Доброволно приватно здравствено осигурување

Информативен документ за осигурителниот продукт

Осигурителна компанија: Триглав Осигурување АД, Скопје
Продукт: Доброволно приватно здравствено осигурување

ПК-спец/25-12

Овој документ претставува краток преглед на информации за осигурителниот продукт и истиот не е прилагоден на вашите индивидуални потреби и барања. Целосните преддоговорни и договорни информации за продуктот се содржани во соодветните услови за осигурување, понудата, полисата за осигурување и други документи кои се доставуваат пред или при склучувањето на договорот за осигурување. Внимателно прочитајте ја целокупната документација за да бидете целосно запознаени со осигурителниот продукт.

Краток опис на продуктот

Со доброволно здравствено осигурување се обезбедува повисок стандард на здравствена заштита и се покриваат трошоците за специјалистички здравствени услуги, дијагностицирање, лекување и хируршки зафати во приватните здравствени институции, како и услугите кои што не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување.

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, физикална терапија и рехабилитација и издавањето на лекови во аптека. Осигурувањето исто така, во целост му ги надоместува трошоците на осигуреникот за извршена операција заради лекување на новонастаната болест, состојба или повреда, а врз основа на медицински оправдан третман, но најмногу до висината на годишната осигурена сума за операции.

Што е опфатено со осигурувањето?

Специјалистичкото вонболничко и болничко лекување опфаќа:

- ✓ Специјалистички преглед кај избраниот давател на здравствени услуги
- ✓ Хируршки зафати во дневна болница
- ✓ Трошоци за домашна посета на овластениот лекар
- ✓ Трошоци за дијагностички методи, лабораториски испитувања, тестови и анализи по медицински оправдан третман
- ✓ Трошоци за санитетско возило од приватна здравствена установа
- ✓ Трошоци за едноставни амбулантски зафати
- ✓ Трошоци за дневна болница
- ✓ Лекови на розев рецепт
- ✓ Физикална терапија и рехабилитација
- ✓ Психијатриски услуги

Како дополнување на продуктот за специјалистичко лекување, операции нуди покритие во делот на хируршки зафати каде се покриени сите хируршки зафати освен во доменот на неврологија, пластична и реконструктивна хирургија, (освен во случаи на последици на несреќен случај), офталмолошки интервенции за подобрување на видот и стоматолошки интервенции (освен во случаи на последици на несреќен случај).

Што не е опфатено со осигурувањето?

- ✗ Осигурувањето не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.
- ✗ Осигурителот нема обврски во врска со претходни состојби и лекувања кои не се медицински индицирани или се последица на лекарска грешка или нивната цел била подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот.
- ✗ Вродени мани и професионални болести.
- ✗ Второ мислење, освен во случаи на малигни заболувања.
- ✗ Бременост, неплодност, стерилизација, вештачко оплодување и породување.
- ✗ Рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астагматизам) и катаракта.
- ✗ Превентивни здравствени прегледи, самоиницијативни следења на состојба, испитување, дијагностика и здравствена нега.
- ✗ Лекови кои се препишани заради диететско, дезинфекциско, негователско и козметичко дејство, лекови за хронични состојби и биолошки лекови.
- ✗ Услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување.
- ✗ Останати исклучувања согласно условите за осигурување.

Дополнителни ризици

- ✓ **Проширено територијално покритие за операции** – осигурениците може да го прошират покритието за вршење на хируршки зафати на територија на Република Словенија и Турција.
- ✓ **Малигни заболувања** – дополнување на покритието за операции каде покритието се проширува со оперативни зафати за малигни заболувања, FMI анализа и тестирање (во соработка со Roche), хемо и радиотерапија, постоперативни помагала и пластична и реконструктивна хирургија како резултат на излекувано малигно заболување, која важи само во случај на постоење на континуирано осигурување кое трае без прекин и тоа најмалку од дијаностицираното малигно заболување се до моментот на извршување на пластична и реконструктивна хирургија.
- ✓ **Тешки болести** – покритие за 17 тешки болести каде ако во текот на важење на осигурителното покритие за прв пат настане осигурен случај за една од наведените тешки болести, осигурителот ја исплаќа однапред утврдената сума на осигурување во вид на еднократен надомест. Осигурената сума е во годишен агрегат и може да биде 5.000 ЕУР или 10.000 ЕУР.

Дали постојат ограничувања?

За користење на услугите на специјалистичко вонболничкото и болничко лекување и операции, осигуреникот има право на надомест на трошоци максимално до договорената сума на осигурување и договорените лимити наведени во полисата за осигурување.

- Годишната сума на осигурување кај специјалистичко лекување е наведена во полисата (до 10.000 EUP), со под лимити за поединечни покритија.
- Годишната сума на осигурување за операции е наведена во полисата (до 10.000 EUP).
- Осигурителното покритие е без франшиза освен за грип и акутни инфекции на горни дишни патишта каде франшизата изнесува 30%.
- За лекување од иста причина се покриени трошоци за здравствени услуги кои опфаќаат три специјалистички вонболнички или болнички лекувања.
- За сите осигуреници важи каренца од 2 месеци, односно ако се плати дополнителна премија за тешки болести во тој случај каренцата е 3 месеци, период во кој што осигурителот нема обврска да надоместува трошоци од осигурувањето, освен трошоците коишто се последица на несреќен случај/незгода, како и трошоците произлезени од итен медицински случај. Каренцата се пресметува од денот назначен како почеток на осигурување на полисата за осигурување и се применува само во првата година од осигурување.

Потребна документација за прием во осигурување

Осигурувањето се склучува со претходна достава на следната документација:

- Уредно пополнет и потпишан прашалник за здравствена состојба на осигуреникот.
- Достава на медицинска документација (историја на пациент) од матичен лекар. Минималниот период кој треба да биде опфатен со историјата за осигуреникот е 5 години.
- Дополнителна медицинска документација по барање на осигурителот.

Каде важи осигурувањето?

✓ Осигурувањето важи за лекувања кои ќе настанат на територијата на Република Северна Македонија, освен ако не платена дополнителна премија за проширување на територијалното покритие за хируршки интервенции во Република Словенија и Турција.

Кои се обврските на осигуреникот?

- Да го извести осигурителот за промена на своето име или адреса на живеење во рок од 15 дена од денот на промената.
- Плаќање на осигурителната премија во договорениот рок и на договорениот начин.
- Да ги исполни сите други обврски утврдени со општите и дополнителните услови за осигурување.
- Осигуреникот е должен да ги почитува упатствата за изведување на операцијата кои претходно му ги доставил осигурителот, односно давателот на здравствени услуги, односно по изведување на операцијата да ја достави здравствената документација на барање на осигурителот согласно со наведените упатства.

Кога и како се врши плаќањето?

Договарачот на осигурувањето ја плаќа премијата при преземање на полисата, освен ако поинаку не е договорено. Премијата може да се плаќа и до 12 рати, а доколку се плати еднократно следува 10% попуст.

Кога започнува и кога престанува да важи осигурувањето?

Осигурувањето започнува во 24:00 часот на денот чиј датум е запишан во полисата како датум на почеток на осигурувањето, а завршува во 24:00 часот на денот чиј датум е запишан во полисата како датум на истекување на осигурувањето. Осигурувањето се склучува за период од една (1) година.

На кој начин може да се прекине осигурувањето?

Договорот за осигурување престанува со завршување на периодот за кој е склучен или со искористување на сумата на осигурување одредена во полисата кој е во годишен агрегат.

Договорот може да се раскине од страна на договарачот на осигурувањето само ако до моментот на раскинување на договорот не е настанат осигурен случај и за раскинот постои оправдана причина. Осигурителот исто така може да го раскине договорот под услови и начини предвидени со важечките законски одредби.