. пријава за штета, правилно пополнета (образец од осигурувачот);
4. фактура, во случај да нема фактура осигурувачот ќе ги смета просечните пазарни цени во Република Македонија како основа,
5. други документи потребни за процена на штетата;
6. во случај на техничка опрема, потврда за изнесување надвор од Република Македонија од царинските власти.

(2) Осигурувачот ги надоместува трошоците за превод на извештаите издадени во странство на македонски јазик до износ од 1.500 денари - врз основа на оригинална фактура.

С Е К Ц И Ј А III

ОДДЕЛ 6 - ДЕЛОВНА ПОМОШ И ОСИГУРУВАЊЕ

Член 40 - Надомест на трошоци поради доцнење или откажување на летот

(1) Осигурувачот ќе ги надомести трошоците за хотелско сместување, храна за време на доцнењето, во максимален износ од 100 евра, по поднесување фактури и потврда од страна на авионската компанија за доцнење или откажување на летот, доколку летот на осигуреникот доцни повеќе од 8 (осум) последователни часа од предвиденото време на полетување и доколку за време на тие 8 (осум) часа не постои алтернативен транспорт, или летот е откажан.

(2) Оваа услуга нема да биде пружена доколку осигуреникот патува со stand-by билет (нема потврдена резервација).

(3) Оваа услуга не се применува во случај откажувањето да се должи на која било од околностите опишани во Член 11, од овие Услови.

Член 41 - Предвремено враќање поради тешка несреќа во домот

(1) Осигурувачот ќе ја плати разликата во цена или нов билет во туристичка класа од локацијата каде што осигуреникот се наоѓа до неговото живеалиште во случај на тешка несреќа (пожар, провална кражба и разбојништво, итн. - потврдено со соодветен полициски извештај) во домот на осигуреникот, додека е на пат и доколку нема друго лице кое може да се погрижи за настаната ситуација, а првичниот билет на осигуреникот не предвидува слободна промена на датата на враќање.

(2) Осигурувачот исплаќа надомест во висина на чинење на цената на новиот билет, но не повеќе од 1000 евра, намалена за надоместот примен на име вратен неискористен билет.

(3) Трошоците за враќање во Република Македонија нема да бидат покриени без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 42 - Предвремено враќање поради тешка несреќа во службени простории, фабрика, итн.

(1) Осигурувачот ќе ја плати разликата во цена или нов билет во туристичка класа од локацијата каде што осигуреникот се наоѓа до неговиот објект во случај на тешка несреќа (пожар, провална кражба и разбојништво, итн. - потврдено со соодветен полициски извештај) во службените простории, фабрика итн., на осигуреникот, додека е на пат и доколку нема друго лице кое може да се погрижи за настаната ситуација, а првичниот билет на осигуреникот не предвидува слободна промена на датата на враќање.

(2) Осигурувачот исплаќа надомест во висина на чинење на цената на новиот билет, но не повеќе од 1000 евра, намалена за надоместот примен на име вратен неискористен билет.

(3) Трошоците за враќање во Република Македонија нема да бидат покриени без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 43 - Трансфер на деловни колеги во случај на потреба

(1) Осигурувачот ќе плати билет за лицето кое компанијата на осигуреникот ќе го одреди како замена за осигуреникот кој е хоспитализиран за време на службен пат во странство, поради сериозен итен случај што го оневозможува да го продолжи својот службен пат, за кој осигурувачот е писмено известен од осигуреникот или негов претставник, или здравствената институција, односно здравствениот работник што го извршува третманот, веднаш, а најдоцна 24 часа по започнување на лекувањето,

(2) Авионскиот билет се однесува за истата класа со која првично патувал заменетиот осигуреник, но не повеќе од 1.000 евра. Лицето кое заменува мора да биде осигуреник на осигурувачот во време на започнување на службениот пат и за цело негово времетраење.

(3) Трошоците за враќање во Република Македонија нема да бидат покриени без претходно одобрение од осигурувачот.

Член 44 - Враќање на моторно возило

(1) Осигурувачот ќе обезбеди враќање на возилото во Република Македонија, доколку осигуреникот не може да се врати во Република Македонија со своето возило кое го користел за патувањето во странство, како последица на болест или повреда покриена со патничкото осигурување.

(2) Осигурениот случај важи само за територијата на Европа.

(3) Осигурувачот ги покрива трошоците за враќање на возилото во износ до 1.000 евра.

(4) Трошоците за враќање на возилото во Република Македонија нема да бидат покриени, без претходно одобрение од осигурувачот и мислење за неспособност за управување со моторно возило.

Член 45 - Помош во случај на губење или кражба на документи, авионски билети и кредитни картички

Осигурувачот ќе помогне и ќе му даде упатство на осигуреникот во случај на губење или кражба на патни исправи, авионски билети или кредитни картички.

С Е К Ц И Ј А И V

ОДДЕЛ 7 - ОТКАЗ НА ПАТУВАЊЕ

Член 46 - Отказ на патување

(1) Со осигурувањето на отказ на патување покриени се трошоците што настануваат за осигуреникот поради откажување на договорот за патување што осигуреникот го склучил со туристичка агенција и го платил во целост, доколку до откажувањето дошло поради некој од следните настани што му се случиле на осигуреникот или на некое блиско лице:

1. смрт

2. ненадејна акутна болест или тешка телесна повреда, за која е потребно итно болничко лекување

3. голема штета на имотот предизвикана од пожар, елементарна непогода или намерно кривично дело на трето лице

Блиско лице во смисла на овие услови се брачниот другар на осигуреникот, децата, родителите, браќа и сестри, а бабите и дедовците на осигуреникот или на неговиот брачен другар само во случај на смрт (точка 1).

(2) Осигурувачот ги надоместува трошоците во висина на износот што туристичката агенција не го вратила на осигуреникот според одредбите за отказ на патување од Општите услови на патување, но најмногу до 12.000,00 денари.

(3) Патничко осигурување кое содржи покритие за отказ на патување може да се склучи само истовремено со договорот за патување со туристичката агенција.

Член 47 - Пријавување на осигурениот случај

(1) Осигуреникот е должен во рок од 3 (три) дена од настанување на некоја од причините за отказ на патување, наведени во членот 46, став (1), да го откаже патувањето во туристичката агенција со која склучил договор за патување.

(2) Ако осигуреникот го откажал патувањето во туристичката агенција со која го склучил договорот, должен е веднаш писмено да го извести осигурувачот, а најдоцна во рок од 15 (петнаесет) дена од настанување на некоја од причините за отказ на патување, наведени во членот 46, став (1).

Член 48 - Потребни документи за утврдување надомест

(1) Осигуреникот е должен најдоцна во рок од 30 дена од денот кога, спрема планот, патувањето требало да започне патувањето, да поднесе барање за надомест до осигурувачот заедно со следните документи:

1. полисата за осигурување;
2. договорот за патување склучен со туристичката агенција и уплатницата со која е платен;
3. потврда од туристичката агенција за откажување на патувањето во која датумот на откажување е изрично и јасно наведен,
4. уплатница, или друг соодветен документ од туристичката агенција на име на осигуреникот за враќање на паричните средства поради отказ и потврда од туристичката агенција за износот кој е задржан;
5. ако патувањето е откажано поради болест или телесна повреда (член 46, став (1), точка 2) осигуреникот мора да ја достави и целокупната медицинска документација која се однесува на болеста или повредата, поврзана со спреченоста на осигуреникот да го користи патувањето и извештај за боледување или потврда од работодавачот за користење на годишен одмор во тој период, ако осигуреникот е вработен;
6. ако патувањето е откажано поради смрт (член 46, став (1), точка 1) осигуреникот или корисникот мора да достави извод од матичната книга на умрените;
7. ако патувањето е откажано поради штета на имотот (член 46, став (1), точка 3) осигуреникот мора да достави официјален извештај од надлежен орган.

С Е К Ц И Ј А В

ОДДЕЛ 8 - ДОПОЛНИТЕЛНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА СКИ ПАКЕТ

Член 48 - Ски пакет

(1) Осигурувањето за оваа секција важи само ако е платена дополнителна премија.

(2) Покритието важи за сите зимски спортови (ако осигуреникот се занимава со истите исклучиво аматерски), како: хокеј, санкање, боб санкање, скијање во слободен стил, ски-тркање, ски-скокање, скиборд, итн.

(3) Ризици опфатени со осигурувањето:

1. Изнајмување на ски опрема

До 10 евра дневно, но најмногу до 200 евра, ако сопствената опрема е привремено изгубена при пристигнување до местото на зимување повеќе од 12 часа, или ако при патувањето истата е изгубена или украдена.

а) Во сите случаи на кражба или провална кражба на опремата, истата мора да биде веднаш пријавена до надлежните полициски или други органи, или до транспортната компанија, во зависност од околностите на штетниот настан.

Осигуреникот е должен да побара официјален извештај за околностите на настанот, како и да достави список на украдената опрема, со опис на содржината на опремата, со наведување на износот на штетата, т.е. платени сметки за изнајмената опрема.

Во случај на губење на опремата при транспорт, потребно е да се добие оригинален извештај пријава за непристигнување на опремата на крајната дестинација пополнета на име на осигуреникот (PIR извештај).

б) Во случај на доцнење на опремата при транспорт потребно е да се добие оригинален извештај за актуелното време на доцнење, пополнет на име на осигуреникот од авионската компанија или од нивните претставници, и потврда за преземање на опремата - со прецизно посочување на времето на преземање пополнето на име на осигуреникот (PIR извештај).

2. Ски часови

До 150 евра за неискористен дел од ски часовите, ако настапи болест или повреда (согласно член 17 од Условите) додека осигуреникот е на зимување.

Ски часови значи - изнајмување на скии, ски лекции, ски карта (повеќе дневна), поединечно или сите заедно.

Осигурувачот ќе исплати надомест за неискористениот дел од цената платена за секој поединечен дел од ски часовите, но најмногу до максималната осигурена сума.

3. Затворање на терени

До 5 Евра по ден, но најмногу до 50 евра, при екстра трошоци за транспорт и карти за жичари до најблискиот скијачки центар, ако осигуреникот не бил во можност да скија при лоши временски услови.

Ако не постои можност за патување до друга дестинација, осигурувачот ќе плати до 4 евра дневно, но најмногу до 50 евра, за секој 24 -часовен период, за кој осигуреникот не е во можност да скија.

Важи само ако дестинацијата е резервирана од 15-ти Декември до 15-ти Март.

Важи во случај да скијачкиот центар е комплетно затворен, што подразбира не работење на ниеден скијачки лифт, жичарница.

Потврдата за затворање на терените која се наоѓа на позадината од условите за патничко осигурување, се пополнува од овластено лице од скијачкиот центар верифициран со потпис и печат.

4. Лавина и слегнување на земјиште

До 70 евра при екстра трошоци за транспорт и сместување, ако настане лавина или слегнување на земјиште на местото на зимување, при што пристигнувањето до местото на зимување е со задоцнување од повеќе од 12 часа.

Доказ за настанатиот ризик: потврда од хотелот за времето на чекирање во истиот, потврда од скијачкиот центар за настанување на лавина или слегнување на земјиште.

Член 49 - Утврдување на надомест

(1) Штетите за ски пакет се пријавуваат и решаваат од осигурувачот, врз основа на следните документи:

1. една копија од полисата за осигурување;
2. официјален полициски извештај за кражба на ски опремата пополнет на името наведено во полисата;
3. Платени сметки за изнајмена ски опрема;
4. Оригинален извештај пријава за непристигнување на опремата на крајната дестинација пополнета на име на осигуреникот (PIR извештај);
5. Оригинален извештај за актуелното време на доцнење;
6. Доказ за платени услуги од ски часови: ски карти, билети, фискални сметки и др;
7. Доказ за болест или повреда;
8. Потврдата за затворање на терените пополнета од овластеното лице од скијачкиот центар верифициран со потпис и печат;
9. Потврда од хотелот за времето на чекирање во истиот, потврда од скијачкиот центар за настанување на лавина или слегнување на земјиште.

(2) Кога е потребно, за утврдување на штетата, осигурувачот ги надоместува трошоците за превод на извештаите издадени во странство на македонски јазик до износ од 1.500 денари - врз основа на оригинална фактура.

(3) Исплата на штетите на ски пакетот се врши во денари.

ОДДЕЛ 9 – ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 50 – Престанување на важноста на други услови за осигурување

Со денот на отпочнување на примената на овие Услови за патничко осигурување, престанува важноста Условите за патничко осигурување донесено на 17-та редовна седница на Одборот на директори на Акционерското друштво Еуролинк Скопје, одржана на 14.12.2004 година, со О длука број 0202-2669/6.

Овие Услови се донесени на 59-та редовна седница на Одборот на директори на Акционерското друштво Еуролинк осигурување Скопје, одржана на ден 28.12. 2009 година, со Одлука број 0202-14315 , со примена од 15.01.2010 со измени и дополнувања донесени на 86-та редовна седница на Одборот на директори на Друштвото одржана на ден 28.11.2012 година, со одлука број 0202- 9917/9 со примена од 29.11.2012 година.

Во продолжение е превод на Секција I, Оддел 2 - Здравствена помош и осигурување - на англиски, германски и француски јазик.

ENGLISH

II.MEDICAL ASSISTANCE AND INSURANCE

17. Medical Assistance and Insurance Included Risks

(1) The Insurer shall render the Insured medical assistance services and cover related costs, if the Insured falls ill or suffers an accident, as follows:

1. Emergency medical examination and treatment;
2. Emergency hospital treatment, in which case the Insurer shall cover hospital expenses until the health condition of the Insured allows repatriation to the Republic of Macedonia for further treatment based on an opinion given by a medical worker in the institution where the Insured was hospitalized;
4. Urgent surgery, intensive treatment;
5. Emergency obstetric care up to completed 28th week of pregnancy;
6. Medicaments bought on the basis of a medical prescription following an emergency medical treatment, certified by an original invoice;
7. Renting of artificial limbs, crutches, invalid-chair and other medical instruments, equipment and tools on the basis of prescription and original invoice;
8. Replacement of glasses necessitated by an accident causing personal injury and needing medical care, up to the amount of EUR 150, on the basis of prescription;
9. Only urgent dental treatment, direct pain-killing treatment, maximum two teeth, to the amount of EUR 150,-per tooth.

(2) The Insurer shall reimburse the medical expenses referred to in paragraph (1) of this Article incurred as a result of an illness or accident to the amount of EUR 30,000 i.e., to the amount of EUR 15,000 under a Tourist type of insurance cover;

(3) The Insurer shall render these services in case of emergency only.

The emergency situation includes cases in which any failure to provide immediate medical treatment is expected to endanger the life or safety of the Insured or it would cause irremediable damages to the health or safety of the Insured as well as the cases when, based on the symptoms of the disease or illness of the Insured (loss of consciousness, bleeding, infectious acute disease etc.) or owing to a sudden injury, the Insured needs an immediate medical treatment.

The Insurer shall determine the emergency on the basis of a doctor-censor's opinion.

(4) The Insurer shall accept the abovementioned costs only if the insured event falls under the category of emergency pursuant to paragraph 3 of this Article and if the Insured i.e., his/her representative or the hospital i.e., the medical worker rendering the treatment notifies the Insurer thereof promptly or within 24 hours at the latest after the inception of the medical treatment and confirm the notice in writing.

If the Insurer had not been notified promptly or within 24 hours after the inception of treatment, the treatment being urgent, the Insurer shall pay the Insured justified expenses **up to the amount of EUR 150**

(5) After receiving the notice of loss and information on the name of the Insured, the number of his/her insurance policy, the contact telephone number and the right address, the Insurer shall determine the emergency of the case based on which to decide on covering the medical expenses.

If the Insured is hospitalized, the Insurer shall:

a) Organize repatriation of the Insured to the Republic of Macedonia as soon as the condition of the hospitalised patient makes it possible, accompanied by debtor or nurse if necessary and it shall arrange for the patient to be treated in the competent health care institution. The Insurer shall determine the date and mode of repatriation of the Insured on the basis of a preliminary coordination with a health care institution in the Republic of Macedonia;

b) The Insurer shall be in permanent touch with the medical worker or the health care institution and undertakes to continuously inform the Insured's relatives about his/her condition by phone

(6) The policy covers the costs of justified and usual general medical treatment (selection of physician is not allowed), taking into consideration average treatment fees valid in the place of the utilisation of the services. The physician providing treatment or performing examination shall be released from the obligation of keeping a professional secret regarding the Insured with respect to the Insurer.

18. Excluded Risks

(1) The medical insurance shall not cover:

1. Any care or purchase of medicaments or undertaken medical intervention necessitated by the patient's former health condition or by reasons attributable to that. Formerly existing health condition shall be considered any present health condition prior the inception of the policy in which:

a) Medical treatment was necessary and/or suggested by the physician,

b) Prescription of medicaments and their taking was necessary, or already prescribed;

2. Services not necessary for making the diagnosis;

3. Services not necessary as a result of an acute disease or an injury suffered as a result of an accident;

4. Additional expenses exceeding any reasonable and general fee in the country where the Insured used the services;

5. Additional hospital costs incurred due to the Insured's refusal to be repatriated notwithstanding his/her health condition allowing such repatriation and the Insurer being able to organize the repatriation to the Republic of Macedonia;

6. Post-treatment, rehabilitation;

7. Treatment of psychiatric and psychic diseases;

8. Treatment and care carried out by relatives,

9. Plastic surgery,

10. Prenatal care,

11. Obstetrical and postobstetrical care after the 28th week of pregnancy;

12. non-emergency medical examination, treatment;

13. Psychotherapy, acupuncture, treatment by quack doctors or chiropractors and homoeopaths,

14. Medical or hospital treatment resulting from a consumption of alcohol (blood alcohol level over 0,8‰) or drugs or reasons connected to their consumption;

15. Vaccination,

16. Routine, control examinations or medical check-ups;

17. Sexually transmitted diseases;

18. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and related diseases,

19. Contact lenses, hearing aids, glasses (with exception of bodily injuries caused by accident),

20. Suicide, attempted suicide or costs resulting from an intended criminal act by the Insured;

21. Medical treatment costs incurred in an accident resulting from an occupational physical work;

22. Treatment of more than two teeth;

23. Final dental treatment, jaw orthopaedic treatment, orthodontics, paradentosis treatments, scaling, dental crown, bridge-work, root-canal therapy, denture making and repairing;

24. Additional hospital expenses due to using a double room as a single room;

25. Costs of repatriation carried out without approval of the Insurer or the cost of early repatriation without approval of a doctor specialist;

26. Surgeries that can be postponed after returning home without exceeding the reasonable risk level to be expected;

27. Expenses related to diagnosing, buying medicines, surgical or other treatment of malignancies, congenital defects or a chronic disease except in cases when a medical help is necessary with a view to saving the Insured's life;

28. Epidemic, pan-epidemic and epidemic and pan-epidemic diseases;

29. Travelling for a medical treatment,

30. Medical treatment not recommended and approved by a physician;

31. Circumcision;

32. Insomnia and related treatments, tests and medicines;

33. Travelling against the advice of a physician;

34. Organ transplantation;

35. Weight loss treatments, impotency, sterility, in vitro fertilization treatments.

(2) Costs exceeding EUR 150 if the Insured or his/her representative or the medical facility or the treating attendant failed to notify the Insurer of the inception of medical treatment and utilization of medical services.

24. Repatriation of remains

(1) In the event of death of the Insured, the Insurer shall arrange for the repatriation of remains to the Republic of Macedonia and cover the repatriation related costs and shall reimburse the person that born the expenses to the amount of EUR 30,000 i.e., to the amount of EUR 15,000 under a Tourist type of insurance cover.

(2) In order to enable the Insurer to organize the repatriation to the Republic of Macedonia within the shortest term possible, the Insured's relative shall obtain and present the Insurer the following documents:

1. Official certificate or certificate of the physician on the cause of death;
2. Autopsy report in the event of accidental death;

(3) In the event that repatriation of the Insured's remains is realized by his/her relatives or other persons, in addition to the documents referred to in paragraph 2 of this Article, the following documents shall be required:

1. Birth certificate;
2. Marriage certificate or death certificate of the spouse;
3. Death certificate;
4. Invoices of paid expenses related to the repatriation of the remains;
5. Official report of the carrier (bus, train, ship or airplane).

(4) Without a prior approval of the Insurer the costs of repatriation to the Republic of Macedonia shall not be covered.

DEUTSCH

SEKTION I

ABTEILUNG 2 MEDIZINISCHE HILFELEISTUNG UND MEDIZINISCHE VERSICHERUNG

ARTIKEL 17. Risikobereich der medizinischen Hilfeleistungen und medizinischen Versicherung

Die Versicherungsgesellschaft bietet der medizinischen Hilfeleistung und trägt die angefallene medizinische Kosten, wenn der Versicherte innerhalb der Versicherungsdauer erkrankt oder an einem Unfall erleidet, und zwar für:

1. Dringende ärztliche Untersuchung und Behandlung;
2. Dringende ärztliche Heilbehandlung, in welcher die Versicherungsgesellschaft deckt die Behandlungskosten für den Krankenhausaufenthalt bis zu dem Zeitpunkt, an dem der Zustand des Versicherten, Rückkehr in Republik Mazedonien für eine weitere Behandlung zulässt, laut der Meinung des Arztes in dem Krankenhaus, wo die ärztliche Heilbehandlung stattfindet;
3. Dringende Operationen Intensive Behandlungen;
4. Dringende Geburtshilfe bis zum 28-ten Schwangerschaftswoche;
5. Nachträgliche Erstattung der durch Originalrechnung belegten Kosten für ärztliche Verordnung gekaufte Medikamenten;
6. Ausleihe von künstlichen Gleidmassen, Krücken, Rollstühlen und anderen medizinischen Ausrüstungen, auf Grund der Originalrechnung und mit ärztlicher Verordnung gekauften Medikamenten ;
7. ärztlich verordnete Brillenersatz wegen Unfällen, die auch mit Personenschaden verbunden waren und einer ärztlichen dokumentierten Behandlung bedürfen, bis zu EUR 150;
8. zahnärztliche Behandlung ausschliesslich in Notfällen, direkte Schmerzbehandlung, höchstens für zwei Zähne, in Höhe von höchstens 150 EUR - pro Zahn.

(2) Die Versicherungsgesellschaft deckt die Behandlungskosten vom Absatz (1) dieses Artikels auf Grund einer Krankheit oder Unfall in Höhe von 30 000 EUR, bzw. bis 15 000 EUR für die Art der Versicherung – Tourist.

(3) Diese Leistungen werden von der Versicherungsgesellschaft ausschliesslich in dringenden Notfällen gewährt.

Ein dringender Notfall liegt vor, wenn die nicht sofort eingeleitete ärztliche Versorgung voraussichtlich zu einer Gefährdung des Lebens des Versicherten bzw. seiner körperlichen Unversicherheit führt oder eine unheilbare Schädigung der Gesundheit des Versicherten bzw. seiner körperlichen Unversicherheit verursachen wurde; sowie aufgrund von Symptomen seiner Krankheit oder seines Unfalles (Bewusstlosigkeit, Blutungen, infektiöse akute Erkrankungen usw.) oder wegen plötzlich eingetretener schwerer Gesundheitsschädigung einer dringenden ärztlichen Versorgung bedarf.

Die Dringlichkeit wird von der Versicherungsgesellschaft festgestellt auf Grund der Meinung eines Arztes Zensor

(4) Die Versicherungsgesellschaft trägt die obene Kosten, nur in den Fällen, wenn der Versicherungsfall an der Kategorie dringende Fälle gehört laut Absatz 3 dieses Artikels ind falls der Versicherte oder seiner Bevollmächtigte, oder hilfeleistende medizinische Anstalt bzw. der behandelne Arzt, der die Bahandlung

durchführt, innerhalb möglichst kurzer Zeit aber max. innerhalb 24 Stunden, nach der Behandlung die Versicherungsgesellschaft benachrichtigt hat und schriftlich die Benachrichtigung bestätigt. Falls die Versicherungsgesellschaft nicht vorher oder innerhalb 24 Stunden nach der Behandlung benachrichtigt worden ist, und der Versicherungsfall dringend ist, wird die Versicherungsgesellschaft die entstandene Kosten des Versicherten max. in Höhe von 150 EUR.

(5) Nach dem Erhalt der Benachrichtigung für die Behandlung und Informationen über den Name des Versicherten, Nummer der Versicherungspolice, Telefonnummer, genaue Adresse und genaue Diagnose, wird die Versicherungsgesellschaft in kürzester Frist die Dringlichkeit des Falles bestätigen und aus diesem Grund entscheidet bzg. Die Deckung der Behandlungskosten.

Bei Heilbehandlung im Krankenhaus wird die Versicherungsgesellschaft:

- a) sobald es der Zustand des Patienten im Krankenhaus zulässt, wird der Versicherte nach Republik Mazedonien transportiert nach Bedarf auch mit Begleitung vom Arzt oder Krankenschwester, und wird für seine Unterbringung in der zuständigen Gesundheitseinrichtung in Republik Mazedonien sorgen. Zeitpunkt und Art des Transports werden von der Versicherungsgesellschaft aufgrund der vorausgehenden Absimmungen mit der Gesundheitseinrichtung in R. Mazedonien festgestellt;
- b) im ständigen Kontakt mit dem behandelnden Arzt und der Gesundheitseinrichtung und nimmt die Verantwortung an, den Angehörigen des Versicherten telefonisch über seinen Zustand laufend zu informieren.

(6) Unter Berücksichtigung der am Ort der Inanspruchnahme der Leistung gültigen durchschnittlichen medizinischen Tarife werden die Kosten für die nachstehenden begründeten und allgemein üblichen Behandlungen (ohne Arztwahl) getragen. Der Versicherte befreit den untersuchenden oder behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Versicherungsgesellschaft.

Artikel 18 Ausgeschlossene Risiken aus der medizinischen Versicherung

(1) Die Versicherung erstreckt sich nicht auf die folgenden Bereiche:

1. jegliche Behandlungen oder den Kauf von Medikamenten die, die Folge des früheren Gesundheitszustandes sind und bei Abschluss der Versicherung voraussichtlich oder mit höher Wahrscheinlichkeit während der Versicherungsdauer nowending werden. Unter Frühere Gesundheitszustand versteht sich der Zustand bevor der Beginn der Versicherung in der:

- a) Eine medizinische Behandlung notwendig war, oder vom Arzt empfohlen wurde.
 - b) Die Einnahme von Medikamenten, die auf Rezepte vorgeschrieben waren, notwendig war.
 - c) es offensichtlich war, oder der Zustand solches Symptom verursacht hat, aufgrund welches der rationale Beschluss den Bedarf von ärztlichen Leistung zeigen wurde.
2. Leistungen, die zur Feststellung der Diagnose nicht notwendig sind;
 3. Leistungen, die sich nicht wegen Entfernung oder Verminderung der Konsequenzen der akuten Erkrankungen oder Unfallverletzungen erforderlich machen;
 4. zusätzliche Mehrkosten, welche den rationalen und üblichen Tarifen im betreffenden Land, wo der Versicherte die Leistungen verwendet, übersteigen;
 5. zusätzliche Mehrkosten für Krankenhausbehandlungen, falls der Versicherte seine Rückkehr zur weiteren Behandlung nach Republik Mazedonien ablehnt, obwohl dies aus medizinischer Sicht möglich gewesen wäre und die Versicherungsgesellschaft in der Lage war die Rückkehr zur weiteren Behandlung nach Republik Mazedonien zu organisieren,
 6. Nachbehandlungen, Rehabilitation;
 7. psychiatrische und psychische Behandlungen;
 8. Behandlung und Pflege durch Familienangehörige;
 9. kosmetische-Chirurgie;
 10. Schwangerschaftspflege;
 11. dringende Geburtshilfe nach dem 28. Schwangerschaftswoche;
 12. keine dringende ärztliche Untersuchung Behandlung;
 13. Physiotherapien, Akupunkturen, Naturheilpraktiker - bzw. Naturheilbehandlungen, Homoepat;
 14. wegen Alkohol - (über einem Blutalkoholspiegel von 0.80 Promille) oder Rauschgiftsucht;
 15. Schutzimpfungen;
 16. Routine-, Kontroll - bzw. Reihenuntersuchungen;
 17. Geschlechtskrankheiten;
 18. Immunkrankheiten (AIDS) bzw. damit verbundene Krankheiten;

19. Kontaktlinsen; Geräte zur Zwecke der Zuhörenverbesserung, Brillenersatz (ausser Verletzungen, die auch mit Personalschaden verbunden waren);
20. Kosten der Behandlungen, die durch Selbstmord bzw. Selbstmordversuch oder Kosten infolge einer durch den Versicherten begangenen vorsätzlichen Straftat;
21. Kosten für medizinische Behandlungen die durch Unfälle auf Grund von körperliche Arbeiten als Beruf hervorgerufen wurden.
22. Behandlung von mehr als zwei Zähne;
23. definitive zahnärztliche Behandlung, Kieferorthopadie, Wurzelbehandlung, Parodontologie, Entfernung vom Zahnstein, Zahnersatz, Zahnkronen und –brücken, Therapie des Wurzelkanals, Denturen und Reparatur;
24. Mehrkosten der Krankenhausunterbringung für Benutzung der Zweibettzimmer als Einbettzimmer
25. Die Kosten für die Rückkehr die ohne Genehmigung der Versicherungsgesellschaft vorgenommen waren oder Kosten für vorzeitliche Rückkehr ohne Genehmigung von einem Arzt - Spezialist.
26. Operationen die nach der Rückkehr nach Hause gemacht werden können ohne dass das erwartete Risiko überschritten wird.
27. *Die Kosten die im Zusammenhang mit der Diagnostizierung, Medikamente Versorgung, chirurgische oder andere Heilung der malignen Krankheit, Behandlung eines angeborenen (kogenitalen) körperlichen Fehlers oder einer chronischen Krankheit entstanden sind, ausser in dem Fall, wenn die medizinische Hilfe für die Lebensrettung des Versicherten unentbehrlich ist.*
28. Epidemie, Pandemie und Epidemie und-Pandemiekrankheiten.
29. die Reise wegen der medizinischen Versorgung vorgenommen war,
30. die medizinische Behandlung nicht von einem Arzt empfohlen wurde,
31. Beschneidung
32. Schlaflosigkeit, Behandlungen, Tests und Medikamente bezüglich der Schlaflosigkeit,
33. Reisen die gegen der Arztberatung vorgenommen waren, 34. Organetransplantation.
35. Behandlungen wegen Mehrgewicht, Impotenz und Sterilität, künstliche Befruchtung (in-vitro fertilization)

(2) Die Kosten, die den Betrag von 150 EUR überschreiten, falls der Versicherte oder sein Vertreter, die Medizinische Institution, oder der Angestellte in der Medizinischen Institution, in einem Zeitraum von 24 Stunden die Versicherungsgesellschaft um den Behandlungsbeginn und die Verwendung der ärztlichen Leistungen informiert .

Artikel 24 Überführungskosten der Leichen

(1) Bei Ableben des Versicherten sorgt die Versicherungsgesellschaft für den Rücktransport des Leichens nach Mazedonien und trägt die unmittelbaren Kosten in der Zusammenhang mit dem Rückkehr, bzw. trägt die Kosten in Zusammenhang mit dem Rückkehr des Leichens, welche die Kosten bis zum 30 000 EUR, bzw. 15 000 für die Art der Versicherung-Turist gedeckt hat.

(2) Zwecks Organisation des Leichentransportes nach Mazedonien sind von den Angehörigen des Versicherten die nachsehenden Dokumente innerhalb möglichst kürzer Zeit zu besorgen und der Versicherungsgesellschaft zur Verfügung zu stellen:

1. behördliches oder ärztliches Attest als Bestätigung der Todesursache;
2. bei Unfalltodes das Obduktionsprotokoll und die notwendigen Unterlagen zur Klärung der Todesumstände

(3) Falls die Rücktransport des Leichens des Versicherten seitens den Angehörigen oder andere Personen durchgeführt worden ist, ausser der Unterlagen genannt im Par.2 dieses Artikels die folgende Unterlagen sollen zur Verfügung gestellt werden:

1. Sterbeurkunde
2. Rechnungen für die bezahlte Überführungskosten der Leichen
3. Offizieller Bericht der Transportgesellschaft (Bus, Zug, Schiff, Flugzeug).

(4) Ohne Genehmigung der Versicherungsgesellschaft werden die Kosten für die Rückkehr nach R. Mazedonien nicht erkannt.

SECTION I.

PARTIE 2. ASSISTANCE ET ASSURANCE MALADIE

Article 17. Risques couverts par l'assistance et l'assurance maladie

(1) Dans le cas où l'assuré est tombé malade ou il a eu un accident, la Société d'assurance assure ces services d'assistance médicale et prend en charge les frais, pour:

1. l'examen médical d'urgence et le traitement;
2. le traitement hospitalier d'urgence, et dans ce cas la Société d'assurance recouvre les frais hospitaliers jusqu'au jour où l'état de santé de l'assuré rend possible son retour en République de Macédoine dans le but de continuer son traitement, conformément à l'opinion du médecin de l'établissement hospitalier où le traitement a été effectué
3. l'opération d'urgence, le traitement intensif;
4. les soins d'urgence obstétrique avant la 28^{ième} semaine de la grossesse;
5. les médicaments achetés sur ordonnance du médecin, après l'examen médical d'urgence, cela justifié par une facture original;
6. le prêt à usage des prothèses, des béquilles, des fauteuils roulants, ainsi que d'autres outils médicaux, sur la base d'une ordonnance et d'une facture original;
7. le changement des lunettes de vue à la suite d'un accident provoquant des blessures du corps nécessitant un soin médical, et cela sur ordonnance médicale jusqu'au montant de remboursement de 150 euros ;
8. le traitement dentaire uniquement en cas d'urgence afin de diminuer immédiatement la douleur, au maximum pour deux dents et le montant supérieur de 150 euros par dent.

(2) **La Société d'assurance assure le remboursement des frais de traitement médical du paragraphe (1) de cet article causés d'une maladie ou d'un accident jusqu'au montant de 30.000 euros, c'est-à-dire jusqu'au 15.000 euros s'il s'agit du type d'assurance - Touriste.**

(3) **La Société d'assurance n'assure les services du paragraphe 1 de cet article que dans les cas urgents.**

On considère comme cas d'urgence le cas où le manque du traitement médical risquerait de mettre en danger la vie ou la sécurité de l'assuré, ou entraînerait des aggravations irréparables de la santé de l'assuré, ainsi que dans les cas des symptômes apparents de la maladie de l'assuré (perte de connaissance, hémorragie, maladie grave contagieuse etc.) ou des blessures accidentelles nécessitent un traitement médical d'urgence.

La Société d'assurance détermine s'il s'agit d'un cas d'urgence sur la base de l'opinion du médecin censeur.

(4) La Société d'assurance prend en sa charge les frais mentionnés ci-dessus uniquement quand le cas assuré appartient à la catégorie de cas urgents conformément au paragraphe 3 de cet article et quand la Société d'assurance a été informée par écrit de la part de l'assuré ou son représentant ou l'institution qui réalise le traitement, c'est-à-dire le médecin traitant et cela immédiatement ou 24 heures au plus tard après le commencement du traitement.

Si la Société d'assurance n'a pas été informé immédiatement ou 24 heures au plus tard après le commencement du traitement, et il s'agit d'un cas urgent, celle-ci remboursera à l'assuré les frais survenus du **montant supérieur de 150 euros.**

(5) Après avoir reçu les renseignements sur le commencement du traitement et les informations concernant le nom et le prénom de l'assuré, le numéro de sa police d'assurance, le numéro de téléphone et son adresse et le diagnostic établi, la Société d'assurance, dans le plus bref délai, détermine l'urgence du cas décide le remboursement des frais du traitement.

Dans le cas de l'hospitalisation de l'assuré, la Société d'assurance:

- a) dès que l'état de santé du patient hospitalisé le permet, organisera le retour de l'assuré en République de Macédoine, si nécessaire avec l'accompagnement d'un médecin ou d'une infirmière, et on lui assurera un traitement médical dans un établissement de santé en République de Macédoine.
- b) la Société d'assurance sera en contact permanent avec le médecin traitant ou avec l'établissement en se chargeant également de téléphoner à l'un de ses proches parents et de lui donner des informations nécessaires sur l'état de santé de l'assuré.

(6) La police d'assurance couvre les frais de traitement général, habituel et justifié (sans possibilité de choix du médecin) en tenant compte du tarif moyen de ces services médicaux dans le lieu du traitement. Le

medecin qui réalise l'examen ou le traitement est exempt de l'obligation de garder le secret professionnel devant la Société d'assurance.

Article 18. Les risques exempts de l'assurance maladie

(1) L'assurance maladie ne couvre pas

1. le soin ou l'achat des médicaments ou l'intervention médicale qui sont dûs à un état de santé préalable de l'assuré ou à des causes liées à cet état de santé, peu importe si l'assuré en avait connaissance ou pas. La notion état préalable de santé comprend l'état avant le commencement de l'assurance où:
 - a) le traitement médical a été suggéré par le docteur,
 - b) la prescription des médicaments et leur prise était nécessaires ou ceux-ci ont été déjà prescrits.
 - c) il était évident, ou les symptômes étaient tels qu'ils exigeaient une intervention médicale
2. les services qui ne sont pas nécessaires pour établir le diagnostic,
3. les services qui ne sont pas nécessaires dans le cas d'une maladie grave ou blessures causées à l'issue d'un accident.
4. les frais supplémentaires qui dépassent les frais raisonnables et habituels dans le pays où l'assuré a bénéficié les services,
5. les frais supplémentaires du traitement hospitalier résultant du fait que l'assuré refuse de retourner en République de Macédoine et y continuer son traitement, même que son état de santé le permet et la Société d'assurance pouvait réaliser le retour en République de Macédoine pour la continuation de son traitement,
6. le post-traitement, le,rétablissement,
7. le traitement des maladies psychiatriques et psychiques,
8. le traitement ou le soin donné par l'un des membres de la famille,
9. la chirurgie plastique,
10. le soin prénatal,
11. le soin obstétrique et après la 28^{ième} semaine de la grossesse,
12. l'examen médical ou le traitement qui ne sont pas d'urgence,
13. la physiothérapie, l'acupuncture, le traitement de la part du quasi-médecin, du chiropracteur, de l'homéopate,
14. le traitement médical ou hospitalier dû à la consommation de l'alcool (niveau de l'alcool dans le sang dépassant la limite de 0,8%) ou à la consommation des drogues ou à des raison liées à leur consommation,
15. la vaccination,
16. l'examen médical de contrôle, l'examen médical habituel,
17. les maladies sexuellement transmissibles,
18. le syndrome de déficit immunologique acquis (SIDA), ou maladies qui en sont liées,
19. les lentilles de contact, aides à l'écoute et lunettes de vue (sauf dans le cas de l'accident provoquant des blessures corporelles),
20. les frais du traitement médical qui sont dûs au suicide, tentative de suicide, ou à un acte criminel volontiers commis par l'assuré,
21. les frais du traitement médical dûs à un accident qui s'est produit au cours de l'exécution du travail physique professionnel,
22. le traitement dentaire dépassant la limite de deux dents,
23. le traitement dentaire de caractère définitif, prothèses orthodontaires, traitement paradonthologique, élimination du tartre dentaire, et la réparation de la prothèse dentaire, couronne ou pont dentaire,
24. les frais supplémentaires de l'hospitalisation à cause de l'utilisation d'une chambre double comme chambre à un lit dans un hôpital,
25. les frais du retour réalisé sans consentement de la Société d'assurance ou frais du retour en avance sans approbation d'un docteur spécialiste,
26. les opérations qui peuvent être remises à plus tard au retour chez soi ne dépassant pas le niveau raisonnable du risque à prévoir,
27. les frais liés au diagnostic, à l'achat des médicaments, au traitement chirurgical ou autre des maladies malignes, le traitement des infirmités (congénitales) ou d'une maladie chronique, exepté le cas où l'aide médicale est indispensable pour sauver la vie de l'assuré.
28. les épidémies, les pandémies et les maladies épidémiques et pandémiques;
29. le voyage entrepris dans le but de traitement médical;
30. le traitement qui n'a pas été recommandé et approuvé par le médecin;
31. l'excision;

32. l'insomnies, traitements, tests et médicaments liés à l'insomnie,
33. le traitement à cause d'un cas assuré survenu comme résultat d'un voyage contrairement au conseil du médecin;
34. la transplantation des organes;
35. le traitement de l'obésité, le traitement de l'impuissance et la stérilité, l'insémination artificielle
(2) Les frais du traitement dépassant le montant de 150 euros, dans le cas où l'assuré ou son représentant, ou l'institution de santé ou le médecin traitant n'ont pas informé la Société d'assurance d'avoir commencer le traitement ou de bénéficier les services médicaux.

24. Retour du corps du décédé

(1) Dans le cas de décès de l'assuré, la Société d'assurance assurera et prendra en charge tous les frais pour le retour du corps en République de Macédoine, c'est-à-dire elle remboursera des frais liés au retour qui sont du montant de 30.000 euros **c'est-à-dire 15.000 euros s'il s'agit du type d'assurance - Touriste.**

(2) La Société d'assurance l'organisera de retour du corps en R. de Macédoine, dans le plus bref délai, après avoir reçu de la part du parent de l'assuré doit mettre à la disposition les documents suivants:

1. l'attestation officielle ou l'attestation du médecin sur la cause de la mort.
2. le rapport de l'autopsie et les documents nécessaires pour montrer clairement les circonstances dans lesquelles l'assuré est décédé, dans le cas de mort due à un accident.

(3) Dans le cas où le retour du corps de l'assuré est réalisé de la part des parents ou de la part des autres personnes, en plus des documents mentionnés dans le paragraphe (2) de cet article, il faut présente les document suivants:

1. l'extrait de l'acte de décès;
2. les factures liés aux frais réglées pour le retour du corps ;
3. le rapport officiel de la compagnie de transport (autocar, train, bateau, avion)

(4) À défaut de l'accord préalable de la Société d'assurance, les frais pour le retour en République de Macédoine ne seront pas couverts.

STATEMENT

Piste closure

We here by confirm that _____ ski resort was closed
on _____ date.

Date _____ Place _____ Signature and seal

Contact address and phone number of the person in charge

Avalanche and Lendslide

We here by confirm that dye to Avalanche and Lendslide on _____ date, Mr/Mrs/Ms.
_____ did not check in the hotel as per the reservation.

The new check in details as follows:

Time(a.m./p.m.) _____ Date: _____

Date _____, Place _____

Signature and Seal

Contact address and phone number of the person in charge

*Оваа потврда се пополнува од овластено лице од скијачкиот центар или од овластено лице од хотелот, верифицирано со потпис и печат, во случај на затварање на терени, лавина или слегнување на земјиште (според член 48, точки 3 и 4 од условите)

