

ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

I. Основни одредби

Поим - член 1

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

(2) Со договорот за приватно здравствено осигурување, се обврзува договарачот на осигурувањето да ја плати премијата за осигурување, а осигурувачот се обврзува да ги надомести осигурените трошоците за лекување, обезбеди помош и исплати други надоместоци поврзани со лекувањето, за лекување на осигуреникот во Република Македонија во здравствени установи надвор од мрежата на ФЗОМ, како и во здравствени установи во странство, во рамки на осигурителното покритие наведено во полисата и овие услови.

(3) Здравственото осигурување може да се склучи со или без територијално ограничување на осигурувањето, со избор на степен на осигурителна заштита.

Дефиниции -член 2

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

1. Акутно: заболување или болест што настапува брзо, има сериозни симптоми, кусо трае, вклучувајќи интензивни симптоми, како што е остра болка.

2. Болест: заболување, болест или промена на здравствената состојба на осигуреникот што е правилно дијагностицирано од страна на лекар.

3. Болничко лекување: лекување во болница во која е примен осигуреникот и, како медицински неопходно, лежи во кревет една или повеќе ноќи, но не повеќе од 12 месеци вкупно за секој осигурен случај.

4. Болница: здравствена установа во која има постојан надзор од страна на резидентен лекар, законски лиценцирана како медицинска или хируршка болница во земјата каде што се наоѓа.

5. Болнички услуги: вклучуваат разумни и вообичаени трошоци, во подрачјето во кое се обезбедува лекувањето, за болничко сместување до износ на полуприватна соба, оброци, сите медицински капацитети, сиот медицински третман и медицински услуги побарани од лекар.

6. Бременост и породување: породување, спонтан абортус и абортус (вклучувајќи пред и пост породилни прегледи и трошоци за пораѓање).

7. Вонболничко лекување: консултации во специјалистичка ординација, дијагностички процедури и лекување од страна на специјалист, а што не е болничко лекување или лекување во дневна болница.

8. Годишна дата на обнова- датум на кој паѓаат дванаесет месеци од почетокот на осигурувањето по полисата;

9. Дата на почеток на осигурувањето: датата на која започнува првата полиса за здравствено осигурување склучена според овие услови со осигурувачот. Почетокот е секогаш на 1-ви во месецот.

10. Дневна болница: начин на третман на осигуреникот при кој зафаќа болнички кревет или плаќа за болничко сместување (и кој потпишува формулар за прием или во име на кој е потпишан), но не останува преку ноќ.

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

12. Домашна нега: услуги во домот на осигуреното лице од страна на лиценцирана медицинска сестра поради медицински (а не од домашни) причини.

13. Домицилна земја: земјата на државјанство на осигуреникот, чиј што пасош поседува, и е наведена како таква во понудата.

14. Заболекар: доктор што е признаен како заболекар од страна на надлежен орган.

15. Здравствена картичка- картичка со која осигуреникот се идентификува при користење на правата од договорот за здравствено осигурување.

16. Здравствени установи – во Република Македонија: приватни здравствени установи надвор од мрежата на ФЗОМ регистрирани за пружање на здравствени услуги од Министерството за здравство и правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала; во странство- здравствени установи лиценцирани за пружање здравствени услуги од надлежен државен орган во земјата во која се регистрирани.

17. Земја на престој –земја во која осигуреникот постојано живее, наведена во понудата. Осигурувањето престанува доколку осигуреникот ја промени земјата на престој, освен во случај кога осигурувачот писмено потврдил дека полисата останува во важност, по претходно писмено известување од осигуреникот за промена на земјата на престојот односно за таквата намера. За промена на земјата на престој се смета секое отсуство од земјата на престој со непрекинато траење подолго од 90 дена.

18. Издржувани лица: брачен другар на осигуреникот, како и партнер од ист или спротивен пол кој живее со осигуреникот во заедница повеќе од шест месеци непрекинато; родени деца на осигуреникот, посвоеник, посинок, храненик, кои на денот на почетокот на осигурувањето на полисата не се во брак и се помлади од 21 година, односно од 24 години ако имаат статус на редовни студенти и финансиски се зависни од поддршката на осигуреникот.

19. Каренца – период на почек, обично на почетокот на осигурувањето во кој се исклучени обврските или само некои од обврските на осигурувачот од полисата.

20. Компликации при бременост: гестациски дијабетес, прееклампсија, токсоплазмоза, стрептокока од Б група.

21. Критична медицинска состојба: здравствена состојба во настанување, за која што, по мнение на овластениот лекар, во консултација со локалниот доктор кој го води лекувањето, ако таква консултација е потребна, бара ургентна евакуација во соодветна здравствена установа.

22. Лекар: законски лиценцирано медицинско лице кое е доктор признаен според законот во земјата во која се дава лекувањето што е покриено со оваа полиса и кој, при давање на таквото лекување работи во границите на лиценцата и обученоста.

23. Локални амбулантни услуги: неопходен медицински транспорт до и од локална болница.

24. Лекови и лекарства на рецепт: производи што можат да се продаваат како лекарства во склад со локалните законски прописи и се набавени по налог на специјалист, заболекар или лекар од општа пракса.

Во секој случај се исклучени од осигурувањето :

- закрепнувачки и дијететски продукти;
- производи за слабење или контрола на тежина;
- тоници, медицински вина, масло од црн дроб на бакалар;
- витамински продукти;
- лаксативи;
- козметика

- храна и продукти за бебиња што не се препишани за здравствена состојба опфатена во полисата.

25. Медицински неопходно: медицинска услуга или лекување што според мнение на квалификуван доктор е соодветно и конзистентно на дијагнозата и што, во согласност со општо

прифатените медицински стандарди, не ќе можело да биде избегнато без да остави лоши последици врз состојбата на осигуреникот и врз квалитетот на пружената медицинска нега.

26. Незгода/ повреда -телесна повреда предизвикана исклучиво од насилни, случајни, надворешни и видливи средства, а не од заболување, болест или постепен физички или ментален процес.

27.Овластен лекар- лекар овластен од осигурувачот односно од партнерот во име и за сметка на осигурувачот да го одредува за осигуреникот начинот на користење на здравствените услуги и обемот на правата од приватното здравствено осигурување.

28.Осигуреник: лице кое е носител на правата од договорот за осигурување, именувано во полисата и здравствената картичка.

29.Осигурена сума – лимит на покритие, највисок износ на обврските на осигурувачот по полисата за период од една година, за едно лице.

30.Осигурена сума по ризик- внатрешен лимит, највисок износ на обврската на осигурувачот за одделен ризик или група ризици.За исплатениот износ се намалува осигурената сума по полисата.

31.Осигурувач: Акционерско друштво за осигурување Еуролинк Скопје.

32.Палијативно: лекување, чијашто основна намена е да понуди само привремено олеснување на симптомите, а не да ја лечи болеста или повредата што ги предизвикува симптомите.

33.Партиципација: дел од трошоците кои се обврска за плаќање на осигуреникот кога тоа е договорено, наведено во полисата. Осигуреното лице мора да плати партиципација за секој одделна штета.

34.Партнер-реосигурувач ,друштво кое во име и за сметка на осигурувачот го обезбедува и организира користењето на услугите од здравственото осигурување за осигуреникот.Името на партнерот –реосигурувач и податоците за контакт се отпечатени на полисата и здравствената картичка;

35.Патни трошоци: транспорт врз основа на најевтината класа во превозното средство со кое се патува.

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

37.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

б) Европа се состои од следниве земји: Албанија, Андора, Австрија, Белгија, Белорусија, Босна и Херцеговина, Бугарија, Ватикан, Велика Британија, Германија, Гибралтар, Гренланд, Грција, Данска, Естонија, Ирска, Исланд, Италија, сите острови на Медитеранот, Латвија, Лихтенштајн, Литванија, Луксембург, Македонија, Мадера, Малта, Молдавија, Монако, Норвешка, Острови на Ла Манш, Островот Ман, Полска, Португал, Романија, Србија, Словачка, Словенија, Турција, Украина, Унгарија, Финска, Франција, Холандија, Хрватска, Црна Гора, Чешка, Шведска, Шпанија. Русија и Швајцарија не се вклучени.

в) цел свет со исклучок на Северна Америка, Кина, Хонгконг и Сингапур;

г) цел свет со исклучок на Северна Америка;

д) цел свет.

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

39. Претходна медицинска состојба: повреда, болест, состојба или симптом:

за којашто лекување, или совет, или дијагноза е побарана или примена или била предвидлива за договарачот или осигуреникот 24 месеци пред почетокот на осигурувањето, или што настанала, или за која договарачот или осигуреникот знаел дека постои 24 месеци пред почетокот на полисата, без оглед дали лекување, лекарства, совет или дијагноза биле побарани/примени или не.

40. Разумни и вообичаени трошоци: просечен износ што се наплатува во однос на трошоци на важечки услуги или лекување, одредени според искуството на осигурувачот за

секоја одделна земја, подрачје или регион и потврдено од независно трето лице, во својство на хурург/доктор/специјалист или владино тело односно министерство за здравство

41. Специјалисти (доктор, анестезиолог, хирург): лице кое е соодветно квалификувано и законски лиценцирано да се занимава со медицина во земјата во која се врши лекувањето и кое има уверение за специјалистичка обука (или еквивалентно уверение што осигурувачот го признава). Специјалистот мора да ја води праксата во рамки на својата лиценца и обученост.

42. Роднини од прв или втор ред: сопруг(а), родители (и родители по закон), деца и лицето со кое осигуреникот постојано живее. Браќа(и браќа по закон), сестри (и сестри по закон) баби, дедовци и внуци.

43. Трошоци за лекување: сите разумни и неопходни трошоци настанати во однос на медицинско или хируршко лекување на акутна здравствена состојба дадени од страна на лекар и/или хирург, радиолог или друг специјалист кај кого бил упатен осигуреникот.

44. Физиотерапевт: физиотерапевт кој води пракса и е регистриран како таков од страна на надлежен орган. Трошоците за физиотерапевт не вклучуваат трошоци за предпородилни или мајчински вежби, рачна терапија, спортска масажа и работна терапија.

45. Франшиза- Првиот износ во секоја одделна штета, покриена во смисла на оддел 2 и 3, што е одговорност на осигуреникот као основен предуслов, пред исплата на надоместоците од оваа Полиса учество на осигуреникот во секоја штета;

46. Хронична состојба - заболување или повреда што има најмалку две од следните карактеристики:

- не е познат признаен лек;
- траењето на состојбата е неодредливо;
- се повторува или веројатно ќе се повтори;
- трајно е;
- бара палијативно лекување;
- бара долгорочно следење, консултации, прегледи, испитувања или тестови;
- лицето треба да е рехабилитирано или да е обучено да се справува со состојбата;

47. Центар за рехабилитација - центар за рехабилитација регистриран во согласност со законодавството на надлежните органи, со исклучок на болници според дефиницијата дадена во овој член.

48. Штета- вкупните трошоци за лекување од една незгода/ повреда или заболување.

(2) Кога во текстот на овие Посебни услови се сретнува зборот „осигурувач“, значењето на терминот може да го вклучува и терминот „партнер-реосигурувач“, во зависност од смислата на одредбата.

Способност за осигурување – член 3

(1) Според овие Посебни услови можат да се осигураат здрави лица од раѓање до 64 години возраст, или во одделни случаи до 70 години возраст, кои имаат својство на осигуреници во системот на задолжително здравствено осигурување на Република Македонија. Договорот за здравствено осигурување може да се обновува најмногу до 74 годишна возраст.

(2) За здраво се смета лице кое во моментот на склучување на договорот за приватно 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 медицинска состојба во последните 2 години.

(3) Условно здрави лица, кои имаат претходна медицинска состојба, се осигуруваат врз основа на прашалникот, медицинска документација и/или здравствен преглед, со процена на ризикот од осигурувачот. Во зависност од оценката на здравствената состојба на осигуреникот, условно здрави лица се примаат во осигурување така што од покритието се исклучуваат сите трошоците за лекување поврзани со претходната медицинска состојба во првите две години од почетокот на осигурувањето, а може и да се зголеми премијата за осигурување.

(4) Осигурувачот може да ја одбие понудата за осигурување за лица со претходна медицинска состојба, кај кои здравствената состојба е нарушена до степен што е неподобна за осигурување, во смисла да осигурените ризици настанале или се во настанување.

(5) Лица лишени од деловна способност не можат да се осигураат според овие 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/или здравствен преглед, според барањето на осигурувачот.

(2) 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.

(3) Осигурувањето секогаш започнува во 00: 00 часот на 1-ви во месецот наведен во полисата за осигурување, под услов премијата по понудата да е платена во целост до 27-ми во претходниот месец, доколку не е договорено поинаку.

(4) Врз основа на прашалникот, понудата и платената премија по понудата, осигурувачот издава полиса за приватно здравствено осигурување и здравствена картичка со која осигуреникот го докажува својот статус на осигуреник кон давателот на здравствените услуги.

(5) Ако договарачот и осигуреникот не се исто лице, за полноважноста на договорот потребен е потпис и на осигуреникот на понудата.

(6) Кога договорот за приватно здравствено осигурување го склучува работодавач за своите вработени и членовите на нивните семејства, здружение за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе, заедно со понудата се приложува и изјава за согласност за приватно здравствено осигурување заверена кај нотар, за секое лице.

Премија и последици поради неплаќање на премијата– член 5

(1) Премијата за осигурување се утврдува за секој период на осигурување, а висината на премијата зависи од пристапната возраст на осигуреникот, видот на покритието и здравствената состојба на осигуреникот.

(2) Договарачот на осигурувањето односно осигуреникот е должен да ја плати премијата за осигурениот период однапред, најдоцна на денот на почеток на периодот, освен ако е договорено плаќање на рати, при што првата рата се плаќа однапред, при потпишување на полисата за осигурување, а секоја идна рата од премијата се плаќа како што е договорено.

(3) Доколку е договорено премијата да се плати однапред, обврската на осигурувачот да го исплати надоместот или сумата определена со договорот 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. Осигуреникот нема никакви права од полисата за која стасанта премија не е во целост платена.

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

(5) Ако договарачот 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 договарачот 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.

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

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

(8) Висината на премијата за приватното здравствено осигурување за групни осигурувања може да се промени во текот на една осигурителна година доколку дојде до промена на законските

прописи од здравственото осигурување и здравствената заштита, кои имаат значење за утврдување на висината на премијата.

Пријавување на околности значајни за оцена на ризикот -член 6

(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.

(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.

Траење и престан на осигурувањето- член 7

(1) Договорот за осигурување се склучува за период на траење од една година и може да се обновуви за секоја следна година. Доколку настанал прекин на осигурувањето, при повторно склучување на договорот се применува исклучокот од член 33, став (1), точка 1.

(2) Договорот престанува пред истек на времето за кое е склучен, односно нема да се обнови, во следните случаи:

1. Осигуреникот намерно пријавил неточни факти, во кој случај осигурувачот со препорачано писмо, факс или електронска пошта испратено на последната позната адреса на договорачот односно на осигуреникот, ќе го откаже договорот со отказан рок од 30 дена.

2. Кога на осигуреникот ќе му престане 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. Доколку осигуреникот го губи својството поради менување на земјата на престој, осигурувањето останува во важност освен на територијата на Република Македонија.

3. Кога осигуреникот ќе ја смени земјата на престој, а нема да го извести осигурувачот за промената, осигурувањето престанува следниот ден по заминување на осигуреникот од земјата

4. За деца кои на крајот на тековниот период на осигурување наполниле 21 година возраст (односно 24 години кога се на редовно школување и финансиски зависни од осигуреникот). Следствено тие без селекција ќе бидат осигурени на посебна полиса, со премија соодветни за нивната возраст.

5. Кога осигуреникот ќе наполни 75 години старост во периодот на осигурување, осигурувањето автоматски престанува на денот на истек на периодот.

6. Со смртта на осигуреникот. Во случај на смрт на договарачот на осигурувањето кој воедно е првичен осигуреник, полисата автоматски се пренесува на најстариот осигуреник по полисата со наполнети 18 години, кој со смртта на првичниот осигуреник, станува првичен осигуреник осигурен за сите намени на оваа полиса и одговорен за плаќање на премијата

(3) Осигурувачот има право да одбие обнова на полисата, да ја откаже или да ги измени условите доколку:

1. Постои или е направена било каква измама, прикривање на факти или се давани неистинити изјави, во кој случај осигуреникот е должен да ги врати надоместоците што се платени по основ на полисата,

2. Осигуреникот ги прекршил обврските од договорот за осигурување.

Измена на премијата и условите на осигурување- член 8

(1) Осигурувачот има право да ја промени премијата и/или условите за одредени групи колективно осигурување. Доколку осигурувањето припаѓа на таа група, осигурувачот има право да ја модифицира премијата и/или условите од ова осигурување во согласност со таквата измена и тоа на датумот што ќе го одреди.

(2) Договарачот ќе биде известен за измената и ќе се смета дека е согласен со тоа, освен ако поинаку не се изјасни по писмен пат во рокот предвиден во известувањето. Во тој случај, осигурувањето завршува на датата што е наведена во известувањето од страна на осигурувачот.

(3) Договарачот нема право да го раскине договорот во смисла на претходниот став доколку:

1. Промената во премијата и/или условите е последица на измени на законски прописи и одредби.

2. Промената подразбира намалување на премијата и/или проширување на покритието.

Осигурување на новородени деца -член 9

Дете кое е родено за времетраење на полисата при неосигурена бременост на осигуреникот ќе биде осигурено од ненадејно и акутно заболување само за време на првите 12 месеци, односно до истекот на полисата, најмногу до износ од 75.000 евра.

Други осигурувања - член 10

Доколку се случи штетата или трошокот што е осигурен со ова осигурување, исто така да е осигурен и со некоја друга полиса, без оглед дали е со постара дата или не, или секако ќе била осигурена со истата полиса доколку не постоел овој договор, ова осигурување ќе функционира само како вишок над максималното покритие што е дадено со другата полиса или би било дадено доколку не постоела оваа полиса.

II. Здравствено осигурување

Обем на обврските на осигурувачот –член 11

(1) Осигурувачот ќе плати надомест најмногу до износот на осигурената сума специфицирана во рамки на секој оддел на покритие и избраното ниво на заштита за секој осигуреник, за секој период на осигурување, за лекување на акутна незгода/повреда или болест што настанале за

времетраење на периодот на осигурување, за разумните и неопходни трошоци настанати во истиот период.

(2) Обврската на осигурувачот за надомест на трошоците завршува со денот на истек на полисата, или со денот на престанок на осигурувањето по друг основ.

Осигурителни покретија-член 12

Со здравственото осигурување се опфатени следните групи на осигурителни покретија: услуги на помош, трошоци за лекување, патни трошоци и трошоци за сместување и паричен надоместок за хоспитализација и рековалесценција и

Оддел1 Услуги на помош

Општи одредби-член 13

(1) Правото на помош се остварува само ако осигуреникот претходно остварил контакт и добил одобрение од страна на партнерот- реосигурувач. Трошоците ќе бидат платени само доколку партнерот- реосигурувач ја има пружено помошта или дал налог таа да се пружи. Отштетните барања ќе бидат разгледувани од страна на партнерот- реосигурувач само доколку се поткрепени со релевантни документи во оригинал.

(2) Осигуреникот треба да го даде своето име, статус (дете или возрасен), бројот на полиса, периодот на осигурување, датата на почеток на осигурувањето, националноста, локацијата и медицинскиот проблем.

(3) Осигуреникот или друго лице во негово име (кога тој не е во можност), мора да го повика партнерот- реосигурувач што е најрано можно и да го извести за сите медицински детали; во спротивно случајот може да не биде обработен ефикасно и не може да се гарантира исплата на трошоците за лекување.

Услуги на помош – член 14

Со покретето на услуги на помош се опфатени следните услуги: лекарски совет, медицинска информација и помош 24-часа, издавање болнички гаранции, итна евакуација, медицински транспорт, медицински мониторинг, повратен лет во земјата на престој и репатријација на посмртни останки.

Лекарски совет-член 15

Осигуреникот може да контактира со партнерот -реосигурувач за да добие медицински совет од лекар онаму каде што не е можно да добие совет од локален лекар. Со телефонскиот разговор, дури и во присуство на локалниот лекар кој го води случајот, не може да се постави дијагноза и затоа мора да се смета само за совет.

Медицинска информација и помош 24 часа-член 16

Партнерот-реосигурувач пред патување на осигуреникот во странство ќе обезбеди референтна информација за земјите и регионите во кои ќе престојува, вклучувајќи локални доктори кои зборуваат англиски, како и адреси или телефонски броеви на болници.

Издавање болнички гаранции –член 17

Партнерот-реосигурувач ќе издаде гаранција или, во оние случаи во кои таква гаранција не се прифаќа, ќе организира плаќање преку осигурувачот, за осигуреникот, во рамки на осигурителното покретие на полисата, на какви било барани трошоци за прием во болница, во име на осигурувачот.

Итна евакуација до 1.000.000 евра –член 18

(1) Во случај на критична здравствена состојба, кога лекар кој е назначен од партнерот-реосигурувач, во консултација со локалниот доктор кој го води случајот, ќе утврди според негово стручно мислење, дека е неопходно осигуреникот да биде транспортиран во друга болница или установа за лекување заради итен стручен лекарски третман, партнерот-реосигурувач најбрзо што е можно ќе организира и ќе ги плати транспортните трошоци за осигуреникот и за придружник на осигуреникот до најблиската соодветна болница или установа за лекување којашто нуди соодветен лекарски третман под соодветна лекарска супервизија.

(2) Сите одлуки во врска со медицинска потреба од транспорт, средства и/или временско организирање на каков било транспорт, потребна медицинска опрема и медицински персонал, како и конечна дестинација се лекарски одлуки се носат од страна на доктори назначени од партнерот-реосигурувач, во консултација со локален доктор кој го води случајот, врз основа на медицински фактори и разгледувања.

Медицински транспорт-член 19

Во случај на критична здравствена состојба, кога доктор кој е назначен од страна на партнерот-реосигурувач, во консултација со локалниот доктор кој го води случајот, ќе утврди според негово стручно мислење, дека е неопходно осигуреникот да биде пратен до најблиска локација со соодветна медицинска нега, партнерот-реосигурувач најбрзо што е можно ќе организира и ќе ги плати превозните трошоци за редовна авионска линија, со авионска карта во економска класа.

Медицински надзор-член 20

Партнерот-реосигурувач ќе ја следи состојбата на осигуреникот во случај на хоспитализација во странство и за тоа ќе ги информира работодавачот/семејството.

Повратен лет во земјата на престој –член 21

Откако осигуреникот ќе закрепне, партнерот-реосигурувач ќе организира и плати за повратен лет во земјата на престој.

Враќање посмртни останки до 15.000 евра – член 22

Во случај на смрт на осигуреникот при престој во странство, со полисата се покриени трошоци за осигурување дека, најбрзо што е можно, посмртните останки ќе бидат вратени во домицилната земја на осигуреникот во местото каде што ќе се одржи закоп или кремирање, според барањето на најблиското семејство. Покритието не вклучува трошоци за свештеник или оддавање почит со цветен аранжман.

Оддел 2

Трошоци за лекување

Обем на осигурителна заштита –член 23

(1) Трошоците за лекување, по избор на договарачот на осигурувањето, можат да се осигураат за еден од следните нивоа на осигурителна заштита, кои се разликуваат според видот на осигурени последици и висината на осигурените суми :

- Основна заштита „БАЗИК“ - важат одредбите од отсек 1
- Сребрена заштита „СИЛВЕР“ - важат одредбите од отсек 2
- Златна заштита „ГОЛД“ - важат одредбите од отсек 3
- Платинска заштита „ПЛАТИНУМ“ - важат одредбите од отсек 4

Отсек 1

Основна заштита– базик

Осигурени трошоци за лекување и осигурени суми - член 24

(1) Врз основа на полисата со осигурително покритие - базик, во рамки на подрачјето на покритие, осигурувачот надоместува најмногу до **100.000 евра**, во една осигурителна година, во случај на:

1. Болничко лекување:

а) Болнички трошоци кои вклучуваат:

- сместување, операциона сала и соба за интензивна нега,
- дијагностички процедури;
- нега,
- лекови и лекарства на рецепт;
- докторски, специјалистички, хируршки и анестезиолошки услуги;
- хируршки прибор;
- радиотерапија, хемотерапија и онкологија;

б) Трошоци за сместување во болница, дом за нега или хотел, кога медицински е неопходно родителот (кој е осигурено лице) да го придружува осигуреникот - дете под 16 години кога е примено во болница надвор од местото на живеење, најмногу до **30 дена**, до **30 евра** дневно;

в) Паричен надомест до **30 евра** дневно, најмногу за **10 дена**, ќе му биде исплатен на осигуреникот за секои 24 часа престој во јавна здравствена установа, државна или добротворна, во која осигуреникот избрал да се лекува, за кое лекување осигурувачот не ги надоместува трошоците по основ на полисата за приватно здравствено осигурување;

г) Трошоци за трансплантација на органи, најмногу до **50,000 евра**, под услов третманот да е извршен во институција признена за овој вид операции од страна на надлежен државен орган и за кои што цените се официјално одобрени.

2. Дневна болница - сите болнички трошоци вклучувајќи сместување, дијагностика, тетстови и рецепти за лекови и лекарства, плус докторски хонорар за лекување и консултации.

3. Вонболничко лекување

а) радиотерапија, хемотерапија и онкологија, во целост, до максималната граница на покритие во полисата.

б) Физикална терапија, по налог на доктор најмногу до **10** посети.

4. Компликации при породување - трошоци за итно лекување на осигуреникот и/или новороденчето, најмногу за **4 дена** од датата на раѓање на детето, што настанале поради компликации при бременоста и/или породување како директна последица од здобиена телесна повреда при незгода или болест што за прв се манифестира во бременоста за време на периодот на осигурување.

5. Амбулантно возило - трошоци за амбулантно возило ќе се исплатат во целост во следните случаи:

- итен случај поради незгода или болест,
- за транспорт на осигуреникот до или од болница одобрен од квалификуван доктор или болничар како медицински неопходен,
- репатријација на осигуреникот од страна на партнерот-реосигурувач .

6. Трошоци за итен случај вон подрачјето на покритие - за време на патување и престој на осигуреникот надвор од подрачјето на покритие на полисата најмногу до **30 дена** непрекинато.

Од осигурувањето за итен случај вон подрачје исклучени се :

- рутинско медицинско лекување;
- лекување што можело да се одложи до враќање на осигуреникот во земјата на престој;
- лекување што е однапред планирано;

-лекување што произлегува од околности коишто членот можел логично да ги предвиди;

- лекување на бременост вклучувајќи неа на бремена мајка и неродени деца.

(2) Со осигурителното покритие не е опфатено превентивно лекување.

Отсек 2

Сребрена заштита– силвер

Осигурени трошоци за лекување и осигурени суми - член 25

(1) Врз основа на полисата со осигурително покритие - силвер, во рамки на подрачјето на покритие, покрај надоместоците од основната заштита од отсек 1 на овој оддел, осигурувачот надоместува најмногу до **1.000.000 евра**, во една осигурителна година, за случај на следните дополнителни ризици или зголемени надоместоци:

1. Болничко лекување:

а) Сместување во болница, дом за нега или хотел, кога медицински е неопходно родителот (кој е осигурено лице) да го придружува осигуреникот - дете под 16 години кога е примено во болница надвор од местото на живеење, најмногу до **30 дена**, до **100 евра** дневно;

б) Паричен надомест до **50 евра** дневно, најмногу за **10 дена**, ќе му биде исплатен на осигуреникот за секои 24 часа престој во јавна здравствена установа, државна или добротворна, во која осигуреникот избрал да се лекува, за кое лекување осигурувачот не ги надоместува трошоците по основ на полисата за приватно здравствено осигурување;

в) Трошоци за трансплантација на органи, најмногу до **100.000 евра**, под услов третманот да е извршен во институција признена за овој вид операции од страна на надлежен државен орган и за кои што цените се официјално одобрени.

2. Вонболничко лекување

а) Консултации со лекар или специјалист, дијагностика, тестови, лекување и лекови на рецепт, најмногу до **1,600 евра**. Лековите на рецепти, наведени во горниот став, се однесуваат на лекарства што се препишани од лекар и што не може да се набават без рецепт. Рецепти може да се дадат за количество на лекови најмногу за 90 дена, при што се бара употреба на генерички лекови, каде што такви се достапни.

б) Физикална терапија, по налог на доктор најмногу до **20 посети**.

3. Алтернативно медицинско лекување

Само во случај кога осигуреникот има право на лекување надвор од Република Македонија, под услов тоа лекување да го обезбедува квалификуван кiroprактичар, хомеопат, остеопат, акупунктурист и лекар по Кинеска медицина, по првите 2 посети, за секоја одделна медицинска состојба:

- Најмногу до **40 евра** по посета ќе бидат надоместени за консултантски услуги, најмногу за **10 посети**, но не повеќе од **350 евра** во една осигурителна година,

- Најмногу до **350 евра** ќе бидат надоместени за препишани хомеопатски или кинески хербални лекови. Витамините се исклучени.

4. Останати надоместоци

б) **Итно лекување заби-** најмногу до **500 евра**, секој период на осигурување, за неопходно лекување, како последица на вон-орален удар на здрав, природен заб, настанато во рок од 48 часа од датата и времето на незгодата/повредата, заради брзо ослободување од болка што осигуреникот ја трпи како директна последица од незгодата/повредата што настанала за

в) **Хронични состојби-** кога незгода/повреда или болест се сметаат за „хронични“, се надоместува најмногу до **3.000 евра** за еден период на осигурување без оглед на бројот на штети, за сето неопходно и разумно лекување на хроничната состојба кое вклучува консултации, лекување, препишани лекови и лекарства.

Трошоци за лекување (и други надоместоци) на хронични состојби во првите 24 месеци по датумот на дијагностицирање, како и трошоци за лекување на хронични состојби што постоеле пред почетокот на осигурувањето, не се опфатени со осигурувањето.

Отсек 3 Златна заштита– голд

Осигурени трошоци за лекување и осигурени суми - член 26

(1). Врз основа на полисата со осигурително покритие - голд, во рамки на подрачјето на покритие, покрај надоместоците од сребрената заштита од отсек 2 на овој оддел, осигурувачот надоместува најмногу до **2.000.000 евра**, во една осигурителна година, за случај на следните дополнителни ризици или зголемени надоместоци:

1. Болничко лекување:

а) трошоците за болничко сместување на доенче (бебе што се храни со доење), хоспитализирано заедно со мајката -осигуреник која се наоѓа на болничко лекување што е покриено со полисата, ќе бидат надоместени според цените за здрав придружник;

б) Паричен надомест до **100 евра** дневно, најмногу за **10 дена**, ќе му биде исплатен на осигуреникот за секои 24 часа престој во јавна здравствена установа, државна или добротворна, во која осигуреникот избрал да се лекува, за кое лекување осигурувачот не ги надоместува трошоците по основ на полисата за приватно здравствено осигурување;

в) Трошоци за трансплантација на органи, најмногу до **150.000 евра**, под услов третманот да е извршен во институција признена за овој вид операции од страна на надлежен државен орган и за кои што цените се официјално одобрени.

2. Вонболничко лекување

а) Консултации со лекар или специјалист, дијагностика, тестови, лекување и лекови на рецепт, до максималната осигурена сума по полисата;

б) Физикална терапија, по налог на доктор најмногу до **30 посети**.

3. Алтернативно медицинско лекување

Само во случај кога осигуреникот има право на лекување надвор од Република Македонија, под услов тоа лекување да го обезбедува квалификуван кiroprактичар, хомеопат, остеопат, акупунктурист и лекар по Кинеска медицина, по првите 2 посети, за секоја одделна медицинска состојба:

- Најмногу до **40 евра** по посета ќе бидат надоместени за консултантски услуги, најмногу за **20** посети, но не повеќе од **750 евра** во една осигурителна година,

- Најмногу до **750 евра** ќе бидат надоместени за препишани хомеопатски или кинески хербални лекови. Витамини се исклучени.

4. Останати надоместоци

а) **Домашна нега**- трошоците за негување во домашни услови се исплаќаат во целост најмногу до **90 дена** под услов домашната нега:

- е неопходно да го замени болничкото лекување,
- следи веднаш по болничкото лекување опфатено со оваа полиса,
- е определена од специјалист заради здравствени, а не од домашни причини,
- е под директни напатствија од специјалист,
- се изведува од страна на квалификувана медицинска сестра,
- да не е поврзана со бременост, породување или породилна нега.

б) **Хронични состојби**- кога незгода/повреда или болест се сметаат за `хронични`, се надоместува најмногу до **3.500 евра**, во периодот на осигурување, без оглед на бројот на штети, за сето неопходно и разумно лекување на хроничната состојба кое вклучува консултации, лекување, препишани лекови и лекарства. Трошоци за лекување (и други надоместоци) на хронични состојби во првите 24 месеци по датумот на дијагностицирање, како и трошоци за лекување на хронични состојби што постоеле пред почетокот на осигурувањето, не се опфатени со осигурувањето.

в) Психијатриско лекување - трошоци за лекување, неопходно и разумно настанати во однос на психијатриско лекување до максимален износ од **1,500 евра**, за болничко лекување или вонболнички лекување, под услов таквото лекување да е препишано од страна на квалификуван лекар и лекувањето е извршено од страна на лиценциран специјалист-психијатар.

г) Нормална бременост и породување – сите трошоци поврзани со нормална бременост и породување или кои било поврзани лекувања најмногу до **2,000 евра** за секоја бременост и породување ако бременоста започнала по истек на 4 месеци од почетокот на осигурувањето (важат исклучоците од член 33, точки 18, 19, 29 и 32).

д) Патни трошоци за враќање во домицилната земја заради породување- се надоместуваат **50% од патните трошоци** врз основа на економска класа, ако осигуреникот - жена избере да се породи во нејзината домицилна земја. Ова исто така важи и за придружување деца на возраст до 4 години кои се осигурени со ова покритие. Надоместот може да се користи најдоцна пред седмиот месец на бременост.

ѓ) Рехабилитација после болничко лекување- физикална рехабилитација во центар за рехабилитација под услов рехабилитацијата да следува веднаш по болничкото лекување покрито со полисата, до максимален износ од **1.000 евра**.

е) Итно лекување заби- најмногу до **1.500 евра**, секој период на осигурување, за неопходно лекување, како последица на вон-орален удар на здрав, природен заб, настанато во рок од 48 часа од датата и времето на незгодата/повредата, заради брзо ослободување од болка што осигуреникот ја трпи како директна последица од незгодата/повредата што настанала за време на периодот на осигурување.

ж) Стоматолошка заштита: се надоместува најмногу до **500 евра**, за трошоци согласно со листата на надоместоци од член 27 точка е).

Отсек 4

Платинска заштита– платинум

Осигурени трошоци за лекување и осигурени суми - член 27

(1). Врз основа на полисата со осигурително покритие - платинум, во рамки на подрачјето на покритие, покрај надоместоците од златната заштита од отсек 3 на овој оддел, осигурувачот надоместува најмногу до **3.000.000 евра**, во една осигурителна година, за случај на следните дополнителни ризици или зголемени надоместоци:

1. Болничко лекување:

а) Сместување во болница, дом за нега или хотел, кога медицински е неопходно родителот (кој е осигурено лице) да го придружува осигуреникот - дете под 16 години кога е примено во болница надвор од местото на живеење, најмногу до **45 дена**, до **100 евра** дневно;

б) Паричен надомест од **150 евра** дневно, најмногу за **20 дена**, ќе му биде исплатен на осигуреникот за секои 24 часа престој во јавна здравствена установа, државна или добротворна, во која осигуреникот избрал да се лекува, за кое лекување осигурувачот не ги надоместува трошоците по основ на полисата за приватно здравствено осигурување;

в) Трошоци за трансплантација на органи, најмногу до **200,000 евра**, под услов третманот да е извршен во институција признана за овој вид операции од страна на надлежен државен орган и за кои што цените се официјално одобрени.

2. Вонболничко лекување - Физикална терапија, по налог на доктор најмногу до **40 посети**.

3. Алтернативно медицинско лекување

Само во случај кога осигуреникот има право на лекување надвор од Република Македонија, под услов тоа лекување да го обезбедува квалификуван кiroprактичар, хомеопат, остеопат, акупунктурист и лекар по Кинеска медицина, по првите 2 посети, за секоја одделна медицинска состојба:

- Најмногу до **75 евра** по посета ќе бидат надоместени за консултантски услуги, најмногу за **40** посети, но не повеќе од **1.500 евра** во една осигурителна година,

- Најмногу до **1.500 евра** ќе бидат надоместени за препишани хомеопатски лекови.

4. Останати надоместоци

а) Хронични состојби- кога незгода/повреда или болест се сметаат за „хронични“, се надоместува најмногу до **7.000 евра**, во една осигурителна година, без оглед на бројот на штети, за за сето неопходно и разумно лекување на хроничната состојба кое вклучува консултации, лекување, препишани лекови и лекарства. Трошоци за лекување (и други надоместоци) на хронични состојби во првите 24 месеци по датумот на дијагностицирање, како и трошоци за лекување на хронични состојби што постоеле пред почетокот на осигурувањето, не се опфатени со осигурувањето.

б) Психијатриско лекување - трошоци за лекување, неопходно и разумно настанати во однос на психијатриско лекување до максимален износ од **2.000 евра**, за болничко лекување или вонболнички лекување, под услов таквото лекување да е препишано од страна на квалификуван лекар и лекувањето е извршено од страна на лиценциран специјалист-психијатар.

в) Нормална бременост и породување – секои трошоци поврзани со нормална бременост и породување или кои било поврзани лекувања најмногу до **10.000 евра** за секоја бременост и породување, ако бременоста започнала по истек на 4 месеци од почетокот на осигурувањето (важат Исклучоците од член 33, точки 18, 19, 29 и 32).

г) Осигурување на новороденче- деца што ќе му се родат на осигуреникот (ако бременоста била осигурена) за време на осигурувањето по полисата може да бидат вклучени како осигуреници во рамки на оваа полиса од датата на раѓање до наредната годишна обнова до износ од **75,000 евра**, под услов осигурувачот да е писмено известен и да е доставена копија на изводот на родени во рок од еден месец по раѓањето на детето. Поднесувањето на барањето при раѓање дете не претставува формално пријавување новороденчето да биде додадено во полисата. Здравствена заштита на новороденче се обезбедува само ако детето е носено со осигурена бременост.

д) Рехабилитација после болничко лекување- физикална рехабилитација во центар за рехабилитација под услов рехабилитацијата да следува веднаш по болничкото лекување покриено со полисата, до максимален износ од **1.500 евра**.

ѓ) Превентивно лекување – осигуреникот има право на превентивно лекување најмногу до **300 евра**, само за возрасни осигуреници. За овој надоместок не се применува франшиза, доколку е договорена со полисата.

1) За жени се надоместува за рутински систематски прегледи, вклучувајќи лекарски преглед, рутинска анализа на крв и урина, Папаниколау тест (PAP) и рутинска мамографија.

- за возраст од 35-39, едно основно испитување,

- за возраст од 40-49, едно испитување секоја година или секои две години за асимптоматични жени, но не порано од две години од основното испитување,

- за возраст над 50 години, едно испитување секоја година,

- без оглед на возраста, кога е препишано од лекар.

2) За мажи се надоместува за рутински систематски прегледи, вклучувајќи лекарски преглед, рутинска анализа на крв и урина,

- за возраст над 50 години, скрининг за рак на простата,

- за која било возраст, кога е препишано од лекар

е) Итно лекување заби- најмногу до **4.000 евра**, секој период на осигурување, за неопходно лекување, како последица на вон-орален удар на здрав, природен заб, настанато во рок од 48 часа од датата и времето на незгодата/повредата, заради брзо ослободување од болка што осигуреникот ја трпи како директна последица од незгодата/повредата што настанала за време на периодот на осигурување.

ж) Стоматолошка заштита: се надоместува најмногу до **3.000 евра**, за следните трошоци, до:

ЛИСТА НА НАДОМЕСТИ	Голд/Силвер	Периоди на чекање за индивидуални осигуреници
Максимален надоместок Класи I,II, III - Комбиниран максимум во една година на осигурување Класа IV - Доживотен максимум	500 / 3,000	
Класа I - Превентивна заштита Дијагностика - Општа Превентивна		Нема
Класа II – Основна ресторативна Ресторативна (Основна) Ендодонтика Периодонција Простодонтика- со можност за вадење (одржување) Простодонтика – Фиксен мост (одржување) Орална хирургија		6 месеци
Класа III – Голема ресторативна Ресторативна (голема) Простодонтика-со можност за вадење (вградување) Простодоника-Фиксен мост (вградување)		6 месеци
Класа IV - Ортодонија (Ограничено на издржувани лица -деца на возраст под 19 години)		6 месеци

1. Со стоматолошката заштита не се опфатени:

- а) услуги што се изведуваат само од естетски причини; замена на загубен или украден прибор,
- б) импланти,
- в) замена на мост, круна или забна протеза во период од 5 години по датата кога прв пат биле вградени освен ако:
 - Замената е неопходна поради поставување оригинална полна забна протеза или неопходно вадење природни заби;
 - Мостот, круната, забната протеза, додека биле во устата, се оштетени како резултат на повреда со која што лицето се здобило додека е осигурено со овие надомести;
- г) Каква било замена на мост, круна или забна протеза што може да се оспособи за користење според вообичаени стоматолошки стандарди
- д) Процедури, прибор, или ресторации (освен потполни протези), наменети главно за:
 - Промена на вертикална димензија;
 - Дијагноза или лекување состојби или дисфункција на темпоромандибуларен зглоб;
 - Стабилизирање периодонтално вметнати заби;
 - Ресторирање оклузија;
- ф) Порцелански или акрилни глазури на круни или навлаки или заменување горни или долни први, втори и трети катници;
- е) Бележење загризи, парцијални протези; или прицврстување; ноќни штитници за уста или други средства против чкрипење со заби

Оддел 3

Дополнителни патни трошоци и трошоци за сместување

Трошоци за придружник при патување и за сместување –член 28

(1) Дополнителните патни и трошоци за сместување, неопходно и разумно настанати за еден близок деловен соработник, роднина или пријател на осигуреникот, кој:

-го придружува Осигуреникот до најблиската соодветна болница или установа за лекување во случај на итна евакуација;

-ги придружува посмртните останки до матичната земја во случај на смрт на осигуреникот.

(2) Повратните трошоци за прекуморски локации исто така ќе бидат покриени под услов сите тие трошоци да се настанати завреметраење на периодот на осигурување.

(3) Трошоците за сместување ќе бидат исплатени до висина од **3.500 евра** по лице по шететен настан, најмногу до **15 дена**, доколку претходно се одобрени од партнерот-реосигурувач.

Патни трошоци и трошоци за сместување од лични причини - член 29

(1) Осигурувачот ќе плати додатни трошоци за сместување и за патување на осигуреникот, најмногу до износ од **3.500 евра** по штетен настан, **најмногу до 15 дена**, во случај на неопходно предвремено враќање на осигуреникот во матичната земја, наведена во понудата, бидејќи роднина на осигуреникот, помлад од 75 години:

-починал за време на престојот на осигуреникот во странство, како последица на незгода или тешка болест;

-е хоспитализиран за време на престојот на осигуреникот во странство, како последица на незгода или тешка болест, која според мнение на медицински осветник на осигурувачот, и се наоѓа во состојба на животна загрозеност, а којашто не била претходно дијагностицирана или не можела да се предвиди пред почетокот на патувањето.

(2) Осигурувачот плаќа повратна карта за осигуреникот, под услов овие трошоци да се настанати во период од три (3) недели по враќањето.

(3) Во случајот на враќање на осигуреникот поради хоспитализација на роднина, не се надоместуваат трошоците за враќање во матичната земја поради последователна смрт на роднина, откако осигуреното лице веќе се вратило во матичната земја.

(4) Најмногу до износот на осигурената сума од ставот (1) на овој член, осигурувачот ќе ги плати трошоците за патување и сместување на близок роднина на осигуреникот од прв или втор степен, ако поради незгода или болест, осигуреникот е во смртна опасност и присуството на роднината е итно потребно според мнение на медицинскиот тим на осигурувачот. Овие трошоци се надоместуваат само доколку осигуреникот не починал пред времето на заминување, и осигурувачот има дадено претходна согласност. Патните трошоци ќе започнат од излезното пристаниште и ќе завршат до влезното пристаниште.

Оддел 4

Паричен надоместок за хоспитализација и реконвалесценција*

*Покритијата од овој оддел важат само за осигуреници на возраст од 21 до 65 години

Паричен надоместок за хоспитализација-член 30

(1) Во случај кога осигуреникот е хоспитализиран поради незгода/повреда или поради болест за време на периодот на осигурување, осигурувачот ќе исплати паричен надоместок на осигуреникот, од **100 евра** за секој полн ден, најмногу до **50 последователни дена**, по почетните **28 дена** непрекинато болничкото лекување.

(2) Покритието е вклучено само за осигурувањата од ниво на заштита платинум.

(3) При хоспитализација заради хронични состојби надоместокот не се плаќа.

Паричен надоместок за реконвалсценција- член 31

(1) Осигурувачот ќе плати надоместок во износ од **500 евра** за секоја полна недела од мирување во домашни услови, според инструкција на квалификуван лекар или специјалист по отпуштање од болница, а како резултат на телесна повреда здобиена во незгода или поради болест, најмногу до **10 (десет) недели** непрекинато, по првата полна недела од мирувањето дома, под услов осигуреникот да бил хоспитализиран најмалку 10 (десет) дена непрекинато.

(2) За покритието од ниво на основна заштита – базик овој надоместок не се исплатува.

Исклучоци од осигурувањето што важат само за овој оддел- член 32

Исклучени се обврските на осигурувачот за исплата на паричен надоместок за хоспитализација и реконвалсценција во следните случаи:

- Намерно самоповредување, самоубиство или закана од обид за самоубиство од страна на осигуреникот,
- Бременост или породување,
- Осигурено лице кое има ХИВ/АИДС,
- Осигурено лице кое се одлучило за козметичка хирургија,
- Која било медицинска состојба што е дијагностицирана како хронична пред отпочнување на осигурителното покритие,
- Осигуреник кој страда од стрес, анксиозност, депресија, душевна болка, невроза и слично,
- Осигуреник кој страда од ефекти на непрепишани лекови или од алкохол,
- Осигуреник на возраст до 21 или над 65 години.

Оддел 5

Исклучување на обврските на осигурувачот

Општи исклучоци од здравственото осигурување- член 33

Осигуреникот нема право на надомест од здравственото осигурување и останатите услуги и сите барања осигурувачот ќе ги одбие како неосновани за било какви трошоци и штети кои се предизвикани или се последица на:

1. Лекување на претходна медицинска состојба или поврзана со неа: исклучокот не се применува ако се поминати 24 месеци од почетокот на осигурувањето без прекин, за кое време осигуреникот не примил ниту му била потребна медицинска помош, лекови или совет за наведената состојба. Состојби што претходно постоеле се според дефинираното освен ако не е поинаку изјавено во понудата-прашалник за прием и изрично потврдено прифаќањето од страна на осигурувачот;

2. Во однос на оддел 2, ќе бидат разгледувани само оние надоместоци што се утврдени во секое ниво на заштита;

3. Лекување од алкохолизам, наркотици, дрога и злоупотреба на супстанции, состојби на зависности или која било од кој било вид и скоја незгода/повреда или болест која директно или индиректно произлегува од ваквата злоупотреба или состојба на зависност;

4. Каква било самонанесена повреда, непотребно изложување на опасност освен во обид за спасување човечки живот, самоубиство или обид за самоубиство;

5. Злонамерни или измамнички постапки од осигуреникот или последици од нив;

6. Отштени барања што се последица на учество на осигуреникот во професионален спорт (не вклучувајќи рекреативно или аматерско учество) или во кој било опасен спорт или активност како што се (но не ограничувајќи се на) следниве: спортови со мотори, воздушни спортови, ронење во длабочини над 30 метри, ронење (без оглед на длабочината) ако осигуреникот нема

PADI Сертификат за ронење, кој било спорт со животни, брзински натпревар, скијање вон патека и трки од кој било вид (освен пеш). Доколку некој опасен спорт или активност не се именувани во оваа точка, осигуреникот мора да го контактира осигурувачот за да провери дали конкретниот спорт е прифатлив за осигурување пред осигурителното покритие да почне да важи;

7. Ако, и во колку осигуреникот може да побара надоместување на осигурените трошоците или обезбедување нега или лекување, по основ на владин план; субвенција; друг договор за здравствено осигурување. Овој исклучок останува во полна сила доколку во согласност со прашања утврдени на друго место во овој член постои отштетно барање, а што не е прифатено поради непридржување кон пропишана процедура или не била исполнета некоја обврска;

8. Нега или лекување што директно или индиректно произлегува од ХИВ вирусот или болест поврзана со вирусот на хумана имунодефициенција (ХИВ), вклучувајќи го Синдромот на стекната имунодефициенција (СИДА), комплексот поврзан со СИДА (АРЦ) и слични инфекции, болести, повреди или здравствени состојби што произлегуваат од овие состојби, како и да се предизвикани;

9. Што произлегуваат од патувања што биле направени заради примање медицински третман, освен ако за тоа не е добиена претходна согласност;

10. Износот на партиципацијата или франшизата наведена во полисата;

11. Козметичка 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/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;

12. Лекување и последици од експериментално и непотврдено лекување или терапија со лекови. Лекови и останати лекарства набавени без лекарски рецепт и рутински или превентивни лекарства, вакцинации и прегледи;

13. Трошоци настанати за набавка на слушни помагала, перики или уметоци за коси, протези или медицински помагала или корективни апарати, освен ако според мнение на лекарот на осигуреникот истите се сметаат за неопходни по претрпена телесна повреда од незгода или поради болест што е осигурена со полисата;

14. Трошоци за сместување и лекување во дом за нега, хидро, спа или клиника за лекување со природни средства, здравствени фарми и слично или болница во која сместувањето ефективно станал дом на осигуреникот или негово постојано пребивалиште така што приемот е организиран целосно или делумно од домашни причини;

15. Хронично или откажување на бубрезите во задна фаза што бара редовна дијализа, како и третман на секоја хронична состојба (освен наведените во оддел 2 за сребрена, златна и платинеста заштита);

16. Контрацепција, стерилизации (или враќање во претходна состојба по истите), оплодување, вазектомија, венерични заболувања, промена на пол или кој било друг облик на состојба поврзана со пол, неплодност и поврзана состојба или облик на асистирана репродукција;

17. Какво било отштетно барање што настанало за време на патување преземено спротивно на лекарски совет или со игнорирање на лекарски совет;

18. Патување со авион на осигуреното лице со бременост над 28 недели;

19. Отштетни барања што произлегуваат од повреди при породување, или дефекти, или вродена болест или аномалија после истек на два месеца од породување;

20. Лекување изведено од страна лекар, специјалист, доктор или консултант кој е роднина со осигуреникот, освен ако претходно не е одобрено од осигурувачот;

21. Лекување ментални или нервни нарушувања, вклучувајќи и преодни состојби, животни настани, носталгија за дома, психијатриски третман и трошоци за психотерапевт, психолог, семен терапевт или советник во жалост (освен покритијата во оддел 2 за златна и платинска заштита);

22. Трошоци поврзани со лоцирање орган за замена или трошоци што настанале за вадење орган од донатор, трошоци за транспорт на органот и сите поврзани административни

трошоци. Сите трошоци поврзани со органи што не се специфицирани во рамки на значењето на зборовите трансплантирање на орган;

23. Операција заради корекција на кратковидост или далековидост или кој било очен дефект, освен ако не е предизвикан како резултат на незгода/повреда или болест што се појавила за време на периодот на осигурување;

24. Медицински третман поврзан со криопрезервација, имплантација или реимплантација на живи клетки или живи ткива без оглед дали се аутологни или се добиени од донатор;

25. Какви било трошоци поврзани со операција за пронаоѓање и спасување за да се пронајде осигуреникот во планини, на море, во пустина, во џунгла и слични оддалечени локации вклучително со трошоци за спасување од воздух/море и евакуација на брег од брод или од море;

26. Рехабилитација освен ако не претставува интегрален дел од болничко лекување и е под контрола или надгледување на специјалист и е преземено во призната единица за рехабилитација (освен покритието во оддел 2 за златна и платинска заштита);

27. Лекување потешкотии во читањето, хиперактивност, нарушување на способноста за концентрација, терапија за говор, бихевиористички проблеми или развој на дете;

28. Трошоци за евакуација кога осигуреникот не е примен во болница заради лекување или кога трошоците не било одобрени од осигурувачот пред отпочнување на патувањето;

29. Трансфер на бремна жена во болница при рутинско породување, освен ако не е одобрено од овластен лекар како неопходно поради медицински компликации;

30. Какви било трошоци што настанале по истек на тековниот период на осигурување, освен ако полисата не е обновена за наредните 12 месеци. Какви било трошоци што настанале по завршување на периодот на осигурување во кој осигуреникот полни 75 години;

31. Во однос на итно стоматолошко лекување, не се плаќа надомест за повреда нанесена со јадење или пиене (ниту во случај тоа да содржи страно тело), нормално абење, четкање со забна четкичка или која било друга процедура за орална хигиена или кое било друго средство освен вон-рапен удар, кој било облик на ресторативен или корективен зафат, употреба на скапоцени метали, ортодонциско лекување од кој било вид или стоматолошко лекување во болница освен ако денталната хирургија е единствениот достапен третман за ублажување болка;

32. Прекин на бременост освен за спонтан абортус, вонматерична бременост или мртвороденче; за породувањето со царски рез по избор на осигуреникот или последиците од тоа, предпородилни курсеви или трошоци за бабици што не се поврзани со породувањето или компликации што може да настанат како резултат на планирано пораѓање во домашни услови.

Надоместок за војна и тероризам –член 34

(1) Обврските на осигурувачот за надомест во случај на незгода/телесна повреда директно или индиректно предизвикана од одредени акти на војна и теорорзам, без оглед на нивото на заштита е ограничена на:

- износ од 175,000 евра за едно лице од еден настан, и
- износ од 700,000 евра по настан

(2) Овој надоместок подлежи на сите општи исклучоци, ограничувања и услови од полисата, франшизи и дополнителни плаќања доколку се договорени.

(3) Без оглед на која било спротивна одредба содржана во овие услови, или во кој било додаток кон договорот, договорено е осигурителното покритие од полисата да биде проширено и да вклучува телесна повреда што е директно или индиректно предизвикана од, е резултат на или е во врска со следново:

-Војна, непријателства или воени дејствија (без оглед дали војната е објавена или не), инвазија, акт на странски непријател на националноста на осигуреникот на земјата во која или врз која настанува таков акт, граѓанска војна, бунт, востание, бунтување, револуција, свргнување легално конституирана влада, граѓански немири што прераснуваат во народно востание, воена или узурпирана власт, експлозии и воено оружје, убиство или напад што последователно е без

сомнение докажано дека е акт на агенти на држава што е странска на националноста на осигуреникот без оглед дали војната со таа држава е објавена или не, терористички акти.

(4) Исклучени се обврските на осигурувачот и надоместоците не се исплатуваат во следните случаи:

1. Активно учество на осигуреникот во која било или во сите погоре опишани активности;
2. Кога околностите како што се опишани погоре се резултат на користење нуклеарно, хемиско или биолошко оружје за масовно уништување како и да се дистрибуирани или комбинирани;
3. Ако осигурениот случај настанал за време на престој на осигуреникот на подрачјето на следните држави: Афганистан, Чеченија, Демократска Република Конго, Ирак, Грузија, Палестински територии во Израел вклучувајќи го појасот Газа и Западниот Брег, Брегот на Слонова Коска, Пакистан, Сомалија и Шри Ланка, освен ако преземачите на ризик не биле известени за тоа и дале согласност. Државите наведени во оваа точка можат да бидат променети во текот на траење на полисата, да се додадат нови држави или да се избришат наведените, во зависност од промената на политичко безбедносната ситуација. Осигуреникот е должен да го провери овој факт кај осигурувачот доколку патува во подрачје кое во време на планирање на патувањето важи за кризно подрачје, политички или воено;
4. Ограничување на исклучокот за ризикот на војна: без оглед на која било спротивна одредба содржана во првите три става на овој член, полисата не покрива штети како последица од:
 - а) војна, без оглед дали војната е објавена или не, помеѓу која било од следниве земји: Кина, Франција, Обединетото Кралство, Руската Федерација и Соединитите Американски Држави, или
 - б) војна во Европа, без оглед дали војната е објавена или не (освен граѓанска војна и интервенции од страна на или во име на Обединетите нации), во која се ангажирани која било од наведените земји или нивните вооружени сили.

III. Обврски на осигуреникот и последици поради непочитување на обврските

Обврски на осигуреникот при настанување на осигурен случај – член 35

(1) Осигуреникот е должен да ги преземе сите разумни мерки на претпазливост за да спречи да настане што и да е што може да предизвика отштетно барање покриено со овие услови.

(2) Во случај на настан по сила на кој може да се бара исплата заснована врз ова осигурително покритие, осигуреникот мора веднаш да го извести партнерот-реосигурувач или осигурувачот, давајќи ги сите детали и бројот на полиса.

(3) Во случај на болест или незгода/повреда, осигуреникот е обврзан да соработува за што е можно поскоро оздравување, за секој преглед што ќе го побара осигурувачот, или опсервација во болница што ќе биде организирана од страна на осигурувачот, сето тоа на сметка на осигурувачот.

(4) Штом настане штета, осигуреното лице мора да ги вложи сите напори за да ги ограничи последиците од неа.

(5) Осигуреникот ќе му ги соопшти на осигурувачот сите материјални факти што би можеле да влијаат врз ова осигурување. Непостапувањето може да му наштети на правото на надомест. Доколку осигуреникот не е сигурен во поглед на тоа што претставува материјален факт, тоа треба да му го обелодени на осигурувачот. Осигурувачот го задржува правото да ги измени условите во полисата или да го прекине покритието на осигуреникот заради промена на ризик.

(6) Осигуреникот е должен да го пријави кај осигурувачот секое планирано патување во воена зона или немирни подрачја во светот, или поминување низ истите.

(7) Кога осигуреникот се лекува од незгода/повреда или болест, може да побарува од почетокот на лекувањето до периодот за кој медицински е потврдено дека лекувањето веќе не е потребно или до истекот на периодот на осигурување за која е платена премија. Кога се поднесува отштетно барање за трошоци за лекување, а осигуреникот последователно поднесе барања за незгода/ повреда или болест што на никаков начин не е поврзана со претходната повреда или болест, последователното барање ќе се смета за ново барање.

(8) Осигурувачот има правото преку свои медицински претставници да го прегледа секој осигуреник кој има отштетното барање од осигурувањето во секое време, и онолку пати колку што ќе смета за потребно за времетраење на таквото отштетно барање.

(9) Осигурувачот го има правото да побара аутопсија во случај на смрт под услов таквата аутопсија да не е забранета со закон.

(10) Партнерот-реосигурувач или медицински претставник на осигурувачот има полно овластување да ги прибави сите медицински мислења и наоди и информации за администрирање на отштетното барање.

(11) Во случај на каква било исплата од здравственото осигурување, врз осигурувачот преминуваат сите права на осигуреникот спрема кое било лице или организација одговорни за штетата. Осигуреникот ќе ги спроведе и достави сите инструменти и документација и ќе стори сè што е потребно да ги обезбеди тие права. Осигуреникот нема да стори ништо после штетата што би ги загрозиле таквите права.

(12) Во случај на судски процес или друга постапка во која осигурувачот тврди дека поради кој и да е исклучок некоја последица не е покриена со здравственото осигурување, товарот на докажување на спротивното, дека таквата последица е покриена со ова осигурување, е врз осигуреникот.

(13) Осигуреникот го губи правото на исплата од полисата ако во однос на кој било составен дел од отштетното барања и/или во однос на околностите под кои се случил штетниот настан, со знаење:

- дава неточни информации и/или
- задржува информации за кои би можел да знае дека тие можеби се важни при нивна процена.

(14) Доколку кое и да е отштетно барање во кој и да е поглед е лажно или се користени лажни средства или уреди од страна на осигуреникот или од страна на кое е да е лице што дејствува во негова полза заради стекнување надомест од полисата, таквото барање ќе биде одбиено и ќе се смета за ништовно. Осигурувачот нема да обезбеди покритие доколку осигуреникот не исполнил која било од овие обврски заради што интересите на осигурувачот следствено биле оштетени.

IV. Мрежа на префенирани здравствени установи, предавторизација и постапка за отштетни барања

Мрежа на преферирани здравствени установи –член 36

(1) Осигурувачот, односно партнерот-реосигурувач одржува мрежа на преферирани здравствени установи во Република Македонија и надвор од неа. Надвор од Република Македонија осигурувачот го задржува правото да бара од осигуреникот користење на здравствена установа од мрежата каде што е тоа достапно. Списокот на мрежата на преферирани здравствени установи во Република Македонија е објавен на интернет страницата на осигурувачот. Комплетен список на мрежата на здравствени установи во светот е објавена на интернет страницата на партнерот-реосигурувач .

(2) Во Соединетите Држави и во Канада, изборот на установи и процената на надоместувањето ќе се базира врз тростепен тип на мрежа на установи (надоместувањето се проценува после франшизата или партиципацијата):

1.Мрежа на префериран провајдер - 100% надоместок. Овој степен се состои од сите здравствени установи на примарна заштита како и други провајдери назначени од страна на осигурувачот и наведени на интернет страницата;

2. Вон мрежа - 80% надомесок (кога установа од мрежата била достапна во радиус од 48 км)

Нема ограничување кај паричниот максимум и надоместоците што се плаќаат не се ограничени во смисла на разумни и вообичаени трошоци за примените услуги. Ако се договори попуст со установата, така оставрената заштеда се пренесува на осигуреникот;

3. Подрачје надвор од мрежата – 100% надоместок (не постојат лоцирани преферирани установи во радиус од 48 км).

(3) За информации во врска со здравствените установи во рамки на мрежата на преферирани установи, осигуреникот е должен да се јави на телефонот наведен на здравствената картичка.

(4) За лекување што не е итно, во границите на САД, вон мрежата на преферирани установи, а каде што има достапна соодветна установа, осигуреникот ќе добие надоместок во граници на разумните и вообичаените трошоци во мрежата на преферирани установи. Износите над овие разумни и вообичаени трошоци се исклучива одговорност на осигуреникот. Износите над разумни и вообичаени трошоци не влегуваат во паричниот лимит за франшизи и партиципација.

(5) Секое болничко лекување и вонболнички операции треба да се претходно одобрени за да се избегнат дополнителни партиципации на осигуреникот.

Претходно одобрение – член 37

(1) За одредени медицински процедури или третмани осигуреникот е должен да достави барање за претходно одобрение (предавторизација) до партнерот-реосигурувач. Барањето за предавторизација се доставува во форма на пополнет формулар за предавторизација најрано 5 работни дена пред закажаната дата на медицинска процедура или третман, а одобрение мора да биде примено пред отпочнување на предложеното лекување.

(2) Формуларот за предавторизација може да се земе од интернет страната на осигурувачот или на интернет страната наведена на здравствената картичка.

(3) Претходното одобрение не гарантира исплата на штетата во целост, со оглед на можноста за евентуална партиципација или плаќања во готово.

(4) Непридржувањето кон процедурата за предавторизација резултира со автоматска партиципација во износ од 40% без ограничување на плаќањата во готово, ако по ретроактивно разгледување, се утврди дека лекувањето би било одобрено од страна на партнерот-реосигурувач. Доколку, при ретроактивното разгледување на медицинските извештаи, се утврди дека се работи за лекување кое не би било одобрено, целото отштетно барање ќе биде одбиено. Осигурувачот нема да побара партиципација доколку утврди дека се работело за итен случај.

(5) За добивање на претходно одобрување за сите важечки услуги наведени во оваа глава, осигуреникот е должен да стапи во контакт со партнерот-реосигурувач на броевите и адресите наведени на здравствената картичка и во полисата или со осигурувачот.

(6) Надоместоците што се исплаќаат по основ на полисата за здравствено осигурување сè уште подлежат на проверка за прифатливост во време кога трошоците реално настануваат, како и на сите останати услови, ограничувања и исклучоци од овие услови.

(7) Во случај на итност што бара медицинска евакуација, осигуреникот е должен прво да контактира со партнерот-реосигурувач Оддел за координација на 24-часовна заштита, заради одобрување и организирање итен медицински транспорт по воздушен пат. Оперативниот центар, во име на осигурувачот, го задржува правото да одреди во која медицинска установа ќе биде транспортиран осигуреникот.

Услуги за кои е потребно претходно одобрение – член 38

(1) Осигуреникот е должен да побара претходно одобрение во следните случаи:

- Сите приеми и/или лекувања во болница;
- Операции што бараат тотална анестезија (вонболнички и болнички);
- Стоматолошко лекување поради незгода (за итна поправка на природни здрави заби оштетени во незгода);

- Набавка или изнајмување на трајна медицинска опрема, вклучувајќи, но не ограничувајќи се на пумпи за инсулин и залихи;
- Здравствена нега во домашни услови;
- Трансплантација на органи; (трансплантанти на матични клетки не се покриени според исклучоците од полисата)
- Имунизација против RSV и останати лекаства кои чинат повеќе од € 1,000 по повторно полнење;
- Сите лекувања/терапии за канцер;
- Хемодијализи и стомачни дијализи кај бубрежно затајување;
- Лекувања/терапии за злоупотреба на супстанции;
- Состојба, вклучувајќи и хронични состојби, кои не ги исполнуваат горните критериуми, но за кои се претпоставува дека ќе акумулираат трошоци за лекување во износ над 3,000 евра, за период на осигурување;

(2) За некои барања за лекување можеби ќе биде потребно повеќе од 5 дена за комплетирање на процесот на разгледување.

(3) Со предавторизацијата се проверува дали, пред преземање на обврските за плаќање на трошоците за лекување, операции и други процедури, осигуреникот е покриен со полисата за да прими надоместок до соодветната осигурена сума од осигурувачот.

Координација на 24-часовна заштита – член 39

(1) Осигурувачот односно партнерот – реосигурувач ги обезбедува услугите од здравственото осигурување, вклучувајќи медицинска проценка и одобрување на одредено лекување.

(2) Здравствената мрежа на партнерот-реосигурувач ги обезбедува овие услуги и сите осигуреници мора да добијат одобрение од партнерот-реосигурувач пред да започнат одредено лекување и треба да контактираат за следниве услуги:

- Предавторизација,
- Услуги за итни случаи/медицинска евакуација,
- Лоцирање преферирани здравствени установи,
- Водење на случај.

(3) Низ процесот на одобрување и организација на услугите, партнерот-реосигурувач ќе :

- верификува покритие за осигурениците,
- утврди дали услугите или средствата се покриени со осигурувањето,
- провери дали лекувањето е неопходно,
- ги минимизира плаќањето во готово од осигуреникот.

(4) Осигурувачот, односно партнерот-реосигурувач го задржува правото да упати одредени големи отштетни барања до својот оддел за 24- часовна заштита, којшто потоа ќе биде одговорен за воспоставување и следење на обемот и природата на заштитата што треба да се обезбеди. Кога осигурувачот ќе одлучи да упати отштетно барање до овој оддел, со цел лекувањето да продолжи и да биде со право на надоместување во рамки на полисата, од осигуреникот ќе биде побарано да ги следи процедурите дадени од страна на овој оддел.

(5) Одделот за 24- часовна заштита го насочува осигуреникот на соодветни установи и ја оценува медицинската неопходност за предложеното лекување. Целта на овој процес не е замена на лекарското мнение на лекарот на осигуреникот, бидејќи крајната одлука за лекување е на осигуреникот. Без оглед на одлуката што осигуреникот ќе ја донесе, покритието од полисата подлежи на сите наведени ограничувања и исклучоци како и на разгледување на медицинската неопходност за предложеното лекување и ефикасно управување со трошоците за здравствената заштита.

(6) Лекувањето се одобрува и следи од страна на одделот, кој е единствен одредувач на карактерот и обемот на лекување. Броевите на телефоните и електронските адреси на кои осигуреникот е должен да контактира се запишани на здравствената картичка на осигуреникот.

Поднесување на барање за исплата на штета– член 40

(1) Барањето за надомест на штета се поднесува на формулар на осигурувачот кој може да се преземе од интернет страната на осигурувачот или на интернет адресата на партнерот – реосигурувач наведена во здравствената картичка, или на барање на осигуреникот, осигурувачот ќе го испрати формуларот по факс или по електронска пошта. Формуларот може да се земе во седиштето на осигурувачот како и во секоја подружница.

(2) Пополнетиот формулар заедно со сметките, мора да биде доставен до осигурувачот најдоцна 180 дена од лекувањето како би се остварило правото на надомест на осигурените трошоци.

(3) Формуларот за отштетно барање се користи само кога здравствената установа не доставила фактура директно на осигурувачот, и кога осигуреникот платил во готово во здравствената установа, или се бара исплата на друг паричен надоместок.

(4) Во формуларот мора да се специфицираат сите сметки и сметкопотврди што се приложуваат во оригинал, и треба да ги содржат следниве податоци:

- име на пациентот,
- отпечатен број на фактура,
- име и назив на медицинското лице или институција,
- опис на дадените услуги,
- за секоја сметка од аптека мора да приложи рецептот.

(5) Формуларот заедно со сметките се предава во седиштето на осигурувачот или во секоја подружница, или се испраќа по пошта на адресата на седиштето на осигурувачот, или на адресата во странство наведена во здравствената картичка.

Статус на отштетни барања – член 41

(1) Осигурениците кои сакаат да го видат статусот на отштетното барања или имаат прашање во врска со примениот надоместок, треба да поднесат соодветен формулар преку интернет страната на осигурувачот или на интернет страната односно адресата наведена во здравствената картичка.

(2) Барањата во врска со статусот на минати отштетни барања мора да бидат примени во рок од 12 месеци од датата на пружање на услугата на која се однесува прашањето.

V.ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Вонсудско решавање на спорови -член 42

(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 43

(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 44

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, како и законите во земјата во која настанала штетата или се користи здравствената услуга.

Обврска за чување на доверливи податоци-член 45

(1) Осигурувачот е во обврска да ги чува податоците од договорот за осигурување како доверливи податоци, согласно Законот за супервизија на осигурување 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 46

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 47

(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,
- Инерниот 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.

Двојазичност на условите-член 48

Овие Посебни услови за осигурување се преведени на англиски јазик , и во случај кога постои несогласување помеѓу македонската и англиската верзија, преовладува англиската варијанта.

Овие Посебни услови за приватно здравствено осигурување се донесени од Управниот одбор на Акционерското друштво за осигурување ЕУРОЛИНК Скопје, на 2-рата редовна седница одржана на 22.09.2014 година со Одлука број 0202-8087/3 со примена од истиот ден.