



Друштво за осигурување
ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје

**ОПШТИ УСЛОВИ
ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА
ДОБРОВОЛНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ
(СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН)**

Март, 2022 година

ОПШТИ ОДРЕДБИ

ОСИГУРУВАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН

член 1

- 1) Овие услови се врз основа 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.
- 2) Осигурување на **специјалистички медицински третман** (во понатамошниот текст: лекување) е доброволно приватно здравствено осигурување кое врз основа на основани востановени медицински индикации во случај на новонастанати болести, состојби или повреди ги покрива трошоците на осигуреникот за дадено вонболничко и болничко лекување, специјалистички здравствени услуги, дијагностицирање и лекување кај даватели на здравствени услуги, најавени преку центар за корисничка подршка на осигурувачот, како и трошоците за издавање на лекови во аптека, а во согласност со Процедурата за користење на Доброволно Приватно Здравствено Осигурување и Упатството за постапување на штети.
- 3) 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 а во согласност со овие Услови, 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.
- 4) Договарач на доброволното приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е осигуреникот, работодавецот за своите вработени и членовите на нивните семејства, родителот или старателот за своите деца, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе.
- 5) Осигуреник на доброволно приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е физичко лице кое склучило или за кое 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 во задолжителното здравствено осигурување согласно со Законот за здравствено осигурување. Исклучок се лица-странски државјани кои не се опфатени во системот на задолжително здравствено осигурување.
- 6) 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.
- 7) Овие услови се составен дел на понудата и договорот за доброволно приватно здравствено осигурување кој договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот ќе го склучи со Друштвото за осигурување ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје.

ЦЕНТАР ЗА КОРИСНИЧКА ПОДРШКА

член 2

- 1) центар за корисничка подршка на осигурувачот на договарачот на осигурувањето и осигуреникот им дава информации за осигурувањето и давателите.
- 2) Контакт со центар за корисничка подршка на осигурувачот се остварува преку: Телефон, Електронска пошта Личен контакт.
- 3) Осигурувачот ги објавува контактите од центар за корисничка подршка на осигурувачот 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 ПОИМИ

член 3

Изразите наведени во овие Услови го имаат следното значење:

- 1) **амбулантна рехабилитација** се услуги за амбулантна терапија, одредни во член 10 од овие услови;
- 2) **розов рецепт** е службен образец за рецепт;
- 3) **болест** е абнормална состојба на организмот која ја отежнува функцијата на телото;
- 4) **каренца** е временски период на почетокот на договореното траење на осигурувањето уврден од страна на осигурувачот, во кој се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај;
- 5) **дневна болница** се здравствени услуги кои траат помалку од дваесет и четири (24) часа и обично не преку ноќ;
- 6) **давател на здравствени услуги** се здравствените установи кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и правните 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 за јавна здравствена служба, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област и се признати од страна на осигурувачот;
- 7) **хронична болест**, состојба или повреда е болест, состојба односно повреда која:
 - Се развива полаку и долго трае,
 - Се повторува или е веројатно дека ќе се повтори,
 - Предизвикува трајни здравствени последици, односно
 - Потребен е постојан медицински надзор, ублажување на симптомите, лекување, рехабилитација, односно здравствена нега.

Хронични болести се сметаат и очекуваните компликации поради истата болест, состојба односно повреда, како и болести, состојби односно повреди наведени во прашалникот за здравствена состојба (во понатамошниот текст хронична болест);

- 8) **сума на осигурување** е највисокиот износ на осигурена сума до која осигурувачот дава покритие во период од една (1) осигурителна година;
- 9) **мирување на осигурување** е период за кој договарачот на осигурувањето нема обврска да плаќа премија за осигурување, а осигурувачот нема обврска да обезбеди осигурително покритие;
- 10) **упат е образец** за задолжително здравствено осигурување со кој овластен лекар го упатува осигуреникот по нивоа и видови на здравствени услуги;
- 11) **несреќен случај** е секој ненадеен и од волјата на осигуреникот независен настан, кој дејствувајќи главно однадвор 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 несреќни случаи се сметаат: 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; убод од каков било предмет, удар или каснување од животни и убод од инсекти, освен ако со таквиот убод е предизвикана некаква инфективна болест; труење со храна или хемиски средства од незнаење на осигуреникот, освен професионални заболувања; инфекција на повреди предизвикани од сообраќајна несреќа; труење поради вдишување на плин или отровни пари, освен професионални заболувања; изгореници од оган или електрицитет, жешки предмети, течности или пари, киселини, алкали и сл.; давање и потопување, гушење или задушвање поради затрупување.
- 12) **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 е дијагностицирана, односно лекувана и осигуреникот не знаел за неа, односно не можел да знае, бидејќи немал здравствени тешкотии, знаци на болест или симптоми (во понатамошниот текст новонастаната болест);
- 13) **лекување** опфаќа специјалистичко лекување, софистицирана дијагностичка постапка, хирушки зафат во дневна болница или амбулантна рехабилитација;
- 14) **дете** е лице помладо од осумнаесет (18) години;

- 15) **понуѓувач** е лице кое сака да склучи договор за осигурување и за таа цел поднесува понуда до осигурувачот;
- 16) **хируршки зафати** во дневна болница се дијагностички и терапевтски зафати во склоп на дневна болница, одредени во член 9 од овие услови;
- 17) **повреда** е промена или нарушеност 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;
- 18) **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;
- 19) **вродена мана** е состојба или болест која постои при раѓање поради наследни фактори, односно околности кои се развиваат во тек на бременост и е откриена при раѓање или кога било подоцна;
- 20) **причина за лекување** се секојдневни тешкотии, знаци на болести или симптоми поради кои осигуреникот остварува право од осигурување;
- 21) **партиципација** е дел од трошоците за здравствени услуги и лекови кои при остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, осигуреникот сам ќе ги сноси;
- 22) **специјалистичко лекување** се специјалистички амбулантни услуги, одредени во член 7 од овие услови;
- 23) **возраст на осигуреникот** е разликата помеѓу годината на почеток на осигурување и годината на раѓање на осигуреникот;
- 24) **софистицирани дијагностички постапки** се софистицирани дијагностички анализи, одредени во член 8 од овие услови;
- 25) **договарач на осигурувањето** е лице кое склучува договор за осигурување со осигурувачот;
- 26) **премија** за осигурување е договорен износ кој договарачот на осигурувањето му го плаќа на осигурувачот;
- 27) **осигурен случај** е иден, неизвесен и независен од волјата на осигуреникот настан врз основа на кој настануваат обврските на осигурувачот од договорот за осигурување, односно настан предизвикан од осигурен ризик;
- 28) **Осигурувач е ХАЛК ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје**;
- 29) **надомест од осигурување** е износ за здравствени услуги и лекови кој осигурувачот го исплаќа при настапување на осигурениот случај;
- 30) **осигурително покритие** е обврска на осигурувачот да ги исполни обврските од договорот за осигурување според договорените услови;
- 31) **осигурителна година** е период од една (1) година која почнува на денот на почеток на осигурувањето;
- 32) **осигуреник** е физичко лице чиј интерес е осигурен со договорот за осигурување;
- 33) **франшиза** е учество на осигуреникот во штета;
- 34) **лек** се лекови одредени во член 11 од овие услови.
- 35) **лимит е максимална обврска** на осигурувачот по поединечен основан медицински третман во рамките на договореното осигурително покритие наведен во полисата за осигурување
- 36) **медицински оправдан третман** е здравствена услуга, медицинско-технички помагала, импланти, сантетски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластен лекар и:
- е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда
 - е потребен за оздравување, подобрување или спречување на влошувањето на здравствената состојба
 - не го надминува обемот траењето или интензитетот, нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лекување
 - е настанат во текот на осигурителното покритие
 - не е наменет за личен комфор или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги
 - не е во фаза на истражување или експериментален
- 37) **итен медицински случај** е болест или повреда која без непосредна медицинска помош може да доведе до животна опасност односно до непоправливо и сериозно оштетување на

здравјето или до смрт. Непосредна медицинска помош (итна хоспитализација) која се дава во текот на првите 12 часа од моментот на прием на осигуреникот во здравствената установа, а поради состојба која претставува закана за живот

38) **овластен лекар** е лекар специјалист со диплома за завршена специјализација или субспецијализација од соодветната област од медицината, освен ако овластениот лекар е осигуреник, договарач на осигурувањето или негов брачен другар

39) **второ мислење** е кога осигуреникот за една дијагноза ќе консултира повеќе овластени лекари, што би значело повторување на постапката за лекување остварена кај првиот овластен лекар за која осигуреникот го остварил правото од осигурување.

40) **животна опасност** е околност која резултира со хируршки зафат или хоспитализација на интензивна нега на осигуреникот со цел спречување на акутна витална опасност за животот на осигуреникот.

МОЖНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 4

[1] Со ова осигурување може да се осигура лице кое има регулиран престој во Република Македонија и кое врз основа на Законот за здравствено осигурување има статус на осигурено лице со задолжително здравствено осигурување, како што е пропишано во член 1 став 5 од овие Услови.

[2] Осигуреници од ставот 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 здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала. За овие лица осигурувачот има право да побара изведување на лекарски преглед со цел детален и точен увид во здравствената состојба.

[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 ставот 3 на овој член се осигурениците во приватното здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното 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.

[6] Максимална пристапна старост на осигуреник со возраст до 70 години, освен ако поинаку не е договорено.

ОБЕМ НА ПОКРИТИЕ

член 5

[1] Осигурувањето ги покрива трошоците за дијагностицирање, односно лекување на новонастанатата болест, кои врз основа на основани медицински индикации, настануваат кај давателот на здравствени услуги поради дадените здравствени услуги за специјалистичко лекување, односно бараната дијагностичка постапка и издавањето на лекови во аптека.

[3] Медицински основана индикација според овие услови значи дека лекувањето, односно лекот се оправдани, бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина ги препишал надлежен лекар и се соодветни со оглед на здравствената состојба на осигуреникот.

ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

член 6

[1] Здравствени услуги се стручно доктринирано признати медицински услуги во Република Македонија и се изведуваат кај даватели на здравствени услуги согласно Законот за доброволно здравствено осигурување.

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ВОНБОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ**член 7**

1 Специјалистичко вонболничко лекување се специјалистички услуги кои се потребни за поставување на дијагноза, односно за лекување на новонастанатите болести, состојби или повреди, при што осигуреникот не е задржан на лекување подолго од 24 часа.

2 Специјалистичко вонболничко лекување опфаќа:

- Специјалистички преглед кај овластениот давател на здравствени услуги кај кој осигуреникот е на вонболничко лекување, што подразбира преглед од овластен лекар од специјалистичко-консултативна област.
- Соодветни едноставни амбулантни зафати, подразбира хируршки зафати во дневна болница, под ова не спаѓаат интервенции кои се водат како операции.
- Трошоците за домашна посета на овластениот лекар во животназагрозувачки случаи по процена на овластениот лекар и основана медицинска индикација.
- Трошоци за дијагностички постапки, лабораториски испитувања, тестови и анализи, по основана медицинска индикација, но исклучиво по препорака на овластениот лекар. Признати се само дијагностички постапки кои се неопходни за лекување, подобрување или спречување на влошувањето на здравјето на осигуреникот. Ова вклучува: лабораториски испитувања, радиолошки испитувања (UZ, RTG, CT, MR, рентгенографија, рентгеноскопија), биопсија, ергометрија, спирометрија, ендоскопски процедури, артрографија, колоноскопија, гастроскопија, сцинтиграфија, миелографија, EEG, PET, EMG, EMNG, холтер, EKG и други медицински индицирани дијагностички постапки.
- Трошоци за едноставни амбулантски зафати(апликација на блокади, пункција, нега на рани, парентерална апликација на лек, отстранување на помали кожни израстоци, склерозија на вени, отстранување на туѓо тело).
- Надомест на трошоци за санитарско возило само во итни медицински случаи и под услов превозот да го одредил овластениот лекар.
- Трошоци за дневна болница.
- Надомест за психијатриски услуги и услуги поврзани со менталното здравје и тоа во случај на: смрт на член во семејството, физичко малтретирање, силување, дијагностицирано малигно заболување.

3) За користење на услугите на вонболничкото лекување, следува надомест на трошоци согласно договорените лимити наведени во полисата за осигурување.

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ**член 8**

1 опфаќа медицински третман со цел спроведување на дијагностички постапки и третмани подолго од 24 часа во континуитет, каде осигуреникот во здравствената установа има легло и е под постојан надзор од страна на медицински лица.

2 Услугите за специјалистичко болничко лекување опфаќаат:

- Покривање на трошоците за сместување во болницата(во двокреветна, трокреветна или четирикреветна соба) и исхраната која е препорачана од овластениот лекар кој го задржал пациентот на лекување
- Трошоци за дијагностички постапки, лабораториски испитувања, тестови и анализи, по основана медицинска индикација, и по препорака на овластениот лекар, кои се кои се неопходни за лекување, подобрување или спречување на влошувањето на здравјето на осигуреникот, а се вршат за време на престојот во болницата.. Ова вклучува: лабораториски испитувања, радиолошки испитувања (UZ водена биопсија на внатрешните органи и простатата, ендоскопски UZ, RTG, CT, MR, рентгенографија, рентгеноскопија), биопсија, ергометрија, спирометрија, ендоскопски процедури, артрографија, колоноскопија, гастроскопија, сцинтиграфија, иригографија, миелографија, EEG, PET (позитронска емисионска томографија), EMG, EMNG, холтер, EKG, патохистолошко испитување и други медицински индицирани дијагностички постапки.
- Трошоци за лекови и терапија која осигуреникот ја прима за време на престојот во болница

- Трошоци за придружба на родител на дете до 14 години
 - Услуги кои не се покриени со болничкото лекување се: дневна болница, престој во болница поради одвикнување од зависности, престој во здравствена установа за рехабилитација(банско лекување), престој во дужевна болница, санаториум, хидроклиника, домови за нега на болни лица, геријатриски установи, центри за одмор, слабеење и закрепнување
- 3 За користење на услугите на болничкото лекување, следува надомест на трошоци согласно договорените лимити наведени во полисата за осигурување.

ХИРУРШКИ ЗАФАТ ВО ДНЕВНА БОЛНИЦА

член 9

[1] Хируршки зафат во дневна болница опфаќа дијагностички и терапевтски зафати во склоп на дневна болница и е продолжение на специјалистичко лекување, или потребна дијагностичка постапка, и кои се потребни за поставување на дијагноза, односно за лекување на новонастанатата болест.

[2] Хируршки зафат на око (сива мрежа, птериџија, пингвекула, ксанталазма, ентопија), зафат на солзните жлезди и канали, дијагностичка и терапевтска артроскопија на лакот, колено или скочен зглоб, оперативно лекување на проширени вени, коронаграфија, ПТА, операција на карпалниот канал, ректоскопски зафат, полипектомија, УЗ разбивање на бубрежни камења, ЕРЦП, хидрокела, сперматокела или вариокела, операција на хемороиди, инцизија на аналната фисура, ендоскопска операција во завршниот дел на дебелото црево, операција на кила, ендоскопска операција на носот и носните празнини, класична или ендоскопска мукотомија, ендоскопска аблација на полипи, поголема ексцизија на израстоци на кожата, лузни и меки делови, како и електрокоагулациски промени на кожата.

АМБУЛАНТНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

член 10

[1] Амбулантна рехабилитација опфаќа услуги од амбулантна физиотерапија, работна терапија, односно терапија на говор, кои претставуваат специјалистичко лекување или софистицирана дијагностичка постапка или зафати потребни за лекување на новонастанатата болест.

[2] Амбулантна рехабилитација се изведува на подрачјето на физијатрија и амбулантна рехабилитација.

ЛЕКОВИ

член 11

[1] Осигурувањето ги покрива трошоците за лекови кои при изведувањето на специјалистичкото лекување, согласно член 7 и 8 и согласно дијагнозата, медицинската доктрина и здравствените инструкции потребни за лекување на новонастанатата болест, се препишани на розов рецепт, но најмногу за 30 дена и се издадени во аптека. Признаени се лекови за кои има дозвола за пуштање на лекови во промет согласно законската регулатива и истите се регистрирани како лек во Централниот регистар на лекови во Република Македонија. Под лекови не се подразбираат витамини, минерали, суплементи и други додатоци во исхраната, козметички препарати, апликатори, медицинска козметика, ОТЦ препарати и останато кое не е евидентирано како лек во Централниот регистар на лекови.

[2] Лекот треба да биде препишан од доктор специјалист.

ОПФАТ НА ОСИГУРУВАЊАТО

член 12

[1] Осигурувањето има годишна сума на осигурување која е одредена во полисата за осигурување. Лимитите на осигурителното покритие, односно Сума на осигурување по поединечни Сегменти/Покритија/Услуги, претставува максимална обврска на осигурувачот во случај на штета, како и вкупна обврска на осигурувачот за периодот на осигурување – Агрегат

[2] Во осигурителната година за лекување од иста причина се покриени трошоците за:

- 1) здравствени услуги кои опфаќаат **четири (4)** специјалистички лекувања, **три (3)** софистицирани дијагностички постапки и **три (3)** хируршки зафати во дневна болница. Сите прегледи од првиот ден на користење на здравствени услуги за едно лекување треба да се завршат во рок од 15(петнаесет) дена.
- 2) Прво издавање на лекови во количина која е потребна за лекување на новонастанатата болест, но најмногу за триесет (30) дена.

УСЛОВИ И НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ ПРАВА ОД ОСИГУРУВАЊЕ КОРИСТЕЊЕ НА ЦЕНТАР ЗА КОРИСНИЧКА ПОДРШКА НА ОСИГУРУВАЧОТ член 13

[1] Осигуреникот ги остварува правата преку центарот за корисничка поддршка на осигурувачот, и тоа преку: Телефон, Електронска пошта Личен контакт.

НАЈАВА НА ЛЕКУВАЊЕ член 14

[1] Осигуреникот, лекувањето во здравствената установа однапред му го најавува на Осигурувачот преку центар за корисничка поддршка согласно Процедурата за користење на Доброволно Приватно Здравствено Осигурување и Упатството за постапување на штети.

ОСНОВ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ ПРАВА ОД ОСИГУРУВАЊЕ член 15

[1] Осигуреникот го остварува правото од осигурување врз основа на основана медицинска документација која произлегува:

- 1) за специјалистичко лекување од упатот или наод на овластен лекар
- 2) за болничко и вонболничко лекување од упатот или наод на овластен лекар
- 3) за хируршки зафат во дневна болница од наодот на на овластен лекар
- 4) за амбулантна рехабилитација од наодот на овластен лекар
- 5) за лек препишан на розов рецепт од лекар специјалист.

НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ ПРАВА ОД ОСИГУРУВАЊЕ член 16

[1] Осигуреникот ги добива здравствените услуги кај давателот на здравствени услуги, а лековите во аптека.

[2] Трошоците од здравствените услуги и лекови, осигуреникот ги плаќа сам, освен ако поинаку не е договорено со осигуреникот и приватната здравствена установа, а осигурувачот врз основа на барање за поврат на трошоците му ги надоместува трошоците според договореното покритие.

[3] Трошоците за болничко лекување и хируршки зафат во дневна болница може да бидат на товар на осигурувачот по добиена согласност со претходна најава за истите.

ОБВРСКИ НА ОСИГУРЕНИКОТ ПРИ ИЗВЕДУВАЊЕ НА ЛЕКУВАЊЕТО член 17

[1] Осигуреникот е должен да ги почитува инструкциите за изведување на лекувањето кои му ги препорачал давателот на здравствени услуги и при лекувањето да ја приложи медицинската документација согласно истите упати.

БАРАЊЕ ЗА ПОВРАТ НА ТРОШОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ, ЛЕКОВИ И АМБУЛАНТНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА (РЕФУНДАЦИЈА) член 18

[1] Барањето за поврат на трошоците за добиените здравствени услуги кај давателот, односно издавање на лекови во аптека, осигуреникот го поднесува во рок од деведесет (90) дена од датумот на добиените здравствени услуги или издадени лекови.

[2] Кон барањето за поврат на трошоците мора да приложи:

- 1) копија од упатот на овластениот лекар или наодот (извештајот) од лекар специјалист кај давателот на здравствени услуги, копија од наодот за лекување и копија од оригинална сметка од давателот на здравствените услуги со спецификација на добиените здравствени услуги;
- 2) копија од розовиот рецепт, копија од извештајот за лекување и копија од оригинална сметка од аптеката;
- 3) копија од извештајот за лекување и копија од оригинална сметка со спецификација за изведената амбулантна рехабилитација.

[3] Во случај на остварување на правото на поврат на трошоци, Осигурувачот во рок од четиринаесет

(14) дена од комплетирање на целокупната документација извршува поврат на истите, на сметката која осигуреникот ја навел во барањето за поврат на трошоците.

- 1) трошоци за здравствени услуги добиени кај давателот, кои не се поголеми од нивото на цената во слични институции во земјата во кои се врши медицинско лекување, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување,
- 2) трошоци за издавање на лекови во аптека, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување, односно
- 3) трошоци за амбулантна рехабилитација, намалени за франшизата на осигуреникот, ако истата е договорена во договорот за осигурување.

ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗА ОСТВАРУВАЊЕ ПРАВА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 19

[1] Осигуреникот на свој трошок добива и му ги поднесува на осигурувачот сите информации и документација од истото поглавје, како и друга документација на барање на осигурувачот за утврдување на обврските од договорот за осигурување.

ОДЛУЧУВАЊЕ ЗА ПРАВОТО НА ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 20

[1] Осигурувачот во рок од четиринаесет (14) дена по примањето на целокупната документација одлучува за правото на исплата на надомест од осигурување и за тоа го известува осигуреникот.

ОГРАНИЧУВАЊА И ИСКЛУЧОЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

КАРЕНЦА

член 21

[1] За осигурувањето важи каренца од **два (2) месеци** во случај на дијагностицирање, односно лекување на болест или состојба, освен ако поинаку не е договорено и посебно наведено во полисата за осигурување.

[2] Ако новородено дете се осигура во рок од триесет (30) дена после раѓањето, осигурувателното покритие започнува по 30(триесетиот) ден од раѓање, во спротивно важи каренцата согласно Договорот/Полисата за осигурување.

[3] Каренцата не важи кај лица со осигурување во континуитет, доколку настапи несреќен случај (незгода), кај болести и повреди кај кои без непосредна медицинска помош може да дојде до животна опасност.

ФРАНШИЗА

член 22

[1] Остварување на правото на надомест од осигурување се пресметува со **20%** франшиза, освен ако поинаку не е одредено и наведено во полисата. При склучено осигурување со франшиза истата се применува кај трошоците за здравствените услуги, лекови и амбулантна рехабилитација и останати покритија опфатени со осигурувањето. Со исклучок кај трошоците за грип и акутни инфекции на горни дишни патишта осигуреникот задолжително учествува со 30% франшиза, освен при прва штета.

ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ**член 23**

[1] Кога новонастанатата болест медицински ќе се одреди како хронична болест, осигурувачот во врска со таа болест, состојба, односно повреда покрива трошоци до подлимит 700 евра во денарска противвредност. Овој подлимит во целост важи заедно со останатите подлимити за одделни секции од покривањето и не претставува дополнителна сума на осигурување. За хронична болест, состојба или повреда не се смета болест, состојба или повреда која сеуште е во фаза на дијагностицирање. Кај осигурување во континуитет се прифаќаат хронични заболувања од претходен период до лимитот наведен во полисата за осигурување, односно 700 евра.

[2] Осигурувањето ги покрива трошоците за здравствени услуги и лекови кои настануваат во осигурителната година најмногу до висина на годишната сума на осигурување.

[3] Не е можно пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ**член 24**

[1] Осигурувачот нема обврски:

- 1) во врска со претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето на осигурувачот му биле пријавени 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.

[2] Осигурувачот нема обврска во случај на трошоци поврзани со:

- 1) трансплантација, повреди и компликации после оперативни зафати, како и отстранување на внатрешниот остеосинтетски состав;
- 2) вродени мани и професионални болести;
- 3) синдром на стекната имунодефициенција, инфекција со ХИВ, полово преносливи болести, епилепсија и парализа;
- 4) душевни болести, општи физички отежнувања, нарушувања во исхраната, како и последици на акутна стресна реакција;
- 5) 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;
- 6) рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астагматизам), освен ако е последица од повреда;
- 7) прекумерно уживање во алкохол, односно други психоактивни материи;
- 8) промена на пол;
- 9) жуљеви, задебелени односно сраснати нокти, акни, ботокс третмани;
- 10) стоматолошки услуги, освен при отстранување на акутни и итни болки потребни за отстранување на болка поради болест или оштетување на забот, но не и изработка на вештачки заби или навлаки

[3] Осигурувачот нема обврска во случај на дијагностицирање односно лекување заради:

- 1) состојби кои произлегуваат од перинаталниот период;
- 2) анорексија и болимија;
- 3) цревни инфекциски болести, освен за деца до 14 години и зоонози;
- 4) пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и нарушување на вниманието со хиперактивност).

[4] Осигурувањето не ги покрива трошоците за:

- 1) здравствени услуги добиени кај давател кој е член на потесното семејство на осигуреникот, односно живее во исто домаќинство со осигуреникот;
- 2) второ мислење, освен во случаи на малигни заболувања;
- 3) услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување;

- 4) медицински помагала или импланти, освен ако се составен дел на хируршкиот зафат како покритие во периодот на осигурување.
- 5) превоз на служби за спасување, итна медицинска помош, превентивна и здравствена нега;
- 6) дијализа;
- 7) вакцинација;
- 8) генетски испитувања;
- 9) придружба на осигуреникот, патни трошоци, трошоци за сместување и исхрана, како и трошоци за комуникациски услуги.
- 10) превентивни здравствени прегледи, самоиницијативни следења на состојби, испитување, дијагностика и здравствена нега. Осигурувачот има право посебно да договори и одобри превентивни здравствени прегледи.

[5] Осигурувањето не ги покрива трошоците за:

- 1) повторно издавање на лекови со иста активна супстанција заради иста причина на лекување;
- 2) лекови кои се издаваат без рецепт;
- 3) лекови препишани на рецепт со превентивна цел;
- 4) лекови за лекување на еректилна дисфункција, лекови за намалување на прекумерна тежина, лекови за отстранување на андрогена алопеција, како и контрацептива, освен кај хормонално лекување;
- 5) лекови кои се препишани заради диететско, дезинфекциско, негувателско и козметичко дејство;
- 6) биолошки лекови;

[6] Исклучени се обврските на осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло поради 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 во нив учествувал;
- 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) управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;
- 7) екстремни спортови, како и професионално спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување.
- 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.

[7] Обврската за исплата на надомест од осигурување е исклучена во случај 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.

[8] 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.

[9] Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

ТЕРИТОРИЈАЛНА ВАЖНОСТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 25

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

СКЛУЧУВАЊЕ, ТРАЕЊЕ, ОБНОВА И ПРЕСТАНОК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 26

[1] Договорот за осигурување се склучува врз основа на понуда и склучен е кога ќе го потпишат двете договорени 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 здравствената состојба кој е составен дел на понудата. Врз основа на прашалникот за здравствената 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 после раѓање, не е потребно пополнување на прашалник за здравствена состојба.

[4] Ако за склучување на осигурување е **потребен лекарски преглед**, осигуреникот, по барање на осигурувачот, го прави во рок од **четиринаесет (14) дена**. Ако за склучување на осигурувањето 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 договорот 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, триесет (30) дена. Ако осигурувачот во тој рок не ја одбие понудата која не отстапува од условите по 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 оној ден кога осигуреникот ќе се согласи со потпис на тие услови. 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 прием 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.

ВРЕМЕТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 27

[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.

[4] 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.

ОБНОВА НА ОСИГУРУВАЊЕ**член 28**

[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 29**

[1] Договорот за осигурување престанува со завршување на периодот за кој е склучено осигурувањето.

[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 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 член 26 став (1) од овие услови, престанува да важи во 24:00 часот од оној ден кога осигурувањето е раскинато или прекинато.

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

ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ**член 30**

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

1) за осигурувањето во целост е платена доспеаната премија за осигурување согласно одредбите од договорот за осигурување, и

2) осигурувањето е вон периодот на каренца.

[2] Ако новородено дете се осигура во рок од триесет (30) дена после раѓање, осигурителното покритие започнува еден (1) месец после раѓањето.

[3] Ако осигуреникот во осигурителната година веќе ја искористил годишната сума на осигурување, до почетокот на следната осигурителна година ќе нема осигурително покритие.

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

[5] Осигурителното покритие престанува со прекин на осигурувањето.

МИРУВАЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО**член 31**

Мирување на осигурувањето не е можно да се договори.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 32

[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 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 договарачот 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

ПОСЛЕДИЦА ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈАТА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 33

[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 рок 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 заради доцнењето предизвикале законска казнена камата.

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

ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

член 34:

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: dpo@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 35**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 35-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 35-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 35-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 35-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 35-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 35-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 36**

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

[2] 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, и на настанатата штета и 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.

[3] Ако договарачот, односно осигуреникот неистинито пријави или пропушти важна информација, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може во еден (1) месец од денот кога дознал за неистинитата или непотполна 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 после известувањето со изјава да го раскине договорот за осигурување, при што осигурувачот враќа дел од веќе платената премија за осигурување која отпаѓа на времето до истекување на осигурувањето и има право соодветно да го намали надоместокот од осигурување.

[4] Осигурувачот може во случај на измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договарачот или осигуреникот да го раскине договорот за осигурување без отказан рок и да побара поврат на исплатениот надомест од осигурување, заедно со законската казнена камата, настанатата штета и трошоците, при што 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 побарала раскин на договорот за осигурување.

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

[6] Осигурувачот има право лицата со зголемен ризик да ги прими под изменети услови во осигурување, доколку врз основа на пополнетиот прашалник, приложена документација, како и поради некоја претходна или моментална состојба се утврди дека лицето претставува зголемен ризик. Сите измени и исклучувања се наведуваат во полисата за осигурување.

[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 37**

[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 одредени 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 утврдување на настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и правото за надомест од осигурување.

[5] Ако осигуреникот не постапува согласно договорот за осигурување, особено ако правото од осигурување не го остварува на начин и по условите кои се одредени во договорот за осигурување или не се почитуваат упатите 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 осигуреникот при остварување на правата од осигурување ја надмине годишната сума на осигурување, на осигурувачот му го враќа надминатиот износ и трошоците настанати поради неговото постапување.

[7] 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 поради неговото постапување.

ПОПУСТИ ЗА НЕПРИЈАВЕНИ ШТЕТИ**член 38**

[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

2. При Семејно и Колективно осигурување (опфатени повеќе осигуреници), осигурувачот има право да 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 изминатите 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.

ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 39

[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 добиените здравствени услуги, издадени лекови и амбулантна рехабилитација во договорениот износ, како и ќе понуди асистенција при остварување на правото од осигурување.

УСЛОВИ ЗА НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН

член 40

[1] Условите за осигурување на специјалистички медицински третман се составен дел на договорот за осигурување со кој се уредени односите меѓу договарачот, осигуреникот и осигурувачот.

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

ОСТАНАТИ ДОКУМЕНТИ КОН ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 41

[1] Составни делови на договорот за осигурување се, покрај условите за осигурување, исто така понуда, прашалник за здравствената состојба, полиса за осигурување, како и здравствената документација и други пријави, изјави или документи од договорените 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 овие услови, важат посебните услови. Во случај кога клаузулата во полисата за осигурување е спротивна на одредбите од овие услови, односно на посебните услови, важи клаузулата од полисата за осигурување.

ОБЛИК НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 42

- [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.

ИЗМЕНИ ВО ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 43

- [1] За времетраење 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 почеток на новата осигурителна година.
- [2] Осигурувачот, за сите промени го известува договарачот на соодветен начин, барем еден (1) месец пред стапувањето на промената на сила. 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, односно во корист на осигуреникот или ако промената на висината на премијата е поради 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.

ПОВРАТ НА ПРЕМИЈА

Член 44

- [1] Во случај на предвременно 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 45

- [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

ПРОШИРУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ**член 46**

Листата на здравствени услуги на лекување, осигурувачот може да ја прошири и објави на својата интернет-адреса.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ**член 47****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.0203-01/08 од 28.02.2022 и ќе се применуваат од 10.03.2022 година.

Извршен Директор
Суат Инан

Извршен Директор
Славчо Таушанов