

ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА СЕМЕЈНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

-Пречистен текст-

Поим

Член 1

(1) Овие Посебни услови за семејно приватно здравствено осигурување (во натамошниот текст: Посебни услови), прашалникот и полисата се составен дел на договорот за приватно здравствено осигурување што договаработ ќе го склучи со ЕУРОЛИНК Осигурување АД Скопје.

(2) Со договорот за приватно здравствено осигурување, се обврзува договаработ на осигурувањето да ја плати премијата за осигурување, а осигурувачот се обврзува да ги надомести осигурените трошоците за користени здравствени услуги од осигуреникот во здравствени установи во Република Македонија и во странство.

Дефиниции

Член 2

(1) Одредени термини употребени во овие Посебни услови го имаат следното значење:

1. Акутна болест (состојба): ненадејна болест или повреда, односно сериозни симптоми на нарушување на здравјето што бараат лекарска помош;

2. Амбулантно лекување: лекување во општа или специјалистичка ординација, дијагностичко – терпевтски мерки, при што осигуреното лице не користи болнички кревет;

3. Болничко лекување: лекување на осигуреникот во болница за медицински неопходно лекување, при што осигуреникот е примен во болница и сместен во болнички кревет;

4. Бременост и породување: трошоци за следење на бременост, компликации при бременост (спонтан абортус, вонматерична бременост, гестациски дијабетис, преекламсија, токсоплазма, стрепотокока од Б Група и друго), абортус и состојби кои произлегуваат од перинаталниот период (вклучувајќи пред и пост породилни прегледи) и трошоци за пораѓање;

5. Вообичаени трошоци: просечен износ на трошоци што се наплатува за здравствени услуги во приватните здравствени установи, но не поголем од цените утврдени во ценовникот на давателот на услугата;

6. Дневна болница: начин на третман на пациентот, според кој за здравствените услуги за дијагностика, терапија, нега и рехабилитација кои се вршат на секундарно ниво не е потребен престој во болница со ноќевање;

7. Договарач: секое правно или физичко лице што со осигурувачот ќе склучи договор за приватно семејно здравствено осигурување и кој е носител на обврската за плаќање на премијата за осигурување;

8. Здравствени установи: јавни и приватни здравствени установи во Република Македонија кои вршат дејност врз основа на решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и пружаат здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, односно за кои приватните здравствени установи немаат склучено договор со ФЗОМ или за услуги кои можат да се вршат во рамките на јавна здравствена установа како дополнителна дејност;

9. Здравствени установи во странство: здравствени установи во странство кои имаат решение за дозвола за работа издадена од надлежен орган на странската држава;

10. Итен случај: се подразбираат случаите кога непреземањето на лекарски третман за кусо време би предизвикало непоправливо и тешко нарушување на здравјето на осигуреникот или негова смрт;

11. Каренца: период на почетокот на договорот за осигурување во кој се исклучени сите обврски на осигурувачот за осигурените случаи настанати во тој период;

12. Лимит: највисок износ на обврската на осигурувачот по полисата за период од една година, за сите осигурени лица заедно, за специфицирани трошоци за лекување;

13. Медицински неопходно: медицинска услуга или лекување што според мнение на квалификуван доктор е соодветно и конзистентно на симптомите односно на дијагнозата и што, во согласност со општо прифатените медицински стандарди, не ќе можело да биде избегнато без да остави лоши последици врз здравствената состојбата на осигуреникот;

14. Осигуреник: лице кое е носител на правата од договорот за осигурување, именувано во полисата;

15. Осигурувач: Акционерско друштво за осигурување Еуролинк Скопје;

16. Осигурен ризик: нарушување на здравствената состојба на осигуреникот кое предизвикало потреба од користење на здравствени услуги опфатени со здравственото осигурување, настанато во периодот на

осигурување, за кои трошоците, ги надоместува осигурувачот согласно со овие Посебни услови и со договорот за осигурување;

17. Осигурен случај: трошоци за лекување, односно трошоци за користење на одредени видови здравствени услуги настанати како последица на осигурениот ризик, паричен надомест во случај на болничко лекување, трошоци за превентивна заштита и трошоци за породување, за офталмолошко и за стоматолошко лекување;

18. Палијативна нега: активна целосна помош на пациенти со напредната неизлечива болест;

19. Период на осигурување: период од 1 година, утврден во полисата;

20. Повреда: телесна повреда предизвикана исклучиво од насилни, случајни, надворешни и видливи средства, а не од заболување, болест или постепен физички или ментален процес;

21. Подрачје на покритие- географско подрачје на важност на полисата, на кое осигуреникот може да користи здравствени услуги, а кое може да биде:

а) Република Македонија, или

б) Европа, без Велика Британија, Русија и Швајцарија.

22. Полиса: исправа за склучениот договор за осигурување, која ги содржи сите битни податоци за осигуреникот и осигурувањето;

23. Претходна здравствена состојба: повреда, болест, состојба или симптом кој бил утврден или е утврдено дека постоел и пред склучување на договорот за осигурување, без оглед дали осигуреникот знаел или не можел да не знае за истиот и без оглед дали се лекувал заради истото или не;

24. Сума на осигурување: највисок износ на обврските на осигурувачот по полисата за период од една година, за сите осигурени лица заедно, за определен осигурен случај;

25. Трошоци за лекување: сите вообичаени трошоци настанати во однос на медицински неопходно лекување на нарушена здравствена состојба согласно со стручни упатства за медицина заснована на докази, донесени од министерот за здравство, согласно со современата светска медицинска практика;

26. Учество во штета: дел од трошоците кои се обврска за плаќање на осигуреникот, наведено во полисата;

27. Хронична состојба: болест или повреда што има најмалку две од следните карактеристики:

- не е познат признаен лек, кој би можел да ја излекува состојбата;
- траењето на состојбата не може да се одреди;
- се повторува или веројатно ќе се повтори;
- трајно е;
- бара палијативна нега;
- бара долгорочно следење, консултации, прегледи, испитувања или тестови;
- лицето треба да е рехабилитирано или да е обучено да се справува со состојбата.

28. Штета - вкупните трошоци за здравствени услуги за лекување на една повреда или болест.

Способност за осигурување

Член 3

(1) Според овие Посебни услови можат да се осигураат здрави лица, членови на семејство на возраст од 1 до 64 години, кои истовремено имаат својство на осигуреници во системот на задолжително здравствено осигурување на Република Македонија.

(2) По исклучок од ставот 1 на овој член, лица кои се странски државјани не мора да имаат својство на осигуреници во системот на задолжително здравствено осигурување и се осигуруваат само за лекување во приватни здравствени установи кои немаат склучено договор со ФЗОМ.

(3) Членови на семејство се брачни другари и нивните деца до навршување на 30 години возраст, како и лице кое живее само.

(4) Пристапната возраст за лица кои прв пат склучуваат договор за семејно приватно здравствено осигурување е ограничена до навршување на 51 година, односно до 41 година возраст во зависност од видот на осигурителното покритие.

(5) За здраво се смета лице, член на семејство, кое во моментот на склучување на договорот за приватно семејно здравствено осигурување е животно и работно активно и нема субјективни физички или психички потешкотии, не користи медицинска терапија и здравствени услуги, и кое немало претходна здравствена состојба.

(6) Условно здрави лица, кои имаат претходна здравствена состојба, се осигуруваат врз основа на прашалникот, медицинска документација и/или здравствен преглед, со процена на ризикот од страна на осигурувачот. Во зависност од оценката на здравствената состојба на осигуреникот, условно здрави лица се примаат во осигурување така што од покритието се исклучуваат сите трошоци за лекување поврзани со претходната медицинска состојба, со зголемена премија за осигурување.

(7) Осигурувачот може да ја одбие понудата за осигурување за член на семејството со претходна здравствена состојба, кај кои здравствената состојба е нарушена до степен што е неподобна за осигурување, во смисла да осигурениот ризик односно осигурениот случај настанал или е во настанување.

(8) Лица со ментална болест и лица лишени од деловна способност не можат да се осигураат според овие Посебни услови.

Склучување договор за осигурување

Член 4

(1) Договорот за осигурување се склучува со потпишување на полисата за осигурување, врз основа на прашалник и понуда од осигурувачот, медицинска документација и здравствен преглед за секој од членовите на семејството - според барањето на осигурувачот, кога осигуреникот прв пат склучува полиса за приватно здравствено осигурување.

(2) Се смета дека осигуреникот прв пат склучува полиса за здравствено осигурување во смисла на ставот (1) од овој член доколку поминале повеќе од 15 дена од денот на истек на претходната полиса за приватно семејно здравствено осигурување.

(3) Понудата за здравствено осигурување е во пишан облик на образец на осигурувачот и претставува предлог за склучување на договор за здравствено осигурување. Понудата ги содржи битните елементи на договорот за осигурување и има важност од 30 дена од денот на издавање на понудата од осигурувачот.

(4) Осигурувањето секогаш започнува во 00:00 часот на 1-ви или на 15-ти во месецот наведен во полисата за осигурување, под услов премијата по понудата да е платена во целост, доколку не е договорено поинаку.

(5) Нови осигуреници, членови на семејството – деца, се опфатени со осигурувањето по тековната полиса од денот кога наполниле една година возраст.

(6) При обнова на полисата осигурувачот може да побара за сите или за некои од осигурениците дополнителни информации за здравствената состојба.

Премија и последици поради неплаќање на премијата

Член 5

(1) Премијата за осигурување се утврдува за секоја осигурителна година, а висината на премијата зависи од пристапната возраст на осигуреникот, обемот на покритието и здравствената состојба на осигуреникот.

(2) Договорачот на осигурувањето е должен да ја плати премијата за осигурената година однапред, најдоцна на денот на почеток на осигурувањето, освен ако поинаку не е договорено.

(3) Доколку е договорено годишната премија да се плати однапред, целата или првата рата, обврската на осигурувачот да го исплати надоместот почнува наредниот ден од денот на уплатата на премијата, односно на првата рата од премијата, без оглед на денот на почеток наведен во полисата за осигурување, односно осигурувачот има обврска да исплати надомест само за осигурените случаи настанати наредниот ден од денот на уплатата на премијата, односно на првата рата од премијата.

(4) Осигурувачот има право да ја одложи исплатата на надоместот, доколку е договорено премијата да се плаќа на рати, а стасаната премија не е платена.

(5) Осигурувачот може да го раскине договорот доколку договорачот нередовно ги плаќа ратите од премијата за осигурување.

(6) Ако договорачот на осигурувањето односно осигуреникот премијата што стасала по склучување на договорот не ја плати до стасаноста, ниту тоа го стори некое друго заинтересирано лице, договорот за осигурување престанува според самиот закон по истек на рокот од 30 дена од кога на договорачот на осигурувањето му е врачено препорачано писмо од осигурувачот со известување за стасаноста на премијата со тоа што тој рок не може да истече пред да поминат 30 дена од стасаноста на премијата.

(7) Кога се засметуваат роковите за раскинување на договорот поради неплаќање на премија, се смета дека е договорено плаќање на премијата однапред, на денот на почеток на периодот на осигурување.

(8) Годишната премија по полисата му припаѓа на осигурувачот, без оглед дали бројот на осигурени членови на семејството се намалил.

(9) Осигурувачот има право на законска казнена камата за задоцнето плаќање на премијата за осигурување.

Намалување на премијата (бонус)

Член 6

(1) Во зависност од видот на осигурителното покритие, договорачот на осигурувањето има право на намалување на премијата за наредниот временски период на осигурување (бонус), при обнова на полисата, доколку во изминатиот период на осигурување не е пријавена штета кај осигурувачот по полисата за семејно приватно здравствено осигурување.

(2) Износот на бонусот е наведен во полисата.

Пријавување на околности значајни за оцена на ризикот**Член 7**

(1) Договорачот на осигурувањето, односно осигуреникот е должен при склучувањето на договорот да му ги пријави на осигурувачот сите суштествени околности што се од значење за оцена на ризикот, а што му се познати или не можеле да му останат непознати. Суштествени се сите околности за кои осигурувачот поставил прашање во прашалникот и понудата за осигурување или дополнително побарал податоци.

(2) Ако договорачот на осигурувањето, односно осигуреникот, намерно направил неточна пријава или намерно премолчил некоја околност од таква природа што осигурувачот не би склучил договор ако знаел за вистинската состојба на работите (датум на раѓање, здравствена состојба), осигурувачот може да бара поништување на договорот, особено ако осигуреникот според вистинската возраст или според здравствената состојба нема способност за осигурување.

(3) Во случај на поништување на договорот од причините наведени во став (2) на овој член, осигурувачот ги задржува наплатените премии и има право да бара исплата на премијата за периодот на осигурувањето во кој побарал поништување на договорот.

(4) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена неточноста или нецелосноста на пријавата или по тоа, но пред поништувањето на договорот, осигурувачот нема обврска да исплати надомест на штета.

(5) Ако договорачот на осигурувањето направил неточна пријава за годината на раѓање, а тоа не го сторил намерно, осигурувачот може по свој избор, во рок од еден месец од дознавањето за неточноста или нецелосноста на пријавата, да изјави дека го раскинува договорот или да предложи зголемување на премијата сразмерно со поголемиот ризик.

(6) Договорот во тој случај престанува по истекот на 14 дена од кога осигурувачот својата изјава за раскинување му ја соопштил на договорачот на осигурувањето, а во случај на предлог од осигурувачот премијата да се зголеми, раскинувањето настапува според самиот закон ако договорачот на осигурувањето не го прифати предлогот во рок од 14 дена од кога го примил.

(7) Во случај на раскинување, осигурувачот е должен да го врати делот од премијата што отпаѓа на времето до крајот на периодот на осигурувањето.

(8) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена неточноста или нецелосноста на пријавата или по тоа, но пред раскинувањето на договорот, односно пред постигнувањето на спогодба за зголемување на премијата, надоместот се намалува во сразмер меѓу стапката на платените премии и стапката на премиите што би требало да се платат според вистинскиот ризик.

Почеток и траење на осигурувањето**Член 8**

(1) Договорот за осигурување се склучува за период на траење од една година и може да се обновува секоја следна година.

(2) Осигурувањето започнува на денот наведен во полисата за осигурување како почеток на осигурувањето и престанува во 00,00 часот на денот наведен како истек на осигурувањето.

(3) Без оглед на договорено траење на осигурувањето, осигурувањето престанува за секој осигуреник одделно во следните случаи:

- кога на осигуреникот му престанало својството на осигуреник во системот на задолжителното здравствено осигурување во Република Македонија подолго од 60 дена, во текот на периодот на осигурување, во кој случај осигурувањето престанува следниот ден по истек на рокот од 60 дена,
- на денот на смртта на осигуреникот,
- на денот кога е раскинат договорот за осигурување со договорачот на осигурувањето.

(4) Осигурувањето престанува на денот на истек на полисата и истото не може да се обнови за секој член на семејството кој во периодот на осигурување ќе наполни: 64 години за член на семејство брачен другар или sameц и 30 години, за член на семејство дете.

Обем на обврските на осигурувачот**Член 9**

(1) Осигурувачот е во обврска да ги надомести трошоците за здравствени услуги покриени со договорот за осигурување за сите осигуреници заедно најмногу до износот на осигурената сума во полисата за одделен осигурен случај односно ризик.

(2) Осигурвачот нема обврска за надомест за осигурени случаи настанати во првите 2 месеци од денот на почеток на осигурувањето (каренца), освен за осигурен случај предизвикан од повреда и за превентивна заштита.

(3) Рокот од претходниот став на овој член се смета за секое осигурено лице посебно од денот кога е вклучено во осигурување.

(4) Ограничувањето од став 2 на овој член, не се применува при обнова на осигурувањето, под услов осигуреникот да има континуитет на осигурувањето (без прекин) кај осигурувачот.

(5) Обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за здравствени услуги се однесува за трошоци кои настанале исклучиво во периодот на осигурувањето како последица на осигурениот ризик кој настанал во истиот период.

Исклучување на малигни заболувања и хронични болести

Член 10

(1) Малигни заболувања и хронични болести кои се дијагностицирани, или чии што симптоми се манифестирале пред почетокот на осигурувањето како и во првите 6 месеци од почетокот на осигурувањето се исклучени од семејното приватно здравствено осигурување.

(2) Исклучувањето важи без оглед дали осигуреникот знаел или не можел да не знае за истите и без оглед дали се лекувал заради истото или не.

(3) Исклучувањето не се применува при обнова на осигурувањето.

Осигурени случаи на трошоци за здравствени услуги

Член 11

(1) Со приватното семејно здравствено осигурување можат да се осигураат трошоци за здравствени услуги што осигуреникот ги користел во здравствени установи заради лекување на нарушена здравствена состојба на осигуреникот од болест или повреда, и поради превентивна заштита на осигуреникот, во случај на:

- малигни заболувања;
- болничко лекување,
- амбулантно лекување,
- превентивни прегледи.

(2) Со осигурувањето се обезбедува и паричен надомест во случај на болничко лекување во јавна здравствена установа (ЈЗУ), доколку поради осигурениот случај болничкото лекување е преземено во јавна здравствена установа.

(3) Со приватното семејно здравствено осигурување може да се договори и осигурување на дополнителен ризик од трошоци за породување и за пренатални тестови, за офталмолошко и за стоматолошко лекување на осигуреникот.

Обем на осигурителна заштита

Член 12

(1) Осигурувањето може да се склучи за еден од следните видови на осигурително покритие, кои се разликуваат според видот на осигурените трошоци за здравствени услуги, висината на осигурените суми и територијалната важност на полисата:

- ОСНОВНО- малигни заболувања – важат одредбите од оддел 1;
- КОМФОР- проширено покритие – важат одредбите од оддел 2;
- ПРЕМИУМ – целосно покритие – важат одредбите од оддел 3;
- СТАРТ – почетно покритие - важат одредбите од оддел 4.

(2) Осигурувањата со покритие од видот „основно“ и „комфор“ важат само на подрачјето на Република Македонија, а осигурувањето со покритие „премиум“ има важност во Република Македонија и на територијата на Европа (без Велика Британија, Русија и Швајцарија).

Оддел 1

Основно – осигурување на трошоци за лекување на малигни заболувања

Осигурување во случај на малигни заболувања

Член 13

(1) Врз основа на полисата со „основно“, осигурително покритие во случај на малигно заболување на осигуреникот, настанато по истек на 6 месеци од почетокот на осигурувањето по полисата, осигурувачот ќе ги надомести сите вообичаени трошоци за медицински неопходно лекување на малигното заболување на осигуреникот, најмногу до износот на осигурената сума во полисата за случај на малигни заболувања и ќе исплати дневен надомест доколку малигното заболување е лекувано при хоспитализација во јавна здравствена установа.

(2) Со осигурувањето за случај на малигно заболување опфатени се трошоците за лекување настанати во периодот на осигурувањето, за лекување на малигно заболување настанато во истиот период.

(3) Под малигни заболувања се подразбира болест предизвикана со неконтролиран раст и размножување на абнормални клетки на одреден дел од телото, која е дијагностицирана како малигна болест според Меѓународната класификација на болести (МКБ).

(4) Со осигурувањето се опфатени сите трошоци за дијагностички тестови и третман на осигуреникот, преземени после поставена дијагноза за малигно заболување, вклучувајќи го и прегледот со кој прв пат е дијагностицирано заболувањето, сеедно дали третманот се спроведува амбулантно, во дневна болница, во болница или во домашни услови.

(5) Со осигурувањето е опфатен секој вид на третман на осигуреникот што ќе го определи лекарот соодветно на природата на болеста, како радиотерапија, хемотерапија, лекови, хируршки интервенции и друго.

(6) На барање на осигуреникот, осигурувачот може да набави и плати за лековите препишани за лекување на малигно заболување.

Дневен надомест во случај на болничко лекување во јавна здравствена установа (ЈЗУ)

Член 14

(1) Осигурувачот ќе исплати дневен надомест во договорен износ за секој осигурен болнички ден поминат во јавна здравствена установа (ЈЗУ), доколку третманот на малигно заболување осигуреникот го користел во болница само по основ на задолжителното здравствено осигурување (на товар на ФЗОМ).

(2) Под болнички ден поминат во јавната здравствена установа се подразбира престој со ноќевање при хоспитализација во болницата.

Оддел 2

Комфор – проширено покритие

Осигурени случаи со осигурителното покритие комфор

Член 15

Со осигурителното покритие од видот „комфор“ опфатени се следните осигурени случаи:

- трошоци за лекување на малигни заболувања (оддел 1);
- трошоци за болничко лекување (оддел 2);
- дневен надомест за хоспитализација во ЈЗУ (оддел 2);
- превоз со санитарско возило (оддел 2);
- трошоци за превентивна заштита и амбулантни прегледи (оддел 2).

Обем на обврските на осигурувачот

Член 16

Врз основа на полисата со осигурително покритие комфор, покрај осигурувањето во случај на малигни заболувања (оддел 1), осигурувачот ќе надомести и за:

- осигурени трошоци за болничко лекување на осигуреникот преземено заради лекување на нарушена здравствена состојба од болест или повреда,
- дневен надомест за хоспитализација во јавна здравствена установа,
- трошоци за превентивен лекарски преглед, во случај на превентивна заштита на осигуреникот,
- трошоци за превоз со санитарско возило,

најмногу до износот на договорената осигурена сума односно лимит за секој осигурен случај,

Болничко лекување

Член 17

(1) Со осигурувањето за случај на болничко лекување опфатени се трошоците за лекување настанати во периодот на осигурувањето, за нарушена здравствена состојба од болест или повреда што настанала во истиот период.

(2) Со осигурувањето се опфатени трошоци за дијагностика, лекување и здравствена нега преземени за време на престојот на осигуреникот во болницата.

(3) Од осигурувањето за случај на болничко лекување исклучени се трошоци за лекување на малигни заболувања, кои се опфатени со осигурувањето за случај на малигни заболувања.

Осигурени трошоци за болничко лекување

Член 18

(1) Со осигурувањето за случај на болничко лекување на осигуреникот, осигурувачот ќе надомести трошоци за следните видови на лекување (третман) на осигуреникот, најмногу до договорениот лимит за секој третман одделно:

- болничко лекување при хируршка интервенција,
- болничко лекување без хируршка интервенција,
- болничко лекување при ендоваскуларни и ендоскопски терапевтски интервенции со вграден имплант,
- болничко лекување при ендоваскуларни и ендоскопски терапевтски интервенции без вграден имплант.

(2) Обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за болничко лекување за било кој третман престанува со исплатата на договорената осигурена сума за случај на болничко лекување.

Дневен надомест во случај на болничко лекување во јавна здравствена установа (ЈЗУ)

Член 19

(1) Осигурувачот ќе исплати дневен надомест за секој осигурен болнички ден поминат во јавна здравствена установа (ЈЗУ), најмногу до осигурената сума во полисата за случај на болничко лекување во ЈЗУ, доколку третманот од ставот (1) на член 18 од овие Посебни услови осигуреникот го користел во болница само по основ на задолжителното здравствено осигурување (на товар на ФЗОМ).

(2) Под болнички ден поминат во јавната здравствена установа се подразбира престој со ноќевање поради хоспитализација во болницата.

Трошоци за превоз со санитарско возило

Член 20

(1) Со осигурувањето за случај на превоз со санитарско возило, опфатени се трошоците за медицински неопходен превоз со санитарско возило во следните случаи:

- итен случај поради повреда или болест,
- превоз на осигуреникот до или од болница, одобрен од доктор како медицински неопходен.

(2) Осигурувачот ги надоместува трошоците за превоз со санитарско возило, најмногу до договорената осигурена сума.

Разграничување помеѓу ризиците малигни заболувања, болничко лекување и превоз со санитарско возило

Член 21

Во случај на малигно заболување чиј што третман е опишан во член 13 став (4) и став (5) од овие Посебни услови, трошоците за лекување на малигното заболување се опфатени само по основ на осигурувањето за случај на малигно заболување, и истите не се предмет на осигурувањето за случај на болничко лекување и превоз со санитарско возило.

Осигурени трошоци за превентивна заштита и амбулантни прегледи

Член 22

(1) Со осигурувањето за случај на превентивна заштита и амбулантни прегледи осигурувачот ќе ги надомести трошоците за превентивни лекарски прегледи на осигуреникот преземени заради проверка на здравствената состојба, како и за медицински индицирани амбулантни прегледи, најмногу до договорената осигурена сума.

(2) Со осигурувањето за случај на превентивна заштита и амбулантни прегледи опфатени се трошоците настанати во периодот на осигурувањето.

(3) Осигурени се трошоците за лекарски прегледи и лабораториски анализи кои се вршат амбулантно без оглед на резултатите од прегледот, односно од утврдената дијагноза.

(4) Со осигурувањето не се опфатени и трошоци за лекови и медицински средства (помагала) препишани при амбулантните прегледи, превентивни или медицински индицирани.

(5) Кај овој ризик не се применуваат одредбите за исклучување на обврските на осигурувачот од членот 34 и членот 35 став (1), освен точка 9, за прегледи во врска со бременост и породување, кои секако се исклучени и од овој ризик.

Оддел 3**Премиум – целосно покритие****Осигурени случаи со осигурителното покритие премиум****Член 23**

Со осигурителното покритие од видот „премиум“ опфатени се следните осигурени случаи:

- трошоци за лекување на малигни заболувања (оддел 1);
- трошоци за болничко лекување (оддел 2);
- дневен надомест за хоспитализација во ЈЗУ (оддел 2);
- превоз со санитарско возило (оддел 2);
- трошоци за превентивна заштита и амбулантни прегледи (оддел 2);
- амбулантно лекување (оддел 3).

Обем на обврските на осигурувачот**Член 24**

(1) Врз основа на полисата со осигурително покритие премиум, покрај осигурувањето за случај на малигни заболувања (оддел 1), за случај на болничко лекување, за случај на превоз со санитарско возило и за случај на превентивна заштита (оддел 2), осигурувачот ќе надомести и за:

- трошоци за амбулантно лекување, преземено заради нарушена здравствена состојба од болест или повреда на осигуреникот.

(2) Со осигурувањето за случај на амбулантно лекување опфатени се трошоците настанати во периодот на осигурувањето, за нарушена здравствена состојба од болест или повреда што настанала во истиот период.

Осигурени трошоци за амбулантно лекување**Член 25**

(1) Во случај на амбулантно лекување на осигуреникот преземено заради лекување на нарушена здравствена состојба од болест или повреда, осигурувачот ќе ги надомести осигурените трошоци, најмногу до износот на договорената осигурена сума за амбулантно лекување.

(2) Со осигурувањето за случај на амбулантно лекување опфатени се трошоците за лекување настанати во периодот на осигурувањето, за нарушена здравствена состојба од болест или повреда што настанала во истиот период.

(3) Со осигурувањето се опфатени трошоците за дијагностика, лекување, физикална терапија, лекови и медицински средства (помагала) преземени како амбулантно лекување или во дневна болница.

(4) Осигуреникот учествува со 50% од осигурените трошоци во секоја штета.

(5) Од осигурувањето за случај на амбулантно лекување исклучени се трошоци за лекување на малигни заболувања, кои се опфатени со осигурувањето за случај на малигни заболувања.

Разграничување помеѓу ризиците малигни заболувања и амбулантно лекување**Член 26**

Во случај на малигно заболување чиј што третман е опишан во член 13 став (4) и став (5) од овие Посебни услови, трошоците за амбулантно лекување на малигното заболување се опфатени само по основ на осигурувањето за случај на малигно заболување, и истите не се предмет на осигурувањето за случај на амбулантно лекување.

Оддел 4**Старт – почетно покритие****Ограничување на пристапната возраст за почетното покритие****Член 27**

Пристапната возраст за лица кои прв пат склучуваат договор за семејно приватно здравствено осигурување со почетно осигурително покритие „старт“ е ограничено до навршување на 41 година.

Осигурени случаи со осигурителното покритие старт**Член 28**

Со осигурителното покритие од видот „старт“ опфатени се следните осигурени случаи:

- трошоци за болничко лекување при хируршка интервенција;
- дневен надомест за хоспитализација во ЈЗУ.

Обем на обврските на осигурувачот**Член 29**

Врз основа на полисата со осигурително покритие старт осигурувачот ќе надомести за:

- осигурени трошоци за болничко лекување на осигуреникот при хируршка интервенција преземено заради лекување на нарушена здравствена состојба од болест или повреда,
 - дневен надомест за хоспитализација во јавна здравствена установа,
- најмногу до износот на договорената осигурена сума односно лимит за секој осигурен случај,

Болничко лекување при хируршка интервенција**Член 30**

(1) Со осигурувањето за случај на болничко лекување при хируршка интервенција опфатени се трошоците за лекување настанати во периодот на осигурувањето, за нарушена здравствена состојба од болест или повреда што настанала во истиот период.

(2) Со осигурувањето се опфатени трошоци за дијагностика, лекување и здравствена нега преземени за време на престојот на осигуреникот во болницата, само во случај кога лекувањето вклучува хируршка интервенција која што се врши само во болнички услови.

Осигурени трошоци за болничко лекување при хируршка интервенција**Член 31**

(1) Со осигурувањето за случај на болничко лекување на осигуреникот при хируршка интервенција, осигурувачот ќе надомести трошоци за лекување (третман) на осигуреникот, најмногу до договорениот лимит во полисата за болничко лекување при хируршка интервенција,

(2) Обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за болничко лекување при хируршка интервенција престанува со исплатата на договорената осигурена сума.

Дневен надомест во случај на болничко лекување при хируршка интервенција во јавна здравствена установа (ЈЗУ)**Член 32**

(1) Осигурувачот ќе исплати дневен надомест за секој осигурен болнички ден поминат во јавна здравствена установа (ЈЗУ), најмногу до осигурената сума во полисата за случај на болничко лекување при хируршка интервенција во ЈЗУ, доколку третманот од ставот (1) на член 30 од овие Посебни услови осигуреникот го користел во болница само по основ на задолжителното здравствено осигурување (на товар на ФЗОМ).

(2) Под болнички ден поминат во јавната здравствена установа се подразбира престој со ноќевање поради хоспитализација во болницата.

Дополнително осигурување на ризикот трошоци за породување и за пренатални тестови ,за офталмолошко и стоматолошко лекување**Член 33**

(1) Со осигурувањето за случај на трошоци за породување и за пренатални тестови, за офталмолошко и за стоматолошко лекување осигурувачот ќе ги надомести трошоците за породување и 50% од трошоците за пренатални тестови на осигуреникот, за офталмолошко и за стоматолошко лекување најмногу до договорената осигурена сума во полисата.

(2) Опфатени се следните трошоци:

- сите трошоци за породување на осигуреникот за време на престојот во болницата, без оглед на начинот на породување (природно или со царски рез) како и компликации при породувањето, или сите трошоци за болничко лекување на осигуреникот при спонтан абортус;
- 50% од трошоците за неинвазивни пренатални тестови;
- сите трошоци за лекување на офталмолошко или стоматолошко заболување на осигуреникот, сеедно дали третманот се спроведува амбулантно, во дневна болница или во болница.

(3) Ризикот трошоци за породување и за пренатални тестови, за офталмолошко и стоматолошко лекување може да се вклучи како дополнителен ризик само кај повеќегодишни осигурувања, ако посебно се договори и плати дополнителна премија

(4) Со осигурувањето опфатени се трошоци за породување и за пренатални тестови (без оглед кога започнала бременоста), за офталмолошко и стоматолошко лекување настанати во текот на повеќегодишниот договор на осигурувањето, и без примена на одредбата за каренца од членот 9 став 2 на овие Посебни услови во првата осигурителна година.

(5) Премијата за осигурување за овој дополнителен ризик како и осигурената сума за истиот наведени во полисата, се утврдува за цело времетраење на повеќегодишното осигурување.

Мораториум за одредени ризици од здравственото осигурување

Член 34

(1) Следните болести и состојби се исклучени од покритието по полисата за семејно здравствено осигурување во првите 12 месеци од почетокот на осигурувањето во првата година на осигурување:

1. Хепатит тип Б и Ц;
2. Хронични бубрежни заболувања;
3. Мултипна склероза;
4. Епилепсија;
5. Бенигна хипертрофија на простата;
6. Миомектомија, ендометриоза освен поради малигно заболување;
7. Фисури и или фистули во анус, хемороиди;
8. Болести на синуси;
9. Операција на крајници, аденоиди и синуси;
10. Чир на желудник и на дванаесетпалачно црево;
11. Кожни тумори, освен малигни.

Ризици исклучени од здравственото осигурување

Член 35

(1) Со семејното здравствено осигурување не се опфатени трошоците за лекување и рехабилитација на следните болести и состојби:

1. Претходна здравствена состојба или болест непосредно поврзана со неа, настанати пред почетокот на осигурувањето по полисата со која осигуреникот прв пат се вклучил во семејно здравствено осигурување;
2. Хронични болести и состојби, како и малигни заболувања настанати во првите 6 месеци од осигурувањето по полисата со која осигуреникот прв пат се вклучува во здравственото осигурување;
3. Алцхајмерова болест;
4. Цироза на црн дроб;
5. Деменција;
6. Ревматоиден артритис;
7. Психијатриски болести и состојби;
8. СИДА, комплексен синдром поврзан со СИДА (АРЦС) и сите болести поврзани со вирусот ХИВ;
9. Бременост и породување, освен ако не е договорено поинаку;
10. Офталмолошки болести, доколку не се вклучени како дополнителен ризик;
11. Стоматолошки болести, доколку не се вклучени како дополнителен ризик;
12. Артритис, гихт, ревматизам и 'рбетни нарушувања;
13. Замена на зглобови освен ако не е последица од незгода;
14. Каменца во уринарниот систем и во жолчните патишта;
16. Дијализа како болничко лекување;
17. Пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и нарушување на вниманието, хиперактивност);
18. Трансплантација на органи;
19. Астма;
20. Хемофилија;
21. Кронова болест и улцерозен колитис;
22. Венерични болести;
23. Паркинсова болест.

(2) Со здравственото осигурување не се опфатени трошоци за било какви здравствени услуги поврзани со:

1. Алкохолизам, злоупотреба на дрога и злоупотреба на супстанции, состојби на зависности од кој било вид и секоја повреда или болест која директно или индиректно произлегува од ваквата злоупотреба или состојба на зависност;

2. Контрацепција, стерилизација (или враќање во претходна состојба по истите), вазектомија, промена на пол или кој било друг облик на состојба поврзана со пол, лекување на неплодност и поврзана состојба, биомедицински потпомогнато оплодување, обрежување;
3. Естетска хирургија или корективна хирургија, отстранување сало или друг вишок на телесно ткиво и какви било последици од ваков медицински третман, губење тежина или проблеми со тежина поради нарушувања во исхраната, без оглед дали е изведено со психолошка цел, освен ако не е потребно како директен резултат на незгода или операција поради канцер што се појавува за време на периодот на осигурување;
4. Палијативно лекување, лекување во болница за нега, домашно лекување;
5. Експериментално и непотврдено лекување и последици од истите;
6. Вакцинации и имунизации;
7. Генетски испитувања;
8. Учество на осигуреникот во професионален спорт (не вклучувајќи рекреативно или аматерско учество), како и рекреативно или професионално учество во кој било опасен спорт или активност како што се: спортови со мотори, воздушни спортови, нуркање (без оглед на длабочината) кој било спорт со животни, брзински натпревар, скијање вон патека и трки од кој било вид (освен пеш) и други опасни спортови;
9. Медицински третман поврзан со криопрезервација, имплантација или реимплантација на живи клетки или живи ткива без оглед дали се автологни или се добиени од донатор.

(3) Со здравственото осигурување не се опфатени трошоците за:

- лекови што се во слободна продажба во аптеките (ОТС лекови) и кога се препишани од лекар, витамини, хомеопатски лекови, хербални лекови, лековити билки, лекови во експериментална и истражувачка фаза, лековита и минерална вода, медицинско вино, додатоци во исхрана и средства за зајакнување на имунитет, средства за закрепнување, козметички средства, средства за лична нега и нерегистрирани лекови и препарати,
- медицински средства (помагала) кои се во слободна продажба во аптеки, специјализирани продавници како и во други продавници, како и нерегистрирани медицински средства, перики, уметоци за коса,

и во случај кога истите се препишани од лекар за лекување на последиците од осигурен ризик.

Исклучување на обврските на осигурувачот

Член 36

Исклучени се обврските на осигурувачот од договорот за приватно здравствено осигурување и осигуреникот нема право на надомест ако осигурениот случај настанал како последица на:

- земјотрес,
- војна и воени операции без оглед дали војната е објавена или не,
- револуции, граѓански немири, побуни, саботажи, тероризам и други слични настани,
- болести од епидемски или пандемиски размери,
- самонанесена повреда, самоубиство или обид за самоубиство или повреда од непотребно изложување на опасност освен при обид за спасување човечки живот;
- злонамерни или измамнички постапки на осигуреникот или последици од нив.

Обврски на осигуреникот при настанување на осигурен случај

Член 37

(1) Кога ќе настане осигурен случај, осигуреникот мора веднаш да го извести осигурувачот, давајќи ги сите детали.

(2) Во случај на болест или повреда, осигуреникот е должен да постапува според советите на здравствените работници за неговата нега, третман и рехабилитација, да соработува со осигурувачот за секој преглед што ќе го побара осигурувачот, и за секоја опсервација во болница што ќе биде организирана од страна на осигурувачот, на сметка на осигурувачот.

(3) Осигуреникот е должен да му ги соопшти на осигурувачот сите материјални факти што се од значење за утврдување на правата од приватното семејно здравствено осигурување.

(4) Кога се поднесува барање за надомест на штета за трошоци за лекување, а осигуреникот последователно поднесе барања за надомест на штета за трошоци за лекување од повреда или болест што на никаков начин не е поврзана со претходното барање за надомест на трошоци за лекување на повреда или болест, последователното барање ќе се смета за ново барање.

(5) Осигурувачот го има правото да побара обдукција во случај на смрт под услов обдукцијата да не е забранета со закон.

(6) Со исплатата на надоместот од осигурувањето преминуваат врз осигурувачот, според самиот закон, до висината на исплатениот надомест, сите права на осигуреникот спрема лицето кое по која и да е основа е одговорно за штетата.

(7) Ако по вина на осигуреникот е оневозможено ова преминување на правата врз осигурувачот, во целост или делумно, осигурувачот се ослободува во соодветна мера од својата обврска спрема осигуреникот.

Одобрение за користење здравствени услуги (авторизација)

Член 38

(1) Осигуреникот е должен да побара одобрение пред користење на осигурените здравствени услуги во случај на:

- малигно заболување;
- болничко лекување.

(2) Барањето за одобрение за користење на здравствени услуги се доставува во форма на пополнет формулар за авторизација најмалку 10 дена пред закажаната дата на медицинска процедура или третман, а одобрението за користење на здравствени услуги може да биде издадено пред отпочнување на предложеното лекување, освен во итен случај.

(3) Осигурувачот нема обврска за издавање на одобрение за користење на здравствени услуги кога е пријавен итен случај.

(4) Издавањето на одобрение за користење на здравствени услуги не гарантира исплата на штетата.

(5) Осигурувачот нема да побара учество во штетата доколку утврди дека се работело за итен случај.

(6) Без оглед на претходно издаденото одобрение, доколку при подоцнежното разгледување на медицинските извештаи, се утврди дека се работи за лекување кое не би било одобрено, односно дека осигуреникот нема право на надомест на штетата, барањето за надомест на штетата ќе биде одбиено.

Поднесување на барање за исплата на штета

Член 39

(1) Барањето за надомест на штета се поднесува на формулар на осигурувачот (пријава на штета за семејно приватно здравствено осигурување).

(2) Пополнетиот формулар заедно со сметките и лекарскиот извештај, мора да биде доставен до осигурувачот веднаш по завршување на лекувањето.

(3) Осигуреникот, односно договарачот на осигурувањето, има обврска, на барање на осигурувачот, да му ги достави сите дополнителни објаснувања и документи.

(4) Осигуреникот има обврска да даде писмена согласност за откривање на неговите лични и медицински податоци на осигурувачот во здравствената установа во која се лекувал, а по потреба и кај неговиот избран (матичен) лекар.

Утврдување и исплата на надомест

Член 40

(1) Осигурувачот утврдува дали пријавената штета е предмет на осигурувањето и во кој износ според овие Посебни услови и договорот за осигурување, а врз основа на целокупната документација приложена во штетата.

(2) Дали одредена штета е исклучена од покритието како претходната здравствена состојба, или хронична болест и малигно заболување настанати во првите 6 месеци од почетокот на осигурувањето, осигурувачот утврдува врз основана на прашалникот за здравствена состојба, изјава на осигуреникот при пријава на штета, врз основа на лекарски извештај од превентивен преглед, на медицинска документација од лекувањето, податоци од здравствен картон и мислење на доктор – цензор по истата.

(3) За сите осигурени случаи, освен дневен надомест за хоспитализација во ЈЗУ, трошоци за лекови и трошоци за амбулантно лекување, осигурувачот го исплаќа надоместот на штетата директно на здравствената установа - давател услугата, ако осигуреникот не платил при користење на здравствените услуги.

(4) Осигурувачот ќе го исплати надоместот на штетата на осигуреникот, односно на законскиот застапник на осигуреникот, врз основа на приложените сметки, во рок од 14 дена од денот на прием на барањето за надомест, односно од комплетирање на потребната документација.

Вонсудско решавање на спорови

Член 41

(1) Во случај кога договарачот на осигурувањето односно осигуреникот и осигурувачот не се согласни во

врска со обврската на осигурувачот за надомест на трошоците, осигуреникот има право на приговор до осигурувачот.

(2) Осигурувачот има обврска да одлучи по приговорот во рок од 30 дена од прием на истиот.

Застарување на побарувањата

Член 42

(1) Побарувањата од страна на осигуреникот односно од трето лице од договорот за осигурување, склучен според овие услови, застаруваат за 3 (три) години, сметајќи од првиот ден по истекот на календарската година во која побарувањето настанало.

(2) Ако заинтересираното лице докаже дека до денот определен во претходниот став не знаело дека настанал осигурен случај, застарувањето почнува од денот кога за тоа разбрало, со тоа што во секој случај побарувањето застарува за 5 (пет) години од денот одреден во претходниот став.

(3) Побарувањата на осигурувачот од договорот за осигурување застаруваат за 3 (три) години.

Примена на законските прописи

Член 43

На договорот за осигурување склучен по овие Посебни услови се применуваат одредбите од Законот за облигационите односи, Законот за супервизија на осигурувањето, Законот за здравствено осигурување, Законот за доброволно здравствено осигурување и Законот за здравствена заштита како и подзаконските акти поврзани со законите од здравствената област.

Обврска за чување на доверливи податоци

Член 44

(1) Осигурувачот е во обврска да ги чува податоците од договорот за осигурување како доверливи податоци, согласно Законот за супервизија на осигурување, Законот за заштита на правата на пациентите и Законот за заштита на личните податоци.

(2) Обврската на осигурувачот за чување на податоците за осигурениците, не постои во следниве случаи:

1. ако податоците се потребни за утврдување на факти во кривични постапки или други судски постапки и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;

2. во случаи предвидени со Законот за спречување на перење пари;

3. ако податоците се потребни за одредување на правните односи меѓу осигурувачот и негов осигуреник и/или друг корисник на осигурувањето при спроведување на законски постапки;

4. ако податоците се потребни заради извршување на присилни постапки над недвижен имот на осигуреник или друг корисник на осигурувањето и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;

5. ако податоците се побарани од страна на Агенцијата за супервизија на осигурување во рамки на утврдените надлежности;

6. ако податоците се побарани од страна на даночен орган, а во врска со водење на постапки во негова надлежност.

(3) За давање на податоците осигурувачот постапува исклучиво по писмено барање поднесено од барателот на информацијата.

(4) Осигурувачот е должен да дава податоци на барање на осигуреникот (договарачот, осигуреникот) за неговите сопствени податоци кои се чуваат во регистрите на осигурувачот, како и да корегира податоци во регистрациите иницирани од осигуреникот.

Право на жалба

Член 45

Осигуреник или договарач на осигурувањето, доколку е физичко лице, има право да поднесе жалба против осигурувачот, како и против осигурителното брокерско друштво, друштвото за застапување во осигурување и застапникот во осигурувањето, доколку преку некој од нив го склучил договорот за осигурување, до Агенцијата за супервизија на осигурување, како орган надлежен за супервизија на друштвата за осигурување.

Право на претставка**Член 46**

(1) Договарачот, осигуреникот и корисникот на осигурувањето кој смета дека осигурувачот не се придржува кон одредбите на договорот за осигурување, може да достави претставка до:

- комисијата за вонсудско решавање на спорови на осигурувачот,
- интерниот ревизор на осигурувачот,
- организацијата за заштита на потрошувачите, и
- Агенцијата за супервизија на осигурување.

(2) Претставката се поднесува до надлежниот орган на осигурувачот во писмена форма, по пошта или се предава директно во седиштето на осигурувачот или во подружницата на осигурувачот преку која е склучен договорот за осигурување.

(3) Осигурувачот е должен да се произнесе писмено по претставката на подносителот во рок од 30 дена од приемот на претставката.

Овие Посебни услови за семејно приватно здравствено осигурување се донесени од Управниот одбор на Акционерското друштво за осигурување ЕУРОЛИНК Скопје, на 35-тата редовна седница одржана на 23.12.2016 година со Одлука број 0202- 13397/10 со примена од 01.01.2017 година и измените и дополнувањата донесени од Управниот одбор на: 39-тата редовна седница одржана на 30.03.2017 со Одлука број 0202-3826/8 со примена од 01.04.2017 година; 44-тата редовна седница одржана на 06.10.2017 со Одлука број 0202-12023/3 со примена од 06.10.2017 година; 68 -мата редовна седница одржана на 18.03.2019 со Одлука број 0202-3515/3 со примена од 18.03.2019 година; на 89-тата редовна седница одржана на 03.06.2020 со Одлука број 0202-5594/4 со примена од 03.06.2020 година.