



Општи услови за осигурување на специјалистичко вонболничко и болничко лекување

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

член 1: осигурување на специјалистичко вонболничко и болничко лекување

- [1] Осигурување на специјалистичко вонболничко и болничко лекување (во понатамошниот текст: лекување) е доброволно приватно здравствено осигурување кое врз основа на основани воспоставени медицински индикации во случај на новонастанати болести, состојби или повреди ги покрива трошоците на осигуреникот за дадени специјалистички здравствени услуги, дијагностицирање и лекување кај даватели на здравствени услуги, пријавени преку асистентскиот центар на осигурувачот Инфо-здравје, како и трошоците за издавање на лекови во аптека.
- [2] 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 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.
- [3] Договорач на доброволното приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е осигуреникот, родителот или законскиот застапник 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.
- 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 тој Договор. 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.
- [4] Овие услови се темелат врз Законот за здравствено осигурување, Законот за доброволно здравствено осигурување, Законот за облигационите односи, Законот за супервизија на осигурувањето, како и останатите подзаконски акти донесени врз основа на овие закони, и на соодветен начин се применуваат на договорот за осигурување кој што го склучуваат договарачот на осигурувањето и осигурувачот.
- [5] Меѓусебните права и обврски се уредуваат со договорот за осигурување склучен помеѓу Триглав Осигурување АД, Скопје и договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот.

- [6] Општите услови се составен дел на договорот за доброволно приватно здравствено осигурување кој договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот ќе го склучи со Триглав Осигурување АД, Скопје.

член 2: инфо-здравје

- [1] Инфо-здравје е асистентски центар на осигурувачот кој што на договарачот на осигурувањето и осигуреникот им дава информации за осигурувањето и давателите на здравствени услуги, посредува при закажување на термини и врши најава кај давателите на здравствени услуги.
- [2] Контакт со Инфо-здравје® се остварува преку:
- 1) телефон;
 - 2) електронска пошта; и
 - 3) личен контакт.
- [3] Осигурувачот ги објавува контактите од Инфо-здравје® на својата интернет страница.
- [4] Работното време на Инфо-здравје® се објавува на интернет страницата на Триглав Осигурување АД Скопје.

член 3: значење на поимите

- [1] Во Општите услови сите изрази користени во машки род важат и за лица од женски пол и за лица од машки пол.
- [2] Изразите наведени во овие Општи услови го имаат следното значење:
- 1) амбулантна рехабилитација се услуги за амбулантна терапија, одредени во член 9 од Општите 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 утврден од страна на осигурувачот, во кој се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај. Доколку во период во каренца осигуреникот оствари лекување поради новонастаната состојба/болест, осигурувачот нема обврска за надомест за трошоци за конкретното лекување/дијагноза ниту по истек на каренца, освен ако не е поинаку договорено.
 - 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 (приватни здравствени установи, приватни здравствени ординации и сл.) кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство, односно надлежна државна институција во странство 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 полека 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.
- 8) годишна сума на осигурување е максималниот износ на осигурена сума за секое поединечно лице до која осигурувачот дава покритие во период од една (1) осигурителна година. Годишната сума на осигурување се намалува во текот на траењето на осигурувањето за секоја вредност на наплатениот надомест од остварените трошоци за секое осигурено лице по конкретниот ризик.
- 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 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 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; убој од каков било предмет, удар или каснување од животни и убој од инсекти, освен ако со таквиот убој 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 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.
- 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 вонболничко и болничко лекување, амбулантна рехабилитација;
- 14) дете е лице помладо од осумнаесет (18) години;
- 15) 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;
- 16) претходна состојба/минато заболување е болест, состојба или повреда која пред склучување на осигурувањето била дијагностицирана или лекувана и со тоа му била позната на осигуреникот или не можела да остане непозната во моментот на склучување на договорот за осигурување, бидејќи имал здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми;
- 17) вродена мана е состојба или болест која постоела и е откриена при раѓање или било кога подоцна, независно од фактот дали осигуреникот имал сознанија за истата, а согласно медицинската доктрина се утврдува како вродена;
- 18) причина за лекување се секојдневни тешкотии, знаци на болести или симптоми детално опишани во анамнезата на специјалистичкиот извештај поради кои осигуреникот остварува право од осигурување;
- 19) партиципација е дел од трошоците за здравствени услуги и лекови кои при остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, осигуреникот сам ќе ги сноси;
- 20) специјалистичко лекување се специјалистички услуги, одредени во член 7 од Општите услови;
- 21) Општи услови се Општи услови за осигурување на специјалистичко вонболничко и болничко лекување УС-спец/25-07-мк;
- 22) возраст на осигуреникот е разликата помеѓу годината на почеток на осигурување и годината на раѓање на осигуреникот;
- 23) договарач на осигурувањето е лице кое склучува договор за осигурување со осигурувачот;
- 24) премија за осигурување е договорен износ кој договарачот на осигурувањето му го плаќа на осигурувачот;
- 25) 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;
- 26) Осигурувач е Триглав Осигурување АД, Скопје;
- 27) надомест од осигурување е износ за здравствени услуги и лекови кој осигурувачот го исплаќа при настапување на осигурениот случај;
- 28) осигурително покритие е обврска на осигурувачот да ги исполни обврските од договорот за осигурување според договорените услови;
- 29) осигурителна година е период од една (1) година која почнува на денот на почеток на осигурување;
- 30) осигуреник е физичко лице чиј интерес е осигурен со договорот за осигурување;
- 31) франшиза е учество на осигуреникот во штета;
- 32) лек се лекови одредени во член 10 од Општите услови;
- 33) членови на семејство се брачни или вонбрачни партнери и нивните деца со иста адреса на живеење. За семејно осигурување за деца се сметаат и лица со навршени најмногу 26 години старост кои живеат на иста адреса со своите родители;
- 34) лимит е максимален износ кој претставува обврска на осигурувачот по поединечен основан медицински третман во рамките на договореното осигурително покритие за секое осигурено лице во текот на осигурителната година, кој е наведен во полисата, односно договорот за осигурување.
- 35) медицински оправдан третман е здравствена услуга, медицинско-технички помагала, импланти, санитарски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластен лекар и:
 - 1) е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда;
 - 2) е потребен за оздравување, за подобрување на здравствената состојба или за да се спречи 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 професионални стандарди на медицинска пракса во Република Северна Македонија;
 - 6) не е наменет за личен комфор или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги;
 - 7) не е експериментален или во фаза на истражување.

- 36) итен медицински случај е болест или повреда која без непосредна медицинска помош може да го доведе осигуреникот во животна опасност односно до непоправливо и сериозно оштетување на неговото здравје или до смрт. Под итна медицинска помош се подразбира и непосредна медицинска помош (итна хоспитализација) која се дава во текот на првите 12 часа од моментот на приемот на осигуреникот во здравствената установа, а поради состојба која претставува закана за животот.
- 37) овластен лекар е лекар специјалист со диплома за завршена специјализација или субспецијализација од соодветната област од медицината, освен ако овластениот лекар е осигуреник, договараач на осигурувањето или негов брачен другар.
- 38) 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;
- 39) 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.

КОЈ МОЖЕ ДА СЕ ОСИГУРИ

член 4: лица кои може да се осигурат

- [1] Со ова осигурување може да се осигура граѓанин на Република Северна 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 3 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.
- [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.

СОДРЖИНА И ОПСЕГ НА ОСИГУРУВАЊЕ

член 5: содржина на осигурувањето

- [1] Осигурувањето ги покрива трошоците за дијагностицирање, односно лекување на новонастаната болест, кои врз основа на основани медицински индикации, настануваат кај давателот поради дадените здравствени услуги за специјалистичко вонболничко и болничко лекување, бараната дијагностичка постапка, амбулантна рехабилитација и издавањето на лекови во аптека.
- [2] Медицински основана индикација според Општите услови значи дека лекувањето, односно лекот се оправдани, бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина ги препишал

овластен лекар од соодветната област, и се соодветни со оглед на здравствената состојба на осигуреникот.

член 6: здравствени услуги

- [1] Здравствени услуги се стручно доктринирано признати медицински услуги и се изведуваат кај даватели на здравствени услуги во согласност со овие услуги.

член 7: специјалистичко вонболничко лекување

- [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 (односно не преноќил во болницата).
- [2] Специјалистичкото вонболничко лекување опфаќа:
- 1) специјалистички преглед кај избраниот давател на здравствени услуги кај кој осигуреникот е на вонболничко лекување, што подразбира преглед од овластен лекар од специјалистичко консултативна област;
 - 2) хируршки зафати во дневна болница. Под хируршки зафати во дневна болница не се подразбираат хируршки интервенции кои според медицинската доктрина без оглед на времетраењето на самата интервенција се водат како операции;
 - 3) трошоците за домашна посета на овластениот лекар, само во итни медицински случаи по процена на овластениот лекар и основана медицинска индикација;
 - 4) трошоци за дијагностички методи/процедури, лабораториски испитувања, тестови и анализи, по медицински оправдан третман, но исклучиво по препорака на овластениот лекар. Признати се само дијагностички методи/ процедури кои се неопходни за лекување, подобрување односно спречување на влошувањето на здравјето на осигуреникот. Под тоа се подразбира:
 - лабораториски испитувања, сите што се неопходни за поставување на дијагнозата;
 - радиолошки испитувања: UZ, RTG, рентгенографија, рентгеноскопија, CT и MR;
 - ендоскопски процедури;
 - биопсија;
 - ергометрија;
 - спирографија;
 - артрографија, гастроскопија, колоноскопија, миелографија, сцинтиграфија;
 - EEG, PET, EMG, EMNG, EKG, холтер EKG;
 - и други медицински индигирани дијагностички процедури;
 - 5) надомест на трошоци за санитарско возило од приватна здравствена установа, само во итни медицински случаи и под услов превозот да го одредил овластениот лекар, со исклучување на обврската осигурувачот да го организира превозот;
 - 6) трошоци за едноставни амбулантски зафати, како на пример: парентерална апликација на лек, апликација на блокади, пункција, нега на рани, отстранување на туѓо тело, отстранување на помали кожни израстоци, склерозација на вени;
 - 7) трошоци за дневна болница;
 - 8) надомест за психијатриски услуги и услуги поврзани со менталното здравје на осигуреното лице во текот на осигурителното покритие, и тоа во случај на:
 - физичко малтретирање пријавено на надлежен државен орган за кое е покрената соодветна постапка;
 - силување пријавено на надлежен државен орган за кое е покрената соодветна постапка;
 - смрт на близок член од семејството (под близок член на семејство согласно овие услови се смета родител, брачен/

вонбрачен партнер и деца);

- дијагностицирано малигно заболување;

- [3] За користење на услугите на вонболничкото лекување, осигуреникот има право на надомест на трошоци максимално до договорената сума на осигурување и договорените лимити наведени во полисата за осигурување за времетраење на осигурителното покритие.

член 8: специјалистичко болничко лекување

- [1] Специјалистичкото болничко лекување опфаќа медицински третман, односно лекување во приватна здравствена установа регистрирана согласно правниот систем во државата, со цел спроведување на дијагностички постапки и третмани подолго од 24 часа во континуитет, каде осигуреникот има легло и е под постојан надзор од страна на медицински лица.
- [2] Услугите за специјалистичко болничко лекување опфаќаат:
- 1) 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;
 - 2) покривање на трошоците за дијагностички постапки, процедури, лабораториски испитувања, тестови, анализи направени врз основа на медицинска индикација и по препорака на овластениот лекар, кои се неопходни за подобрување на здравствената состојба на осигуреникот, а се вршат за време на престојот во болницата. Дијагностички постапки за кои се покриваат трошоците се:
 - а) лабораториски испитувања, сите што се неопходни за поставување на дијагноза;
 - б) радиолошки испитувања: UZ, RTG, CT, MR, рентгенографија и рентгеноскопија;
 - в) ендоскопски процедури;
 - г) биопсија, ергометрија и спирометрија;
 - д) артрографија, гастроскопија, колоноскопија, миелографија, скинтиграфија;
 - ѓ) EEG, PET, EMG, EMNG, EKG, холтер EKG;
 - е) други медицински индицирани дијагностички постапки.
 - 3) покривање на трошоците за лекови и терапија која осигуреникот ја прима за време на престојот во болница;
 - 4) покривање на трошоците за придружба на родител во случај на болничко лекување на дете до 14 години;
 - 5) Услугите кои не се покриени со болничкото лекување се:
 - а) дневна болница (покриена во лимитот за вонболничко лекување);
 - б) престој во болница поради одвивнување од некоја зависност;
 - в) престој во душевна болница;
 - г) престој во здравствена установа специјализирана за рехабилитација (банско лекување);
 - д) хидроклиника;
 - ѓ) санаториум;
 - е) домови за нега на болни лица;
 - ж) геријатриски установи;
 - з) центри за одмор, слабеење и закрепнување.

- [3] За користење на услугите на болничкото лекување, осигуреникот има право на надомест на трошоци максимално до договорената сума на осигурување и договорените лимити наведени во полисата за осигурување за времетраење на осигурителното покритие.

член 9: физикална терапија и рехабилитација

- [1] Физикална терапија и рехабилитација опфаќа услуги од амбулантна физиотерапија и рехабилитација кои претставуваат специјалистичко лекување и медицински оправдан третман на болести и повреди.
- [2] Физикалната терапија и рехабилитација се изведува на подрачјето на физијатрија и амбулантна рехабилитација.

член 10: лекови

- [1] Осигурувањето ги покрива трошоците за лекови кои при изведувањето на специјалистичкото лекување наведено во членовите 7 и 8 согласно дијагнозата, медицинската доктрина и здравствените инструкции, се потребни за лекување на новонастанатата болест, кои се пропишани на розов рецепт или се содржани на самиот специјалистички извештај, но најмногу до лимитот наведен на полисата за осигурување. Признати се лекови за кои има дозвола за пуштање на лекови во промет согласно законската регулатива и истите да се регистрирани како лек во Централниот регистар на лекови во Република Северна Македонија. Под лекови не се подразбираат витамини, минерали, суплемементи и други додатоци во исхрана, апликатори, козметички препарати, медицинска козметика, ОТЦ препарати и останато кое не е евидентирано како лек во Централниот регистар на лекови во Република Северна Македонија согласно претходно наведеното.
- [2] Лекот треба да биде препишан од лекар специјалист.

член 11: опсег на осигурување

- [1] Осигурувањето има годишна сума на осигурување од 10.000 евра, освен ако поинаку не е договорено, пресметана во денарска противвредност според среден курс на НБРМ која е одредена во полисата за осигурување, и за која важат следните подлимити:
- 1) за специјалистичко болничко лекување дефинирано во член 8 од овие услови подлимитот изнесува 3.000 евра;
 - 2) за амбулантна рехабилитација дефинирана во член 9 од овие услови подлимитот изнесува 300 евра;
 - 3) за лекови дефинирани во член 10 од овие услови подлимитот изнесува 300 евра;
 - 4) за надомест за психијатриски услуги и услуги поврзани со менталното здравје на осигуреното лице дефинирано во точка 7, став 2 од член 7 од овие услови подлимитот изнесува 300 евра;
- [2] Во осигурителната година за лекување од иста причина се покриени трошоците за здравствени услуги кои опфаќаат три (3) специјалистички вонболнички или болнички лекувања, кои се дефинирани во член 7 и 8, од овие услови. За искористени здравствени услуги се смета целокупното лекување (вонболничко или болничко) остварено со цел поставување дијагноза, подобрување односно спречување на влошување на здравјето на осигуреникот.
- [3] Во случај на континуирано осигурување, трошокот настанат во времетраење на тековната осигурителната полиса користи од лимитите на истата, независно од тоа кога е настанат осигурениот случај.

УСЛОВИ И НАЧИН НА ОСТВАРУВАЊЕ ПРАВА ОД ОСИГУРУВАЊЕ

член 12: користење на Инфо-здравје

- [1] Осигуреникот ги остварува правата преку Инфо-здравје.

член 13: основ за остварување права од осигурување

- [1] Осигуреникот го остварува правото од осигурување врз основа на основана медицинска документација која произлегува:
- 1) за специјалистичко вонболничко или болничко лекување од специјалистичкиот извештај (наод) на овластен лекар кој го извршил прегледот. За изведување на дијагностички постапки и анализи е неопходно да претходи специјалистички преглед од овластен лекар кој дал препорака за изведување на истите;
 - 2) за амбулантна рехабилитација од извештајот (наодот) на овластениот лекар;
 - 3) за лекови препишани на розов рецепт или од извештајот (наодот) издаден од овластениот лекар.

член 14: начин на остварување права од осигурување

- [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, а осигурувачот врз основа на барање за поврат на трошоците му ги надоместува трошоците според договореното покритие.
- [3] Отстапување од ставот 2 на овој член може да има за болничкото лекување и хируршкиот зафат во дневна болница доколку претходно бидат најавени и за истите се добие согласност дека трошокот е на товар на Осигурувачот.

член 15: обврски на осигуреникот при изведување на лекувањето

- [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.

член 16: барање за поврат на трошоци за здравствени услуги, лекови и амбулантна рехабилитација (рефундација)

- [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 осигуреникот покрај пријавата за штета мора да приложи:
 - 1) копија од специјалистички извештај од овластен лекар кај давателот на здравствени услуги, и копија од сметка на давателот на здравствените услуги со спецификација на добиените здравствени услуги;
 - 2) копија од розовиот рецепт, копија од извештајот за лекување и копија од сметка од аптеката;
 - 3) копија од извештајот за лекување и копија од сметка со спецификација за изведената амбулантна рехабилитација;
 - 4) по потреба и останата медицинска документација на барање од Осигурувачот.
- [3] Во случај на остварување на правото на поврат на трошоци, осигурувачот го извршува во рок од четиринаесет (14) дена од комплетирање на целокупната документација, 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 таа е договорена во Договорот за осигурување;
 - 2) трошоци за издавање на лекови во аптека, намалени за франшизата на осигуреникот, ако таа е договорена во Договорот за осигурување, односно трошоци за амбулантна рехабилитација, намалени за франшизата на осигуреникот, ако таа е договорена во Договорот за осигурување.

член 17: документација за остварување права од осигурување

- [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.

член 18: одлучување за правото на исплата на надомест од осигурување

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

ОГРАНИЧУВАЊА И ИСКЛУЧОЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 19: каренца

- [1] Каренцата се пресметува од денот назначен како почеток на осигурување на полисата за осигурување и важи два (2) месеца во случај на дијагностицирање, односно лекување на болест или состојба, освен:
 - кај лица со осигурување во континуитет;
 - доколку настапи несреќен случај (незгода), како и кај хируршки интервенции како последица од несреќен случај;
 - кај болести и повреди, кај кои без непосредна медицинска помош може да дојде до животна опасност на осигуреното лице.
- [2] При обнова на осигурувањето доколку каренцата за осигурено лице, не е во потполност завршена за времетраење на претходната полиса, остатокот од периодот се пренесува на новата полиса.
- [3] Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена после раѓањето, каренцата не важи.

член 20: франшиза

- [1] При остварување на правото на надомест од осигурување, осигурувачот во целост ги надоместува трошоците за здравствени услуги, лекови и амбулантска рехабилитација покриени со осигурувањето договорено во договорот за осигурување.
Исклучок постои за трошоците за грип и акутни инфекции на горните дишни патишта каде Осигуреникот задолжително учествува со 30% франшиза.
- [2] Осигурувањето може да се договори со определен процент на име сопствено учество во штета (франшиза).

член 21: ограничување на обврските на осигурувачот

- [1] Кога новонастанатата/ти болест/и медицински ќе се одреди како хронична болест, осигурувачот во врска со тие болести, состојби, покрива трошоци до подлимит од 500 евра во денарска противвредност. Овој подлимит е во годишен агрегат и важи заедно со останатите подлимити за одделни секции од покритието 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.
- [2] Осигурувањето ги покрива трошоците за здравствени услуги и лекови кои настануваат во осигурителната година најмногу до висина на годишната сума на осигурување и одредените подлимити.
- [3] Не е можно пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година.

член 22: исклучување на обврските на осигурувачот

- [1] Осигурувачот нема обврски во врска со:
 - 1) претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето на осигурувачот му биле пријавени и ако осигурувачот ги прифатил. Во секој случај Осигурувачот нема обврска за надомест на трошоци за лекување кои ќе настанат во важноста на осигурувањето, а за кои е дадена препорака од лекар пред почетокот на важноста на осигурувањето;
 - 2) болест, состојба односно повреда која во договорот за осигурување е наведена меѓу исклучените обврски на осигурувачот;
 - 3) 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, полово преносливи болести (HPV, ХИВ, кламидија, сифилис, гонореа, микоплазма, уреаплазма, трихомонас), епилепсија и парализа;
- 4) психијатриски болести, општи физички отежувања, нарушувања во исхраната, како и последици на акутна стресна реакција;
- 5) бременост, неплодност, стерилизација, вештачко оплодување и породување;
- 6) абортус и негови последици - ако е извршен поради психолошки или социјални причини како и трошоците поврзани со медицински испитувања и доиследување за утврдување на причината за настанатиот 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;
- 7) рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астигматизам) и катаракта, освен ако е последица од повреда;
- 8) прекумерно уживање во алкохол, односно други психоактивни материи;
- 9) промена на пол;
- 10) жуљеви, акни, брадавици, папиломатозни формации, задебелени односно сраснати нокти, ботокс третмани;
- 11) стоматолошки услуги, освен поради несреќен случај (незгода) кој се докажува со комплетна медицинска документација;
- 12) состојби кои произлегуваат од перинаталниот период;
- 13) пречки и отстапување во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, трошоци за логопед, низок раст и нарушување на вниманието со хиперактивност);
- 14) здравствени услуги добиени кај давател кој е член на потесното семејство на осигуреникот, односно живее во исто домаќинство со осигуреникот;
- 15) второ мислење, освен во случаи на малигни заболувања;
- 16) услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување;
- 17) анорексија, обезност и булимија;
- 18) медицински помагала или импланти, освен ако се составен дел на хируршкиот зафат во дневна болница;
- 19) превоз на служби за спасување, домашна посета;
- 20) превентивни здравствени прегледи, самоиницијативни следења на состојба, испитување, дијагностика и здравствена нега;
- 21) дијализа;
- 22) задолжителна вакцинација по календар за имунизација и вакцинација поради престој во странство со исклучок на вакцинација поради непосредно настаната незгода (тетанус, беснило итн);
- 23) процес на физички промени во човековиот организам (менопауза, пубертет и остеопороза);
- 24) генетски испитувања;
- 25) радиотерапија, хемотерапија и терапија која е поддршка на радио и хемотерапија за лекување на малигни заболувања;
- 26) придружба на осигуреникот, освен за родител/законски застапник на дете до 14 години во случај на болничко лекување, патни трошоци, трошоци за комуникациски услуги;
- 27) лекови кои се издаваат без рецепт, односно без специјалистички извештај;
- 28) лекови препишани на рецепт со превентивна цел;
- 29) 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;

- 30) лекови кои се препишани заради диететско, дезинфекциско, негувателско и козметичко дејство;
 - 31) лекови за хронични болести;
 - 32) трошоци настанати поради козметички и естетски причини;
 - 33) биолошки лекови;
- [3] 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, револуции, протести, немири и други масовни настани од овој тип, 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 ако до истата не е дојдено по вина на осигуреникот, што осигуреникот сам го 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 опојни и други наркотици во неговиот организам.
- [4] 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.
- [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] Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

член 23: територијална важност на осигурувањето

- [1] Осигурувањето важи на територијата на Република Северна Македонија.
- [2] По исклучок осигурувањето може да важи во странство, односно лекувањето може да се изврши во странство но само во здравствена установа со која Осигурувачот има склучено договор за соработка.

- [3] Осигурувањето нема да важи доколку лекувањето се врши во здравствена установа во странство со која Осигурувачот нема склучено договор за соработка.
- [4] Осигуреникот е должен пред вршење на лекувањето во странство да обезбеди информација од Осигурувачот со кои здравствени установи во странство има склучено договор за соработка, односно во кои здравствени установи може да го врши лекувањето.
- [5] Осигуреникот пред користење на здравствена услуга во странство задолжително е потребно за истото да го извести Осигурувачот. Доколку осигуреникот не ја исполни оваа обврска Осигурувачот има право да го намали надоместот на трошоци за лекување на Осигуреникот, за износ кој одговара на договорениот попуст на Осигурувачот со здравствената установа во странство.

СКЛУЧУВАЊЕ, ТРАЕЊЕ, ОБНОВА И ПРЕСТАНОК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

член 24: склучување на договор за осигурување

- [1] Договорот за осигурување се смета за склучен со потпишување на полисата од двете договорни страни.
- [2] Со потпишување на полисата, осигуреникот 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 договорот за осигурување заедно со документацијата наведена како прилог во прашалникот за здравствена состојба.
Врз основа на прашалникот за здравствената состојба и прилог документацијата, 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 и достава на прилог документација, туку само отпусно писмо од болницата и лични податоци од изводот од матична книга на родените.
- [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.

член 25: предлог за склучување на договор за осигурување под изменети услови

- [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 му достави на договарачот писмено известување дека осигурувањето ќе се склучи под променети услови и за тоа 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) доплата на премијата за осигурување за лице кое претставува зголемен ризик.
- [5] Исклучувањата на одредени покритија за лицето кое претставува зголемен ризик се наведуваат на самата полиса и се наведени на прашалникот за здравствена состојба.
- [6] Условите под кои се осигуруваат лицата со зголемен ризик како и премијата за осигурување ја одредува Секторот за развој, оценка и преземање на ризици.

член 26: времетраење на осигурувањето

- [1] Осигурувањето започнува во 24:00 часот на оној ден чиј датум е запишан на полисата како датум на почеток на осигурувањето и завршува во 24:00 часот на оној ден чиј датум е запишан на полисата како датум на истекување на осигурувањето.
- [2] Осигурувањето се склучува за период од една (1) година.

член 27: обнова на осигурување

- [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. Осигурувачот за обновата на осигурувањето и за промените на осигурувањето при обнова на пригоден начин го известува осигуреникот барем еден (1) месец пред истекот на осигурувањето. 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.

член 28: престанок на договорот за осигурување

- [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 пред истекот на рокот на траењето на договорот за осигурување истиот може да го раскине под услови и на начин предвидени со важечките законски одредби. Раскинувањето на договорот е можно со спогодба и ако за тоа постојат оправдани причини.
- [3] Договорот за осигурување пред истекот на времетраењето може да се раскине од страна на договарачот на осигурување само ако до моментот на раскинување на договорот не е настанат осигурен случај. Во случај на раскинување на договорот, Осигурувачот е должен да го врати делот од премијата што отпаѓа на времето до крајот на периодот на осигурувањето.
- [4] 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 27 став (1) од Општите услови, престанува да важи во 24:00 часот од оној ден кога осигурувањето е раскинато или прекинато.

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

член 29: попусти за немање штети

- [1] Договорачот односно осигуреникот се стекнува со право на попуст во висина од 5% на основната годишна премија наведена во полисата за осигурување доколку во текот на осигурителната година го нема искористено правото за надомест на трошоци за лекување или го искористил најмного во висина до 10% од основната премија за осигурување наведена на полисата.
- [2] Попустот се пресметува за секоја осигурителна година во која договорачот односно осигуреникот нема пријавено штета или го искористил најмного во висина до 10% од основната премија за осигурување наведена во полисата. Попустот се пресметува најмного во времетраење од 3 години континуирано или 15% максимален попуст.

ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ

член 30: осигурително покритие

- [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 не е во периодот на чекање – каренца.
- [2] Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) 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.
- [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.

член 31: мирување на осигурувањето

- [1] Мировање на осигурувањето не е можно да се договори.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 32: премија за осигурување

- [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.

член 33: последица од неплаќање на премијата за осигурување

- [1] Ако премијата за осигурување не е платена до денот на доспеаност, осигурувачот може да го извести договорачот 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] Договорачот 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:
- Назив: Триглав Осигурување АД, Скопје
Седиште: бул. „8-ми Септември“ бр.16, Скопје
e-mail: osig@triglav.mk
Офицер за заштита на личните податоци: oficer.lp@triglav.mk
Дополнителни податоци за офицерот за заштита на личните податоци може да најдете на интернет страницата на Друштвото <https://www.triglav.mk/mk/za-nas/kontakti>.

член 35: Обработка и заштита на личните податоци

- [1] Триглав 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 Триглав Осигурување АД, Скопје, а Триглав Осигурување АД, Скопје во својство на контролор на личните податоци, истите ги користи совесно, законито и согласно целта за која се собрани.

член 36: правен основ за обработката на личните податоци

- [1] Триглав Осигурување АД, Скопје собира, обработува, чува, користи и доставува 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 на Триглав 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 37: цели за обработката на личните податоци

- [1] Личните податоци (телефонски број и електронска адреса – e-mail), Триглав 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 Групацијата Триглав во Република Северна Македонија, 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 Триглав 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 Триглав 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: „бул.8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје“ со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци или преку електронска адреса officer.lp@triglav.mk. Со повлекување на согласноста за обработка на лични податоци Триглав 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 38: рокови на чување на лични податоци

- [1] Личните податоци, Триглав 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 Триглав Осигурување АД, Скопје и истите нема да се обработуваат за други цели.

член 39: 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: officer.lp@triglav.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 член 37, од страна на Триглав 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 40: пренос на личните податоци

- [1] Триглав Осигурување АД, Скопје е дел од Групацијата Триглав. Личните податоци на субјектите на лични податоци се пренесуваат во рамките на Групацијата, односно во матичното друштвото Заваровалница Триглав каде што личните податоци се обработуваат само за цели на чување. 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, во рамките на Групацијата Триглав 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

одобрани 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: „бул.8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје“ со назнака за Офицерот за заштита на лични податоци или преку електронска адреса officer.lp@triglav.mk.

член 41: обработка на лични податоци за цели на директен маркетинг

- [1] Личните податоци за цели на директен маркетинг, Триглав Осигурување АД, Скопје ги обработува само врз основа на експлицитна согласност за обработка на личните податоци за цели на директен маркетинг кои ги врши Триглав Осигурување АД, Скопје или поврзаните друштва од рамките на Групација Триглав во Република Северна Македонија за своите услуги и услугите на поврзаните друштва од рамките на Групација Триглав во Република Северна Македонија.
- [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: officer.lp@triglav.mk, или по пошта до Триглав Осигурување АД, Скопје, бул.„8-ми Септември“ бр.16, 1000 Скопје, со назнака „До Офицерот за заштита на лични податоци“).

ОСТАНАТИ ПРАВА И ОБВРСКИ НА ДОГОВОРНИТЕ СТРАНИ

член 42: останати права и обврски на договорните страни

- [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 поништување на договорот за осигурување, како и поврат на наплатениот надомест од осигурување, заедно со законската казнена камата, и на настанатата штета и трошоците. Притоа, осигурувачот ја задржува наплатената премија за осигурување и има право да бара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарал поништување на договорот.
- [3] Ако договарачот, односно осигуреникот неистинито пријави или пропушти важна информација, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може во рок од 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 бара поништување на договорот за осигурување, заедно со законската казнена камата, настанатата штета и трошоците, при што осигурувачот има право на целата премија 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] 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).

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

член 43: останати права и обврски на договарачот и осигуреникот

- [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.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

член 44: договор за осигурување

- [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.

член 45: општи услови

- [1] Општите услови се составен дел на договорот за Осигурување со кој се уредени односите меѓу договарачот, осигуреникот и осигурувачот.
- [2] Осигурувачот ги објавува Општите услови на својата интернет-страница.

член 46: останати документи кон договорот за осигурување и нивна хиерархија

- [1] Составни делови на договорот за осигурување се, покрај Општите услови, 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 Општите услови, важат посебните услови. Во случај кога клаузулата во полисата за осигурување е спротивна на одредбите од Општите услови, односно на посебните услови, важи клаузулата од полисата за осигурување.

член 47: облик на договорот за осигурување и меѓусебно известување

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

член 48: измени во договорот за осигурување

- [1] За времетраење на договорот за осигурување, осигурувачот го задржува правото да ги измени Општите 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, во законски предвидениот рок пред стапувањето на промената на сила. Ако договарачот не се согласува со промената, има право во предвидениот рок 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.

член 49: проширување на здравствените услуги

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

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

член 50: приговор (вонсудско решавање спорови)

- [1] Страните се согласни дека сите спорови што произлегуваат од овој договор ќе се решаваат по мирен пат.
- [2] Договарачот на осигурувањето и осигуреникот се согласни дека за сите спорни прашања, жалби и несогласувања кои произлегуваат од односот со осигурувачот ќе го известат истиот без одложување. Известувањата во форма на приговор од овој став се доставуваат во писмен облик, од што со сигурност може да се утврди содржината на известувањето и времето на неговото праќање.
- [3] Осигурувачот, примениот приговор од став 2 на овој член ќе го проследи до Комисијата за приговори (жалби). Комисијата за

приговори (жалби) е должна да донесе одлука по приговорот во писмен облик без одложување, но најдоцна во рок од 30 дена од денот на прием на приговорот.

член 51: надлежност во случај на спор

- [1] Во случај на судски спор, стварно и месно надлежен е судот според седиштето на осигурувачот.

член 52: надоместување, залог и отстапување на побарувања

- [1] Осигурувачот може да ја компензира доспеаната премија при исплата на надомест од осигурување и останатите обврски на договаработ и осигуреникот, вклучувајќи ги и оние од претходното осигурување, заедно со законска казнена камата, како и настанатата штета и трошоци.
- [2] Ако договаработ односно осигуреникот прими надомест кој се однесува на надомест на трошоците за здравствени услуги и лекови согласно Општите услови од лице одговорно за штетата, осигурувачот може од надоместокот за осигурување да го задржи износот на таквиот надомест.
- [3] Осигурувачот го задржува правото да бара враќање на наплатениот надомест од осигурување доколку дополнително се утврдат околности поради кои е исклучена обврската на Осигурувачот, а се предвидени со овие Услови.

член 53: надзор над друштвото за осигурување

- [1] Орган надлежен за надзор на друштвото за осигурување е Агенцијата за супервизија на осигурување.
- [2] Во случај осигуреникот да не е задоволен од односот на осигурувачот во текот на траењето на договорот за осигурување, може да достави претставка до Агенцијата за супервизија на осигурување како надлежен орган за надзор над работењето на осигурувачот.

член 54: застарување на барањата

- [1] Побарувањата од договорите за осигурување застаруваат во согласност со одредбите од Законот за облигациони односи.

член 55: изјава за информираност

- [1] Договаработ на осигурувањето/осигуреникот со потписот на договорот за осигурување/полисата изречно потврдуваат дека при склучувањето на Договорот за осигурување, од страна на осигурувачот писмено се известени за сите податоци согласно членовите 49 и 50 од Законот за супервизија во осигурувањето и дека пред склучувањето на осигурувањето им е оставено разумно време за донесување на конечна одлука за склучување на Договорот за осигурување. Согласно ова, договаработ/осигуреникот со потписот на договорот за осигурување/полисата потврдуваат дека се известени и за правото за поднесување на жалба.

член 56: влегување во сила

- [1] Овие Општи услови влегуваат во сила со денот на нивното донесување, а ќе се применуваат од 11.07.2025 година.