



Друштво за осигурување
ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје

**ПОСЕБНИ УСЛОВИ
ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ
(СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН)**

Март, 2022 година

ОПШТИ ОДРЕДБИ

ОСИГУРУВАЊЕ НА ОПЕРАЦИИ КАКО ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛУГИ ПРИ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН

член 1

[1] Овие услови се темелат на Законот за здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗЗО), Законот за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗДЗО), Законот за облигационите односи (во понатамошниот текст ЗОО), Законот за супервизија на осигурувањето (во понатамошниот текст ЗСО), како и останатите подзаконски акти донесени врз основа на овие закони, и на соодветен начин се применуваат на договорот за осигурување што го склучуваат договарачот на осигурувањето и осигурувачот.

[2] Осигурување на операции е доброволно приватно здравствено осигурување со кое во случај на операција извршена по основа на индикација кај давател на здравствени услуги му се исплаќа договорен надомест на осигуреникот согласно со **Списокот на операции**.

[3] Операцијата мора да биде претходно најавена преку центарот за корисничка поддршка на осигурувачот.

[4] Центар за корисничка поддршка на осигурувачот заедно со давателот на здравствени услуги и во согласност со осигуреникот одредуваат датум и време за изведување на операцијата.

[5] Со доброволно приватно здравствено осигурување, согласно Законот за доброволно здравствено осигурување, се покриваат трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, повисок стандард на здравствените услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување, трошоците за покривање на здравствените услуги користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствените услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во кои се врши здравствена дејност и кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помагала.

[6] Договарач на доброволното приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е осигуреникот, родителот или старателот за своите деца, работодавецот за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе.

[7] Осигуреник на доброволно приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е физичко лице кое склучило или за кое, врз основа на негова согласност е склучен договор за доброволно приватно здравствено осигурување и кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно приватно здравствено осигурување. Осигуреник може да биде само лице кое има утврден статус на осигуреник согласно одредбите од Законот за доброволно здравствено осигурување.

[8] Меѓусебните права и обврски се уредуваат со договорот за осигурување склучен помеѓу Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје и договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот.

[9] Овие услови, како и Списокот на операции се составен дел на понудата и договорот за доброволно приватно здравствено осигурување што го склучува договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот со ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје.

ЦЕНТАР ЗА КОРИСНИЧКА ПОДРШКА

член 2

[1] центар за корисничка поддршка на осигурувачот на договарачот на осигурувањето и осигуреникот им дава информации за осигурувањето и давателите на здравствени услуги.

[2] Контакт со центар за корисничка поддршка на осигурувачот се остварува преку: телефон, електронска пошта или личен контакт.

[3] Осигурувачот ги објавува контактите на својата интернет-страница.

[4] Работното време на центар за корисничка поддршка на осигурувачот се објавува на интернет-страницата на ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје.

ЗНАЧЕЊЕ НА ПОИМИТЕ

член 3

[1] Изразите употребени во овие услови го имаат следново значење:

- 1) **болест** е абнормална состојба на организмот која го отежнува функционирањето на телото;
- 2) **период на чекање–каренца** е временски период на почетокот на договореното траење на осигурувањето утврден од страна на осигурувачот, во кој се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај;
- 3) **давател на здравствени услуги** се здравствени установи кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала, како и здравствени установи и приватни здравствени работници кои се вклучени во мрежата на јавната здравствена служба, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област и се признати од страна на осигурувачот;
- 4) **сума на осигурување** е највисокиот износ на осигурување до кој осигурувачот дава покритие во период од една (1) осигурителна година. Годишната сума на осигурување се намалува во текот на траење на осигурувањето за секоја вредност на исплатениот надомест на остварените трошоци;
- 5) **надомест од осигурување** е највисок износ на обврските на осигурувачот за поединечна операција од Списокот на операции;
- 6) **несреќен случај** е секој ненадеен и независен настан од волјата на осигуреникот, којшто дејствува главно еднадвор и одеднаш на телото на осигуреникот, има за последица негова смрт, целосен или делумен инвалидитет, привремена неспособност за работа или нарушување на здравјето за кое е потребна лекарска помош, односно лекување во болница.
 За несреќен случај се смета следново: прегазување, судир, удар со или од каков било предмет; удар од електрична струја или гром, пад, лизгање, тркалање, ранување со оружје или други предмети или експлозивни материји; угод од каков било предмет, удар или каснување од животни и угод од инсекти, освен ако со таквиот угод е предизвикана некаква инфективна болест; труење со храна или хемиски средства поради незнаење на осигуреникот, освен професионални заболувања; инфекција на повреди предизвикани од сообраќајна незгода; труење заради вдишување на плин или отровни пареи, освен професионални заболувања; изгореници од оган или електрицитет, жешки предмети, течности или пареи, киселини, алкали и сл.; давење и потопување, гушење или задушување поради затрупување;
- 7) **операција** е хируршки зафат со цел отстранување на заболен или повреден дел од телото или на туѓо тело или пак со цел воспоставување нормално функционирање на дел од телото, а којшто е признат од страна на осигурувачот; операциите се утврдени во Списокот на операции кој претставува составен дел на овие услови;
- 8) **дете** е лице помладо од осумнаесет (18) години;
- 9) **понуѓувач** е лице кое сака да склучи договор за осигурување и за таа цел поднесува понуда до осигурувачот;
- 10) **повреда** е промена или нарушување, зафатеност на ткивото, органот односно организмот која не содржи елементи на болест или дегенеративен процес кој ја зголемува склоноста кон повреди и настанува поради несреќен случај;
- 11) **претходна состојба** е болест, состојба односно повреда (вклучувајќи здравствени тешкотии, знаци на болест или симптоми) која настанала пред склучување на осигурувањето, односно постоела при склучување на осигурувањето, без разлика дали била дијагностицирана, односно лекувана
 и дали му била позната на осигуреникот или не можела да остане непозната;
- 12) **вродена мана** е состојба или болест која постои при раѓање поради наследни фактори, односно околности кои се развиват во текот на бременост и е откриена при раѓање или кога било подоцна;
- 13) **малигно заболување** е група заболувања со неконтролиран раст на ткивото кое може да продри во околните ткива, односно органи, или да се дисеминира, метастазира, по крвен и лимфен пат во оддалечени ткива и органи;
- 14) медицински оправдан третман е здравствена услуга, медицинско-технички помагала, импланти, санитарски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластан лекар и:
 - 1) е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда;

- 2) е потребен за оздравување, подобрување на здравствената состојба или спречување на влошување на здравствената состојба на осигуреникот;
 - 3) не го надминува обемот, траењето или интензитетот, нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лекување;
 - 4) е настанат во текот на осигурителното покритие;
 - 5) е во согласност со широко прифатените меѓународни професионални стандарди на медицинска пракса;
 - 6) не е наменет за личен комфорт или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги;
 - 7) не е експериментален или во фаза на истражување.
- 15) **причина за лекување (третман)** се секојдневни тешкотии, знаци на болест или симптоми поради кои осигуреникот остварува права од осигурување;
- 16) **итен медицински случај** е болест или повреда која без непосредна медицинска помош може да го доведе осигуреникот во животна опасност односно непоправливо и сериозно оштетување по неговото здравје или смрт. Под итна медицинска помош се подразбира и непосредна медицинска помош (итна хоспитализација) која се дава во текот од 12 часа од момент на приемот на осигуреникот во здравствена установа, а поради состојба која претставува закана за животот;
- 17) **овластен лекар** е лекар специјалист со диплома за завршена специјализација или субспецијализација од соодветната област од медицината, освен ако овластениот лекар е осигуреник, договорувач на осигурувањето или негов брачен другар;
- 18) **новонастаната болест**, состојба или повреда е болест, состојба односно повреда која ќе настапи по склучување на осигурувањето, односно при склучувањето на осигурувањето постоела, но не била дијагностицирана, односно лекувана и осигуреникот не знаел за неа, односно не можел да знае, бидејќи немал здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми (во понатамошниот текст новонастаната болест);
- 19) **членови на семејство** се брачни или вонбрачни партнери и нивните деца.
- 20) **Список на операции** е список на операции кои во целост ги покрива осигурувачот (намалени за франшизата), а најмногу до висината на осигурената сума;
- 21) **возраст на осигуреникот** е разликата меѓу годината на почетокот на осигурувањето и годината на раѓање на осигуреникот;
- 22) **договарач** е лице кое склучува договор за осигурување со осигурувачот;
- 23) **премија** за осигурување е договорен износ кој договарачот на осигурувањето му го плаќа на осигурувачот;
- 24) **осигурен случај** е иден, неизвесен и независен настан од волјата на осигуреникот врз основа на кој настануваат обврски на осигурувачот од договорот за осигурување, односно настан предизвикан од осигурен ризик;
- 25) **Осигурувач** е ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје;
- 26) осигурително покритие е обврска на осигурувачот да ги исполни обврските од договорот за осигурување според договорените услови;
- 27) **осигурителна година** е период од една (1) година која почнува на денот на почеток на осигурување;
- 28) **осигуреник** е физичко лице чиј интерес е осигурен со договорот за осигурување;
- 29) **франшиза** е учество на осигуреникот во штета.

МОЖНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 4

[1] Со ова осигурување може да се осигура лице кое има престој во Република Македонија и кое врз основа на Законот за здравствено осигурување има статус на осигурено лице со задолжително здравствено осигурување, освен ако поинаку не е договорено.

[2] Осигуреници од став 1 на овој член може да бидат и лица – странски државјани кои не се опфатени со системот на задолжително здравствено осигурување, и тоа само за трошоци за здравствени услуги кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување и за користење на здравствени услуги во установи надвор од мрежата на здравствени установи, како и кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала, освен ако поинаку не е договорено.

[3] Осигурениците од став 1 и 2 на овој член со губење на својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, го губат и својството на осигуреници во приватното здравствено осигурување, освен ако поинаку не е договорено.

[4] Исклучок од став 3 на овој член се осигурениците во приватно здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжително здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.

[5] Дете може да се осигура само доколку заедно со родителот се осигурени на иста полиса.

ОБЕМ НА ПОКРИТИЕ

член 5

[1] Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршена операција од списокот на операции заради лекување на болест, состојба или повреда, а врз основа на аргументирана медицинска индикација (намалени за договорената франшиза), но најмногу до висината на осигурената сума за операции. Во случај на операции како последица на заболувања на горни дишни патишта осигуреникот задолжително улчествува со 30% франшиза.

[2] Медицински аргументирана индикација според овие услови значи дека операцијата е оправдана бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина, истата ја пропишал надлежниот лекар и е соодветна за здравствената состојба на осигуреникот.

[3] За операција најавена преку центар за корисничка поддршка на осигурувачот дава асистенција за спроведување на операцијата.

ПОИМ ОПЕРАЦИЈА

член 6

[1] Операција е стручно-медицинска доктринарна услуга што е призната во Република Македонија како и во земјите каде Осигурувачот обезбедува покрите и се изведува кај давателот на здравствени услуги, односно во здравствена установа.

[2] Операциите што се предмет на осигурување се утврдени во списокот на операции.

АСИСТЕНЦИЈА ЗА ИЗВЕДУВАЊЕ ОПЕРАЦИЈА

член 7

[1] Осигурувачот му дава информации на осигуреникот за давателите на здравствени услуги со кои има воспоставено деловни односи.

[2] Во случај на остварување на правата од осигурување врз основа на претходна согласност од осигурувачот за гарантирање на исплата на надомест од осигурување по извршена операција, осигурувачот му нуди помош на осигуреникот при организирање на операција кај давателите на здравствени услуги со кои има воспоставено деловни односи и кои нудат таква операција.

Помош при организирање операција подразбира прибирање понуди од даватели на здравствени услуги и договарање термин за операција кај избраниот давател на здравствена услуга.

ОПФАТ НА ОСИГУРУВАЊАТО

член 8

[1] Осигурувањето има годишна сума на осигурување која е одредена во полисата за осигурување како годишен агрегат. По искористување на годишниот агрегат од покритието за операции истото престанува да важи.

[2] Осигурувачот во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршената операција (намалени за договорената франшиза), но најмногу до висината на осигурената сума одредена во полисата, којашто е предвидена за операции.

[3] Под операција во смисла на овие Услови се подразбира секоја операција која е призната од осигурувачот и како таква е утврдена во списокот на операции.

[4] Ако новородено дете се осигура во рок од 14 дена од раѓањето, обврската на осигурувачот за надомест важи од почетокот на неговото осигурување до крајот на осигурителната година на родителот, најмногу во висина на годишниот осигурен износ.

УСЛОВИ И НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ КОРИСТЕЊЕ НА ЦЕНТАР ЗА КОРИСНИЧКА ПОДРШКА

член 9

[1] Осигуреникот правата од осигурување ги остварува преку центар за корисничка поддршка на осигурувачот, и тоа со контактирање преку телефон, е-маил или лично.

ОСНОВА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 10

[1] Осигуреникот ги остварува правата од осигурување врз основа на аргументирана медицинска индикација која произлегува од отпусната листа на изведувачот, од наодот на лекарот-специјалист и од друга соодветна здравствена документација

НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 11

[1] Осигуреникот може да ги остварува правата од осигурување наследниов начин:

1) пред изведување на операцијата и тоа со барање за претходна согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување со извршена операција (во кој случај осигуреникот задолжително треба однапред да ја најави операцијата кај осигурувачот со доставување на целокупната потребна документација со која располага, преку центарот за корисничка поддршка.

2) за интервенција во Република Турција, по достава на оригинални сметки (докази за плаќање) за патните трошоци на осигуреникот и членот на семејството, како и трошоците за сместување на членот на семејството.

ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 12

[1] Осигурителното друштво врши исплата на надомест од осигурување за извршена операција на сметката на давателот на здравствени услуги по претходно добиена медицинска документација и фактура за плаќање во рок од 14 дена од комплетирање на документацијата.

[2] Осигурувачот во целост ги надоместува трошоците за изведување на операцијата освен во случај на операции како последица на заболувања од горни дишни патишта каде осигуреникот учествува задолжително со 30% франшиза. Доколку во полисата за осигурување е предвидено сопствено учество (франшиза) осигуреникот е должен по изведување на операцијата да ги надомести само трошоците кои се однесуваат на сопственото учество (франшиза).

ПРЕТХОДНА СОГЛАСНОСТ ОД ОСИГУРУВАЧОТ ЗА ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ ПО ИЗВРШЕНА ОПЕРАЦИЈА

член 13

[1] Претходната согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување по извршена операција претставува изјава од осигурувачот што се дава пред најавената операција дека по изведување на најавената операција (во случај на право на надомест од осигурување) ќе го исплати надоместот од осигурување.

[2] Барањето за добивање претходна согласност од осигурувачот за надомест од осигурување по извршена операција, осигуреникот го поднесува на **посебен образец** (ОБ1) на осигурителното друштво пред изведување на операцијата, и тоа преку електронската пошта на Центарот за корисничка поддршка на осигурувачот пред изведување на операцијата.

[3] Кон барањето од претходниот став треба да се приложи следново:

1) оригиналниот упат(специјалистички извештај) или примерок заверен на нотар, и

2) примероци од здравствената документација од која се гледа аргументирана медицинска индикација за најавената операција.

[4] Осигурувачот го известува осигуреникот за претходната согласност.

[5] Претходната согласност од осигурувачот има важност еден (1) месец од издавањето, односно до датумот на договорениот термин на најавената операција. Осигурувачот може да ја отповика претходната согласност делумно или во целост во случај на промена на дијагнозата, односно во случај на промена на веќе најавената операција.

ОБВРСКИ НА ОСИГУРЕНИКОТ ПРИ ИЗВЕДУВАЊЕ НА ОПЕРАЦИЈА

член 14

[1] Осигуреникот е должен да ги почитува упатствата за изведување на операцијата кои претходно му ги доставил осигурувачот, односно давателот на здравствени услуги, односно по изведување на операцијата да ја достави здравствената документација до осигурувачот согласно со наведените упатства.

ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 15

[1] Осигуреникот на сопствен трошок ги прибира и му ги доставува на осигурувачот сите информации и целокупната документација од оваа глава, како и друга медицинска и останата документација на барање на осигурувачот, доколку осигурувачот смета дека тоа е потребно.

КАРЕНЦА

член 16

[1] За осигурување на операции важи каренца од два **(2) месеци** за случај на болести и состојби, ако поинаку не е договорено и посебно наведено во полисата за осигурување.

[2] Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена од раѓањето, каренцата не важи.

[3] каренца не се применува кај лица со осигурување во континуитет; кај хируршки интервенции како последица од несреќен случај; кај болести (освен малигни заболувања) и повреди, кај кои без непосредна медицинска помош може да дојде до животна опасност на осигуреното лице. При обнова на осигурувањето доколку каренцата за осигуреното лице, не е во потполност завршена за времетраење на претходната полиса, остатокот од периодот се пренесува на новата полиса.

ФРАНШИЗА

член 17

[1] При остварување на правото на надомест од осигурување, одредено е задолжително учество на осигуреникот во штета (франшиза) која **изнесува 20%** од трошоците во случај на операција извршена по основа на индикација кај давател на здравствени услуги, освен ако поинаку не е договорено и посебно наведено во полисата за осигурување.

[2] Исклучок се трошоците за операција како последица од заболување на горни дишни патишта во кои Осигуреникот учествува со франшиза од 30%

[3] Осигурувањето може да се договори и со повисок процент на име сопствено учество во штета (франшиза).

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

член 18

[1] Осигурувачот нема обврски:

1) во врска со претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето истите му биле пријавени на осигурувачот и ако осигурувачот ги прифатил;

2) во врска со болест, состојба односно повреда која во договорот за осигурување е наведена меѓу исклучените обврски на осигурувачот;

3) заради лекувања кои не се медицински индицирани или се последица на лекарска грешка или нивната цел била подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот;

- 4) за извршени операции кои не се претходно најавени во центар за корисничка поддршка (освен за итни операции).
- 5) лекувања кои не се медицински индицирани или сеп оследица на лекарска грешка или нивната цел е подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот;
- [2] Осигурувачот нема обврски во случај на операции во врска со:
- 1) трансплантации, ако осигуреникот е дарител на орган, со дефекти и компликации при односно по оперативните зафати и отстранување на внатрешен остеосинтетски материјал;
 - 2) вродени мани;
 - 3) лекување на карциноми in situ и на сите карциноми на кожа (освен инвазивен малиген меланом);
 - 4) алтернативен, комплементарен или експериментален третман;
 - 5) синдром на стекната имунска инсуфициенција, инфекција со ХИВ, полово преносливи болести,
 - 6) душевни болести, општи психички проблеми, душевни нарушувања, нарушувања во исхрана и последици на акутна стресна реакција;
 - 7) амниоцентеза, неплодност, (де)стерилизација, вештачко оплодување, абортус (исклучок е абортусот во итни медицински случаи односно поради медицински причини како што се: структурно, односно хромозомско оштетување на плодот, здравствена состојба која го загрозува животот на мајката, спонтан абортус и медицински индициран абортус) повреди при раѓање и операции на плодот;
 - 8) козметички и естетски причини, освен ако се последица на незгода;
 - 9) прекумерно уживање во алкохол, односно во други психоактивни супстанции;
 - 10) промена на пол;
 - 11) прекумерна тежина;
 - 12) рефракциски оштетувања на око, освен ако се последица на повреда.
- [3] Исклучени се обврските на осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло поради следново или е поврзано со:
- 1) воени или на нив слични дејства саботажа, терористички активности, инциденти, востанија, револуции и друго, без оглед на тоа дали осигуреникот учествувал во нив;
 - 2) епидемија, пандемија, загадена средина, радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија, како и природни катастрофи;
 - 3) подготвување, обид или извршување кривично дело, како и за бегство после такво дело;
 - 4) физичка пресметка, освен во случај на службено докажана самоодбрана што осигуреникот сам ја докажува;
 - 5) самоповредување или обид за самоубиство;
 - 6) екстремни спортови, како и професионални спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување;
 - 7) управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола.
 - 8) дејство на алкохолни, опојни и други наркотици и тоа:
 - ако како возач на моторното возило при несреќниот случај имал повеќе од 10,8 мил. на мол (0,5%) алкохол во крвта или повеќе од 21,6 мил. на мол (1%) алкохол во крвта при други несреќни случаи;
 - ако алкотестот е позитивен, а осигуреникот не се погрижи со анализа во крвта детално да се утврди степенот на алкохол во крвта;
 - со стручен преглед се утврди дека покажува знаци на пореметеност поради уживање на опојни и други наркотици;
 - ако одбие или ја избегне можноста за утврдување на степенот на неговата алкохолизираност или присуство на на опојни и други наркотици во неговиот организам.
- [4] Обврските на осигурувачот исто така се исклучени во случаите на:
- 1) неодговорно однесување, односно недостиг на правилно однесување на осигуреникот во случај да не се придржува на упатствата на лекарот кој го лекува;
 - 2) давање на невистинити податоци, премолчување, измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договарачот, односно осигуреникот.
- [5] Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците за:
- 1) медицинско испитување и медицинска документација, вклучувајќи ги преводите како и копиите на истата документација кои осигуреникот е должен да ги поднесе како доказ за настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и

2) трошоците за правно односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај.

[6] Исклучена е обврската на Осигурувачот за надомест за операција на осигуреникот кој во моментот на склучување на осигурувањето во првата година, има дијагностицирано и се лекува (како и за компликации кои се директна или индиректна последица) од една од следниве претходни здравствени состојби:

- 1) хроничен дијабетис со компликации
- 2) алцхајмерова болест
- 3) аневризма на мозочни артерии и големи артерии од системската циркулација
- 4) angina pectoris
- 5) состојба по кардио-васкуларен инфаркт со функционални пореметувања
- 6) цироза на бубрези
- 7) мозочен тумор со неурални испади
- 8) хронична бубрежна инсуфициенција од умерен и потежок степен
- 9) заболување на моторните неврони
- 10) парализа/параплегија
- 11) паркинсова болест
- 12) мускулна дистрофија
- 13) ревматски артритис
- 14) епилепсија

[7] Пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година не е можно.

ТЕРИТОРИЈАЛНА ВАЖНОСТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 19

[1] Осигурувањето важи само на територијата на Република Македонија, освен ако поинаку не е договорено и посебно наведено во полисата за осигурување.

[2] Осигурувањето важи исто така и на територија на Република Турција за операции (со исклучок на малигни заболувања) поради кои осигуреникот може да побара лекување надвор од Македонија, а осигурувачот да одобри, за кои операции на територија на Република Македонија:

- не постои соодветна медицинска процедура неопходна за лекување, подобрување односно да се спречи влошување на здравјето на осигуреникот;
- хируршкиот зафат го врши исклучиво само еден давател на здравствени услуги на територија на Република Македонија без соодветни податоци за резултатите од него;
- хируршкиот зафат го врши визитинг лекар;
- на територија на Република Турција постои напредна медицинска технологија која има значително повисок степен на успешност на хируршкиот зафат согласно меѓународните медицински стандарди за што постојат соодветни податоци.

[3] За изведување на операцијата на територија на Република Турција, осигурувачот обезбедува асистенција и издава претходна согласност преку Центарот за корисничка подршка.

[4] За операција на територија на Република Турција, за која осигуреникот има добиено претходна согласност, му следуваат и трошоци за повратен (авионски или копнен) превоз, но најмногу до лимитот наведен во полисата. Исто така осигурувачот ги покрива и трошоците за придружба (едно лице - член на семејство) на осигуреникот и тоа: трошоци за повратен (авионски или копнен) превоз, но најмногу до лимитот наведен во полисата;

- трошоци за сместување за лицето за придружба, максимално до 50 евра за ноќевање, со дозволен престој еднаков со престојот во болница на осигуреникот препорачан од овластен лекар кој согласно медицинските стандарди важи за изведување на конкретната операција.

СКЛУЧУВАЊЕ , ТРАЕЊЕ , ОБНОВА И ПРЕСТАНОК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 20

- [1] Договорот за осигурување се склучува врз основа на понуда и се смета за склучен кога ќе го потпишат двете договорни страни.
- [2] Со потпишување на понудата, понудувачот изјавува дека пред склучување на договорот за осигурување бил запознаен со условите за склучување и изведување на осигурувањето и дека договорните одредби се во согласност со договореното меѓу договорните страни.
- [3] Осигуреникот при склучување на договорот за осигурување пополнува и потпишува прашалник за здравствена состојба кој претставува составен дел од понудата. Врз основа на прашалникот за здравствена состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува висината на премијата за осигурување, односно исклучување на сите обврски поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при склучувањето.
- Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена од раѓањето, не е потребно пополнување на прашалник за здравствената состојба.
- [4] Ако за склучување на осигурување е потребен лекарски преглед, осигуреникот на барање на осигурувачот го прави во рок од четиринаесет (14) дена. Ако за склучување на осигурување е потребна дополнителна здравствена документација, осигуреникот му ја доставува на осигурувачот на негово барање во рок од четиринаесет (14) дена.
- [5] Потпишана понуда за склучување на договор за осигурување која му била поднесена на осигурувачот, го обврзува понудувачот во рок од осум (8) дена од денот кога пристигнала кај осигурувачот, а ако е потребен лекарски преглед, во рок од триесет (30) дена. Ако осигурувачот во тој рок не ја одбие понудата која не отстапува од условите под кои се склучува осигурувањето, се смета дека понудата е прифатена и дека договорот за осигурување е склучен истиот ден кога пристигнала кај осигурувачот.
- [6] Ако осигурувачот е подготвен да ја прифати понудата само под посебни или променети услови, договорот за осигурување ќе биде склучен на денот кога осигуреникот ќе се согласи на тие услови со потпис. Се смета дека понудувачот се откажал од понудата ако на посебните или променети услови од осигурувачот не се потпише во рок од осум (8) дена од денот на приемот на известувањето од осигурувачот.
- [7] Ако договарачот и осигуреникот не се исто лице, понудата мора да содржи писмена согласност од осигуреникот за склучување на осигурувањето, освен во случаите кога родителот доставува понуда за своите малолетни деца.

ПРЕДЛОГ ЗА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ПОД ИЗМЕНЕТИ УСЛОВИ

член 21

- [1] Ако врз основа на податоците од прашалникот за здравствена состојба и прилог документација на прашалникот, односно поради некоја претходна или моментална здравствена состојба се утврди дека некое лице претставува зголемен ризик, осигурувачот има право ова лице да го прими во осигурување под променети услови.
- [2] Зголемен ризик претставува зголемен ризик од настанување на осигурен случај проценет врз основа на здравствената состојба на осигуреникот а кој осигурувачот го утврдува врз основа на податоците во прашалникот, а во согласност со процедурата за процена на ризик.
- [3] Доколку осигурувачот за некое лице утврди дека претставува зголемен ризик должен е да во рок од 8 дена од прием на прашалникот, да му достави на договоруваачот писмен предлог за осигурување под променети услови и за истото да го информира осигуреникот.
- [4] Изменети услови за склучување на договор за осигурување на лица кои претставуваат зголемен ризик, може да бидат:
- 1) ограничување, односно исклучување на осигурително покритие за одредени болести и состојби или последици од претходната здравствена состојба;
 - 2) примена на одредени посебни каренци за надомест на трошоци за лекување за одредено осигурително покритие;
 - 3) доплатак на премијата за осигурување за лице кое претставува зголемен ризик.
- [5] Исклучување на одредени покритија за лицето кое претставува зголемен ризик се наведуваат на самата полиса или се наведени на прашалникот за здравствена состојба.
- [6] Доколку договоруваачот на осигурување не ја прифати предложената измена добиена по писмен пат во рок од 8 дена од денот на прием на препорачаното писмо, од односно од денот на прием на електронска пошта, се смета дека истиот се повлекува од договорот за осигурување на лицето со зголемен ризик.

ВРЕМЕТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 21А

[[1] Доколку не е поинаку договорено, осигурителното покритие од Договорот за осигурување започнува по истекот на 24 часот на денот што во полисата за осигурување е означен како почеток

на траење на осигурувањето, под услов до тој ден да е платена договорената премија или првата рата на премијата, а во спротивно, по истекот на 24 часот од денот кога премијата е платена.

[2] Осигурителното покритие престанува по истекот на 24 часот на денот означен во полисата на осигурување како ден кога истекува осигурувањето.

[3] Осигурувањето се склучува за период од една (1) година, доколку не е поинаку договорено.

ОБНОВА НА ОСИГУРУВАЊЕ**член 22**

[1] Осигурувањето може да се обнови со еднакво траење. При обновување, осигурувачот може повторно да ја процени здравствената состојба на осигуреникот и да ја одреди висината на премија за осигурување, односно исклучување на обврските на осигурувачот поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при обнова. Ако договарачот, односно осигуреникот не се согласува со обновата на осигурувањето, има право, пред почетокот на обновувањето на осигурувањето, со изјава да не го прифати.

[2] Осигурувањето не се обновува ако осигурувачот престанал со осигурување, ако договарачот, односно осигуреникот постапил спротивно на договорот за осигурување или настанале околности поради кои осигурувачот не би го склучил договорот за осигурување. Осигурувачот за тоа го известува осигуреникот во рок од осум (8) дена пред истекот на осигурувањето.

[3] Ако полисата за осигурување содржи само почеток на осигурувањето, Договорот за осигурување се продолжува од година во година, сè додека една од договорните страни не го откаже најмалку 3 месеци пред доспевањето на премијата.

ПРЕСТАНОК НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ**член 23**

[1] Договорот за осигурување престанува со завршување на периодот за кој е склучено осигурувањето или со искористување на сумата на осигурување одредена во полисата која е во годишен агрегат.

[2] Осигурувачот во текот на траењето на договорот за осигурување не може еднострано да го раскине. Раскинувањето на договорот е можно само со спогодба и ако за тоа постојат оправдани причини.

[3] Во случај на склучен договор на подолго време, договарачот согласно со Законот за заштита на потрошувачите, има право во рок од петнаесет (15) дена од денот на склучување на осигурувањето, без образложение да го откаже договорот за осигурување. Договорот за осигурување, без разлика на одредбата од став 1 од член 20 од овие услови, престанува да важи во 24:00 часот на денот кога осигурувањето е раскинато или прекинато.

[4] Договорот за осигурување предвремено престанува со смрт на осигуреникот.

ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ**член 24**

[1] Осигурителното покритие започнува со датумот на почеток на осигурувањето ако:

1) за осигурувањето во целост е платена доспеаната премија за осигурување согласно со одредбите на договорот за осигурување; и

2) осигурувањето не е во периодот на чекање – каренца.

[2] Ако новороденото дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена по раѓањето, осигурителното покритие започнува да важи еден (1) месец по раѓањето.

[3] Ако осигурувањето се обнови во рок од еден (1) месец по истекот на претходното осигурување, осигурувањето нема каренца (период на чекање).

[4] Ако претходната согласност од осигурувачот за исплата на надомест од осигурување по извршена операција е издадена за времетраењето на осигурувањето (при што операцијата ќе се изврши по истекот на осигурувањето), осигурувачот има обврска од договорот за осигурување само ако осигурувањето е обновено без прекин.

[5] Осигурителното покритие престанува со прекин на осигурувањето.

[6] Осигурувачот не дава осигурително покритие, односно не ја покрива одговорноста на осигуреникот за настаната штета, без оглед на договор за осигурување доколку таквата исплата или плаќање на било каква друга погодност би го изложила осигурувачот на санкции, забрани или ограничувања во законите или прописите на Европска Унија, Обединетото Кралство или САД и резолуции на Обединетите Нации.

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-КОНСУЛТАТИВНИ ОБЛАСТИ

член 27

[1] Осигурувачот ги надоместува трошоците за оперативни хируршки зафати кои се изведуваат на сите специјалистичко-консултативни области, освен за операции од областа на:

- 1) неврологија;
- 2) операции за отстранување на малигни заболувања;
- 3) пластична и реконструктивна хирургија, освен кога е последица на несреќен случај-незгода;
- 4) офталмолошки интервенции кои имаат за цел подобрување/корекција на видот (рефракциски аномалии на око) и катаракта;
- 5) стоматолошки интервенции, освен кога е последица на несреќен случај-незгода.

МАЛИГНИ ЗАБОЛУВАЊА

член 28

[1] Доколку посебно се договори, осигурувањето на операции покрива и:

- 1) оперативни зафати за малигни заболувања;
- 2) радио и хемотерапија;
- 3) постоперативни помагала;
- 4) пластична и реконструктивна хирургија како резултат на излекувано малигно заболување, важи само во случај на постоење на континуирано осигурување кое трае без прекин и тоа најмалку од дијагностицираното малигно заболување се до моментот на извршување на пластична и реконструктивна хирургија.

[2] Територијалното покритие за лекување на малигни заболувања е во Република Македонија

МИРУВАЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 25

[1] Не е дозволено да се договори мирување на осигурувањето.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 26

[1] Премијата за осигурување е годишна. Се плаќа однапред со динамика на плаќање која е определена во договорот за осигурување.

[2] Премијата за осигурување е евидентирана во важечката тарифа за осигурување.

[3] Премијата за осигурување е одредена по старосни класи. Врз основа на прашалникот за здравствената состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува премијата за осигурување, односно исклучување на своите обврски поврзани со здравствената состојба на осигуреникот. Во случај на преминување во повисока старосна класа, пред почетокот на новата осигурителна година, висината на премијата за осигурување за следната година се усогласува со важечката Тарифа за осигурување.

[4] Согласно со законските одредби, на премијата за осигурување не се пресметува данок.

[5] Во случај на заостанато плаќање на премијата за осигурување, обврските се подмируваат по редот на доспеаност.

[6] Ако е договорено плаќање на рати, тогаш договарамот на осигурувањето ја плаќа првата рата во моментот на склучување на Договорот за осигурување или издавањето на лист на покритие, освен ако не е поинаку договорено.

[7] Осигурувачот има право сите доспеани неплатени рати од премијата да му ги одбие на осигуреникот при исплатата на штета. Кај тотална штета, сите неплатени рати од премијата доспеваат за наплата и се одбиваат од износот за надоместок на штета при исплатата.

[8] Ако на договарачот на осигурувањето му се признал попуст за времетраење на осигурувањето, а осигурувањето од кои било причини престанало пред истекот на тоа време, осигурувачот има право да ја наплати разликата до премијата што договарачот на осигурувањето би требало да ја плати кога Договорот за осигурување би бил склучен само за периодот до прекинувањето. Во случај да престане важноста на Договорот за осигурување поради неплаќање на доспеаната премија, договарачот треба да ја плати премијата за неплатеното време до денот на престанок на важноста на Договорот за осигурување. Ако до денот на престанок на осигурувањето настанал осигурен случај за кој осигурувачот исплатил оштета, договарачот на осигурувањето е должен да ја плати целокупната премија за тековната година на осигурување

ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 27

[1] Ако премијата за осигурување не е платена до денот на доспеаност, осигурувачот може да го извести договарачот да ја плати премијата за осигурување. Ако премијата за осигурување не е платена во рокот кој е наведен во известувањето и кој не е пократок од триесет (30) дена, осигурувачот може да го раскине договорот за осигурување без отказан рок, при што на осигурувачот му припаѓа доспеаната премија за осигурување.

[2] Во случај на доцнење при плаќањето на премијата, осигурувачот може да побара поврат на трошоците кои поради доцнењето предизвикале законска казнена камата.

[3] Договарачот со неплаќање на премијата за осигурување не може еднострано да го раскине осигурувањето.

ПОПУСТИ ЗА НЕПРИЈАВЕНИ ШТЕТИ

член 28

[1] На осигуреникот кој непрекинато имал осигурување во траење од една година и ако не била пријавена штета, се одобрува попуст на премија (Бонус) во следната година на осигурување во висина од :

- 10% ако во изминатата година не е пријавено штета
- 15% ако во изминати две години една по друга не е пријавена штета
- 20% ако во изминати три години една по друга не е пријавена штета

[2] Осигуреникот губи право на попуст во целост ако по осигурувањето од претходната година е пријавено штета во следната година на осигурување.

1. Осигуреникот кој во изминатиот период на осигурување, пријавил две или повеќе штети, му се зголемува премијата за осигурување (Малус) за следната година и тоа :
 - 50% за пријавени до две штети
 - 80% за пријавени три штети
 - 120% за пријавени четири и повеќе штети

[3] При Семејно и Колективно осигурување (опфатени повеќе осигуреници), осигурувачот има право да пресмета намалување или зголемување на премија на осигуреник, во зависност од односот помеѓу пријавени штети и полисирана техничка премија, односно:

- На Осигуреник кај кого односот на пријавените штети спрема полисираната техничка премија во изминатите три календарски години изнесува помалку од **50%** му се пресметува бонус на премијата за осигурување за следната година на осигурување во процент од една половина на разликата помеѓу **50%** и процентот на остварениот однос.
- На Осигуреник кај кого односот на пријавените штети спрема полисираната техничка премија, во изминатите три календарски години, изнесува помеѓу од **50% и 70%** не му се пресметува ниту бонус ниту малус.

- На Осигуреник кај кого односот на пријавените штети спрема полисираната техничка премија, во изминативе три календарски години, изнесува повеќе од **70%**, му се пресметува доплаток (малус) на премијата за осигурување за следната година на осигурување во процент од **една половина помеѓу разликата** на остварениот однос и **70%**, со тоа што овој доплаток може да изнесува најмногу **до 100%**.
- Во случај на прекинување на осигурувањето и повторно заклучување на договор за осигурување, на договорувачот на осигурување му се пресметува бонус, односно малус врз основа на резултатите од последните календарски години на траење на осигурувањето. Ако прекинувањето траело повеќе од две години се пресметува премија за осигурување без бонус и малус.
- Ако осигурувачот не располага со податоци за штетите и премиите за **најмалку три** претходни години на осигурување, бидејќи договорувачот на осигурувањето претходно не бил осигурен во доволен период, тогаш за утврдување на бонус и малус се користат расположивите податоци **за две**, односно **една година** на осигурување.

ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

член 29

Информации во врска со обработка на лични податоци

[1] Идентитет и контакт на податоците на контролорот и офицерот за заштита на личните податоци: Контролор: Друштво за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје, Седиште во Скопје на ул. Мајка Тереза бр.1 влез 2, e-mail: info@halkinsurance.com.mk, Офицер за заштита на личните податоци: dro@halkinsurance.com.mk. Дополнителни податоци за офицерот за заштита на личните податоци може да најдете на интернет страницата на Друштвото www.halkinsurance.com.mk.

член 30

Обработка и заштита на личните податоци

[1] Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на лични податоци на осигуреници, договорувачи на осигурување, нивните законски застапници или полномошници во согласност со одредбите на Законот за заштита на лични податоци и другите релеванти позитивни законски прописи, применувајќи соодветни технички и организациски мерки за обезбедување на безбедност на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје, а Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје во својство на контролор на личните податоци, истите ги користи согласно основните начела за обработка на лични податоци дефинирани во Законот за заштита на личните податоци.

член 30-а

Правен основ за обработката на личните податоци

[1] Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје обработува лични податоци кои се неопходни при склучување на договорите за осигурување (полиси), врз основа на член 109

од Законот за супервизија на осигурување, а во согласност со Законот за заштита на личните податоци.

[2] Личните податоци се неопходни за обработка од страна Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје со цел исполнување на правата и обврските што произлегуваат од договорот за осигурување, односно обработката на истите претставува основа за оценување на осигурително покритие и степен на оштета.

член 30-б

Цели за обработката на личните податоци

[1] Личните податоци (телефонски број и електронска адреса – e-mail), Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје ги обработува со цел остварување на контакт заради ефикасно остварување на права и обврските кои произлегуваат од договорите за осигурување (полиси). Овие податоци за цели доставување на рекламни материјали, промоции, понуди како и за други цели на директен маркетинг од страна на Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје ќе бидат искористени само доколку имате дадено согласност, преку одбирање на соодветната опција за согласност.

[2] Со цел водење на постапка за надомест на штета и воспоставување на бази на податоци за настанати штети, оценување на осигурително покритие и степен на оштета Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје обработува и копии од документи во кои се содржани и лични податоци.

[3] Личните податоци од став 1 и став 2 на овој член Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје ги обработува само врз основа на претходна согласност од субјектот на личните податоци, а недавањето на согласност за обработка на овие податоци може да има за последица несоодветно оценување на осигурително покритие или степен на оштета или пак неисплаќање на оштетно барање.

[4] Согласноста за обработка на личните податоци од ставот 3 на овој член може да се повлече во секое време преку доставување на известување за повлекување на согласност по пошта на следната адреса: ул. Мајка Тереза бр.2, 1000 Скопје, со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци или преку електронска адреса dpo@halkinsurance.com.mk. Со повлекување на согласноста за обработка на лични податоци Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје ќе прекине со понатамошна обработка на личните податоци и истите ќе ги избрише од базите на податоци со што можат да настанат последици наведени во став 3 од овој член.

член 30-в

Рокови на чување на лични податоци

[1] Личните податоци, Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје ги чува во рок за цело времетраење на договорниот облигационен однос, односно најмногу до 10 години по истекот на договорот за осигурување или во случај на настанување на штета, 10 години по затворањето на случајот на настанување на штетата, односно од денот на целосната исплата на надоместокот за настаната штета согласно член 109 став 8 од Законот за супервизија на осигурување.

[2] По истекот на роковите од став 1 на овој член личните податоци ќе бидат избришани/уништени од базите на податоци на Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје и истите нема да се обработуваат за други цели.

член 30-г

Права на субјектите на личните податоци

[1] Остварување на правата кои произлегуваат од Законот за заштита на личните податоци (право на пристап, корекција, бришење, ограничување на обработката на лични податоци,

приговор и преносливост), се врши преку доставување на барање на електронската адреса на офицерот за заштита на лични податоци: dpo@halkinsurance.com.mk. На истата електронска адреса може да се достави барање во врска со сите прашања поврзани со обработката на личните податоци.

[2] Доколку субјектот на лични податоци смета дека обработката на личните податоци за целите наведени во член 35-б, од страна на Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје не е во согласност со одредбите на Законот за заштита на личните податоци, или пак смета дека е повредено некое право за заштита на личните податоци, има право да поднесе барање за утврдување на прекршување на прописите за заштита на личните податоци до Агенцијата за заштита на личните податоци како надлежен орган за вршење на надзор над законитоста на преземените активности при обработката на личните податоци на територијата на Република Северна Македонија.

член 30-д

Пренос на личните податоци

[1] Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје може да изврши пренос на лични податоци во земји членки на Европската Унија, земји членки на Европскиот економски простор и трети земји. За вршење на преносот на лични податоци во земји членки на Европската унија и Европскиот економски простори се известува Агенцијата за заштита на личните податоци, а преносот на лични податоци во трети земји се врши по претходно добиено одобрени од страна на Агенцијата за заштита на личните податоци. При вршење на преносот на личните податоци се обезбедува високо ниво на технички и организациски мерки за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци. Исто така, се обезбедуваат сите неопходни заштитни мерки за обезбедување на тајност и заштита на личните податоци преку стандардни клаузули за заштита на личните податоци кои се одобрени и објавени од страна на Европската комисија. Сите дополнителни информации во однос на заштитните мерки може да се добијат со поднесување на барање до пошта на следната адреса: ул. Мајка Тереза бр.1 влез 2 со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци или преку електронска адреса dpo@halkinsurance.com.mk.

член 30-ѓ

Обработка на лични податоци за цели на директен маркетинг

[1] Личните податоци за цели на директен маркетинг, Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје ги обработува само врз основа на експлицитна согласност за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг за своите услуги.

[2] Согласноста за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг може да се повлече во секое време, бесплатно, со писмено барање (доставено на следната електронска адреса: dpo@halkinsurance.com.mk, или по пошта до Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје, ул. Мајка Тереза бр.1 влез 2, 1000 Скопје, со назнака “До Офицерот за заштита на лични податоци”).

ОСТАНАТИ ПРАВА И ОБВРСКИ НА ДОГОВОРНИТЕ СТРАНИ

член 31

[1] Осигурувачот има воспоставено деловни односи со договорните изведувачи потребни за спроведување на осигурувањето.

[2] Осигурувачот е должен да ја прифати премијата од секое лице за чие плаќање има правен интерес.

[3] Ако договарачот, односно осигуреникот намерно пријави или намерно премолчи каква било опасност од таква природа што осигурувачот не би склучил осигурување кога би знаел за вистинската состојба, осигурувачот може да побара прекин на осигурувањето без отказан рок,

како и поврат на исплатениот надомест од осигурување, заедно со законската казнена камата на настанатата штета и на трошоците. Притоа, осигурувачот може да го задржи поголемиот дел од платената премија за осигурување и има право да побара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарал раскинување на договорот.

[4] Ако договарачот, односно осигуреникот невестинито пријави или пропушти важна информација, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може во рок од еден (1) месец од денот кога дознал за невестинитата или непотполната пријава да го раскине осигурувањето со отказан рок од четиринаесет (14) дена или соодветно да ја зголеми премијата за осигурување. Ако договарачот не се согласува со зголемената премија за осигурување, има право во рок од четиринаесет (14) дена по известувањето, со изјава да го раскине договорот за осигурување, при што осигурувачот враќа дел од веќе платената премија за осигурување која отпаѓа на периодот до истекувањето на осигурувањето и има право соодветно да го намали надоместокот од осигурување.

[5] Осигурувачот може во случај на измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договарачот или осигуреникот да го раскине договорот за осигурување без отказан рок, како и да побара поврат на исплатениот надомест од осигурување заедно со законската казнена камата на настанатата штета и на трошоците. Притоа, осигурувачот може да го задржи поголемиот дел од платената премија за осигурување и има право да побара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарал раскин на договорот за осигурување.

[6] Ако осигурувањето престане со смрт на осигуреникот, осигурувачот има право на премијата за осигурување до крајот на месецот кога настапила смртта. Притоа, му враќа на договарачот пропорционален дел на однапред платената премија за осигурување во случај да е повисок од трошоците кои осигурувачот ги има со поврат на пропорционалниот дел.

[7] Во случај на промени кои се важни за осигурувањето, осигурувачот го известува за тоа договарачот, односно осигуреникот на соодветен начин (по писмен пат, телефонски, на интернет-страницата, преку медиуми и слично).

[8] Осигурувачот не презема никаква одговорност за квалитетот на добиените здравствени услуги.

ОСТАНАТИ ПРАВА И ОБВРСКИ НА ДОГОВАРАЧОТ И ОСИГУРЕНИКОТ

член 32

[1] Ако договарачот и осигуреникот не се исто лице, договарачот го запознава осигуреникот со одредбите на договорот за осигурување. Се смета дека осигуреникот е запознаен со условите на склучување и изведување на осигурувањето.

[2] Договарачот, односно осигуреникот должен е кон осигурувачот:

1) при склучување на договорот за осигурување да ги пријави сите околности кои се неопходни за процена на ризикот и кои му се познати или не можеле да му останат непознати.

Особено важни се сметаат оние околности без кои не е можно да се склучи, односно се такви што осигурувачот би го склучил осигурувањето под посебни или изменети услови, односно не би го склучил осигурувањето.

2) За времетраење на осигурувањето ажурно да посредува со лични и други податоци, како и околности и нивната промена важна за изведување на осигурувањето.

[3] Договарачот е должен да го обезбеди плаќањето на премијата за осигурување на начин и во рокови кои се определени во договорот за осигурување.

[4] Осигуреникот е должен:

1) правата од осигурувањето да ги оствари на начин и под услови кои се одредени во договорот за осигурување, како и

2) на сопствен трошок, на осигурувачот да му ја достави целата документација и да ги даде сите информации потребни за да се утврди настанување и постоење на осигурен случај, како и правото за надомест од осигурување.

[5] Ако осигуреникот не постапува согласно со договорот за осигурување, особено ако правото од осигурување не го остварува на начин и под условите кои се одредени во договорот за осигурување или не се почитуваат насоките за давање здравствена услуга кои претходно му ги препорачал давателот на здравствени услуги, на осигурувачот ќе му ги надомести штетата и трошоците настанати поради неговото постапување или пропуст.

[6] Ако по остварување на правото од осигурување се утврди дека не настанал осигурен случај, на осигурувачот му се враќа платениот надомест од осигурувањето, како и трошоците настанати заради неговото постапување.

ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 33

[1] Со договорот за осигурување договарачот се обврзува дека на осигурувачот ќе му ја плати премијата за осигурување, а осигурувачот се обврзува дека при настанување на осигурен случај ќе ги исполни условите на осигурителното покритие и на осигуреникот ќе му ги надомести трошоците за извршената операција во согласност со списокот на операции, како и давање на центар за корисничка поддршка на правото од осигурување.

ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ

член 34

[1] Услови се составен дел од договорот за осигурување со кој се уредени односите меѓу договарачот, осигуреникот и осигурувачот.

[2] Составен дел на овие услови е **Списокот на операции**.

[3] Осигурувачот ги објавува овие услови на својата интернет- страница.

[4] За се што не е утврдено со овие услови, како и во спротивност со истите, се применуваат Општите услови за осигурување на вонболничко и болничко лекување.

ОСТАНАТИ ДОКУМЕНТИ КОН ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ И НИВНА ХИЕРАРХИЈА

член 35

[1] Составни делови на договорот за осигурување, покрај овие услови, се и понудата, прашалникот за здравствената состојба, полисата за осигурување, како и здравствената документација и други пријави, изјави или документи од договорните страни, а можат да бидат и Посебните услови, односно клаузули во полисата за осигурување.

[2] Во случај кога одредбите на Посебните услови се спротивни на одредбите од услови за доброволно приватно здравствено осигурување, важат Посебните услови. Во случај кога клаузулата во полисата за осигурување е спротивна на одредбите од услови за доброволно приватно здравствено осигурување, односно на Посебните услови, важи клаузулата од полисата за осигурување.

ОБЛИК НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ И МЕЃУСЕБНО ИЗВЕСТУВАЊЕ

член 36

[1] Документацијата кон договорот за осигурување и во врска со договорот за осигурување мора да биде на македонски јазик и во пишана форма, или во договорена електронска форма, и е на сила од денот на прием, освен Прашалникот за здравствена состојба и Понудата, кои можат да бидат на англиски јазик при осигурување на странски државјани.

[2] Ден на прием се смета следниот работен ден после препорачано предадената пратка, пратена на последната дадена адреса од страна на примателот.

ИЗМЕНИ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 37

[1] За времетраењето на договорот за осигурување, осигурувачот го задржува правото да ги измени овие услови, висината на премијата за осигурување, односно тарифата на премии, висината на франшизата и висината на годишната сума на осигурување, при што направените измени ќе важат со почетокот на новата осигурителна година.

[2] Осигурувачот, за сите промени го известува договарачот на соодветен начин, најмалку еден (1) месец пред стапувањето на сила на промената. Ако договарачот не се согласува со промената, има право во рок од триесет (30) дена по известувањето, со изјава да го прекине договорот за осигурување, при што промените од договорот за осигурување ќе стапат на сила

со завршувањето на тековната осигурителна година. Ако договарачот во тој рок не го прекине договорот за осигурување, ќе се смета дека се согласил со промените.

[3] Договарачот нема право да се откаже од договорот за осигурување ако промената е во негова корист, односно во корист на осигуреникот или ако промената на висината на премијата е заради преминување на осигуреникот во повисока старосна класа.

[4] Останатите промени на договорот за осигурување важат со почетокот на новата осигурителна година, ако со осигурувачот не е поинаку договорено.

[5] Ако осигурувањето престане со смрт на осигуреникот, осигурувачот има право на премијата за осигурување, до крајот на месецот во кој настапила смртта, пропорционален дел на однапред платената премија за осигурување, доколку е повисок од трошоците кои осигурувачот ги има со поврат на пропорционалниот дел, да го врати на договарачот.

[6] Во случај на промени кои се важни за осигурувањето, осигурувачот на соодветен начин (по писмен пат, телефонски, на интернет-страницата, преку медиуми и слично) го известува договарачот, односно осигуреникот.

[7] Осигурувачот не презема никаква одговорност за квалитетот на добиените здравствени услуги.

НАДОМЕСТУВАЊЕ, ЗАЛОГ И ОТСТАПУВАЊЕ ОД ПОБАРУВАЊА

член 38

[1] Осигурувачот може да ја компензира доспеаната премијата при исплата на надомест од осигурување и останатите обврски на договорувачот и осигуреникот, вклучително и оние од претходното осигурување заедно со законска казнена камата, како и настанатата штета и трошоци.

[2] Ако договорувачот односно осигуреникот прими надомест кој се однесува на трошоците за здравствени услуги и лекови согласно Општите услови од лице одговорно за штета, осигурувачот може од надоместокот за осигурување да го задржи износот на таквиот надомест.

[3] Побарувањата меѓу осигурувачот и договорувачот, односно осигуреникот не можат да се заложат ниту да се отстапат.

[4] Осигурувачот го задржува правото да бара враќање на исплатениот надомест од осигурување доколку дополнително се утврдат околностите поради кои е исклучена обврската на Осигурувачот а се предвидени со овие Услови.

ПОВРАТ НА ПРЕМИЈА

Член 39

[1] Во случај на предвремено раскинување на Договорот за осигурување, осигурувачот е должен да врати дел од премијата за неискористеното време на осигурување, ако осигурената опасност престанала да постои по склучување на Договорот за осигурување.

[2] Ако осигурената опасност престанала да постои пред почетокот на покритието, осигурувачот ја враќа целокупната уплатена премија, намалена за манипулативните трошоци.

[3] Во другите случаи на престанување на важноста на Договорот за осигурување пред крајот на периодот за кој е платена премијата, на осигурувачот му припаѓа премија до денот до кој трае покритието, освен ако не е поинаку договорено.

[4] Враќање на премијата на барање на осигуреникот може да се изврши само врз основа на докази за исполнети услови за поврат на премија

ИЗМЕНИ НА УСЛОВИТЕ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ИЛИ ТАРИФАТА НА ПРЕМИИ

Член 40

[1] Ако осигурувачот ги промени условите за осигурување или тарифата на премии, треба да го известува договарачот на осигурувањето барем 60 дена пред почетокот на тековната година на осигурување.

[2] Договарачот на осигурувањето има право 60 дена по приемот на известувањето да го откаже Договорот за осигурување. Договорот престанува да важи со завршувањето на тековната година на осигурување.

[3] Ако договарачот на осигурувањето не го откаже Договорот за осигурување во рокот утврден во став 2 на овој член, следната година тој се менува согласно со новите услови за осигурување и тарифата на премии

ФОРМА НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ И НАЧИН НА ИЗВЕСТУВАЊЕ**Член 41**

[1] Документацијата кон Договорот за осигурување и во врска со Договорот за осигурување мора да биде на македонски јазик и во пишана форма, или во договорена електронска форма, и стапува на сила од денот на прием.

[2] Сите известувања и изјави што треба да се дадат според одредбите на Договорот за осигурување мора да бидат во писмена форма.

[3] Како ден на прием се смета следниот работен ден после препорачано предадената пратка, пратена на последната дадена адреса од страна на примачот.

НАДЗОР НАД ДРУШТВОТО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ**член 42**

[1] Орган надлежен за надзор на осигурителното друштво е Агенцијата за супервизија на осигурување.

ИЗМЕНИ ВО СПИСОКОТ НА ОПЕРАЦИИ**член 43**

[1] Доколку осигурувачот направи измени во списокот на операции за кои важи осигурувањето, должен е за тоа писмено да го извести осигуреникот.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ**член 44**

[1] За односите од договорот за осигурување се применува правото на Република Македонија.

[2] За односите меѓу осигурувачот, договарачот и осигуреникот кои не се договорени во договорот за осигурување, се применува Законот за облигациони односи.

Постапка по приговори

Во случај осигурувачот и осигуреникот да не се согласат по однос на обемот и висината на штетата, осигуреникот има право на приговор во рок од 8 дена од приемот на писменото известување од осигурувачот, до Второстепената комисија за решавање на штети по приговор, која е должна во рок од 30 дена да одговори по приговорот.

Постапка по жалба

Договорувачот, односно осигуреникот во однос на работењето на Друштвото има право на жалба до Агенцијата за супервизија на осигурување како орган надлежен орган за супервизија на друштвата за осигурување.

Решавање на спорови

Евентуалните спорови кои би произлегле од договорот за осигурување, договорните страни ќе ги решаваат спогодбено, а доколку до спогодба не дојде надлежен е Основен суд Скопје 2 Скопје.

Овие Услови се донесени врз основа на Одлука на Одборот на директори на Друштво за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје бр.0203-01/09 од 28.02.2022 и ќе се применуваат од 10.0.2022 година.

Извршен Директор
Суат Инан

Извршен Директор
Славчо Таушанов