ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЛИЦА ОД ПОСЛЕДИЦИ НА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ (НЕЗГОДА)

ОПШТИ ОДРЕДБИ
Член 1

(1) Овие Општи услови за осигурување на лица од последици на несреќен случај (незгода) (во натамошниот текст: Услови) се составен дел на договорот за осигурување на лица од последици на несреќен случај што договарачот на осигурувањето ќе го склучи со Акционерско друштво за осигурување и реосигурување Македонија, Скопје - Виена Иншуренс Груп (во натамошниот текст: осигурувач). За сите права и обврски на договорните страни, како и на трети лица, што произлегуваат од договорот за осигурување, кои не се регулирани со конкретниот договор и со овие Општи услови, се применуваат одредбите од Законот за облигациони односи.

(2) Овие Општи услови не се применуваат на договорите за осигурување на лица од последици на несреќен случај за кои се предвидени посебни услови.

(3) Со овие Услови се регулираат односите помеѓу договарачот на осигурувањето и осигурувачот по договорените облици на осигурување во случај на:
- смрт како последица на несреќен случај;
- трајна загуба на општата работна способност (инвалидитет);
- преодна неспособност за работа (дневен надомест);
- влошено здравје што бара лекарска помош (трошоци за лекување). Другите договорени случаи се регулирани со посебни и со дополнителни услови.

(4) Одделни изрази во овие Услови значат:

Понудувач - лице што сака да склучи осигурување и за таа цел поднесува писмена или усна понуда до осигурувачот.

Договарач - физичко или правно лице што ќе склучи договор за осигурување со осигурувачот.

Осигуреник - лице од чија смрт, загуба на општата работна способност (инвалидитет), или нарушување на здравјето, зависи исплатата на осигурената сума, односно надоместот.

Корисник - лице на кое му се врши исплата на осигурената сума, односно надомест.

Полиса - исправа за склучениот договор за осигурување.

Осигурена сума - највисок износ до кој осигурувачот има обврска.

Премија - износ што договарачот е должен да му го плаќа на осигурувачот врз основа на договорот за осигурување.

Лист на покритие - привремен доказ за склученото осигурување што ги содржи битните елементи на договорот за осигурување.

СКЛУЧУВАЊЕ ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
Член 2

(1) Договор за осигурување се склучува врз основа на усна или на писмена понуда.

(2) Осигурувачот може претходно да побара писмена понуда од договарачот на посебен образец.

(3) Ако осигурувачот не ја прифати писмената понуда, должен е во рок од осум дена од денот на нејзиниот прием писмено да го извести понудувачот за тоа.

(4) Ако осигурувачот не ја одбил понудата, која не отстапува од условите по кои се врши осигурувањето, осигурувањето ќе се смета за склучено од денот кога понудата пристигнала кај осигурувачот.

(5) Ако осигурувачот ја прифатил понудата само под посебни услови, осигурувањето е склучено од денот кога договарачот се согласил на изменетите услови.

(6) Се смета дека понудувачот се откажал од склучување договор ако на изменетите услови не се согласил во рок од осум дена од денот на приемот на препорачаното известување од осигурувачот.

(7) Договорот за осигурување е склучен кога договарачот и осигурувачот ќе ја потпишат полисата за осигурување или листот на покритието.

ФОРМА НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
Член 3

(1) Договорот за осигурување и сите додатоци на договорот важат само ако се склучени во писмена форма.

(2) Сите побарувања и изјави се благовремени ако се поднесени во рокот предвиден во овие Услови. Како ден на прием се смета денот на предавањето во пошта или денот на испраќањето на електронска порака на официјалната е-маил адреса.

СПОСОБНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
Член 4

(1) По правило може да се осигуруваат лица од 14 до 70 години живот. Лицата помлади од 14 и постари од 70 години може да бидат осигурени по посебни или со дополнителни услови.
(2) Лицата чија општа работна способност е намалена поради некоја потешка болест или потешки телесни недостатоци се осигуруваат со наплата на зголемена премија во смисла на членот 9, став 4 од овие Услови.
(3) Лицата што се потполно лишени од деловна способност во секој случај се исклучени од осигурување, освен ако со закон не е поинаку одредено.

ПОИМ ЗА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ
Член 5

(1) Како несреќен случај во смисла на овие Услови се смета секој ненадеен настан независен од волјата на осигуреникот, кој дејствувајќи однадвор и нагло врз телото на осигуреникот има за последица негова смрт, целосен или делумен инвалидитет, преодна неспособност за работа или нарушување на здравјето што бара лекарска помош.
(2) Во смисла на претходниот став, како примери за несреќен случај се сметаат следните настани: газење, судрување, удар со некаков предмет или на некаков предмет, удар на електрична струја или гром, паѓање, лизнување, уривање, ранување со оружје, со разни други предмети или експлозивни материи, убод со некаков предмет, удар или каснување на животно и убод од инсекти (освен ако со таков убод не е предизвикана некаква инфективна болест).
(3) Како несреќен случај се смета и следното:
1. труење со хемиски средства, освен професионални заболувања;
2. труење со храна што за последица има смрт на осигуреникот;
3. инфекција на повреда предизвикана од несреќен случај;
4. труење поради вдишување гасови или отровна пареа, со исклучок на професионални заболувања;
5. изгореници со оган или електрицитет, со жежок предмет, течност или пареа, киселина, лужини и сл.;
6. давење и утопување;
7. гушење или задушување поради затрупување (со земја, песок и сл.);
8. прснување на мускули, исколчување, прснување на зглобните врски, кршење на здрави коски што ќе настане поради нагли телесни движења или ненадејни напрегнувања предизвикани со непредвиден надворешен настан, доколку тоа непосредно веднаш по повредата е утврдено во болница или во друга здравствена установа;
9. дејствување на светлина, сончеви зраци, температури или лошо време, ако осигуреникот бил изложен непосредно поради еден несреќен случај настанат пред тоа, или се нашол во такви непредвидени околности што никако не можел да ги спречи, или бил изложен заради спасување човечки живот;
10. дејствување на рендгенски или радиумски зраци, ако настанат нагло и ненадејно, со исклучок на професионални заболувања.

(4) **Не се сметаат како несреќен случај во смисла на овие Услови:**
1. сите заразни, професионални и други болести, како и последици од психички влијанија;
2. стомачна кила, кила на папокот, водна и друга кила, освен онаа што ќе настане поради директно оштетување на стомачниот ѕид, под непосредно дејство на надворешна механичка сила на стомачниот ѕид, доколку веднаш по повредата е утврдена трауматична кила, кај која болнички покрај килата е утврдена и повреда на меките делови на стомачниот ѕид во тоа подрачје;
3. инфекции и заболувања што ќе настанат поради разни форми на алергија, сечење или кинење жулеви или други израстоци на цврста кожа;
4. анафилактичен шок, освен ако настапи при лекувањето поради настанат несреќен случај;
5. херниа дисци интервертебралис, сите видови лумбалгии, дископатии, сакралгии, миофасцитис, кокцигодини, ишијалгии, фиброзитис и сите промени на слабинско-крстачната регија означени со аналогни термини;
6. одлепување на мрежницата (ablatio retinae) на претходно болно или дегнеративно променето око, а по исклучок се признава одлепување на мрежницата на претходно здраво око, доколку постојат знаци на директна надворешна повреда на очната јаболчица, утврдени во здравствена установа;
7. последици што настанале кај осигуреникот поради алкохолно лудило (delirium tremens) и дејство на дрога;
8. последици на медицински, особено оперативни зафати што се преземаат за лекување или превентива заради спречување болести;
9. патолошки промени на коските, патолошки епифизиолизи и патолошки скршеници;
10. системни невромускуларни болести и ендокрини болести.

ПОЧЕТОК И ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 6

(1) Осигурувањето започнува во 24.00 часот во оној ден што е означен во полисата како почеток на осигурувањето, ако не е договорено поинаку, и престанува во 24.00 часот во оној ден што во полисата е договорен како ден на истекување на осигурувањето.

(2) Без оглед на договореното траење на осигурувањето, осигурувањето престанува за секој одделен осигуреник во 24.00 часот оној ден кога:
1. ќе настапи смрт на осигуреникот или ќе му биде утврден инвалидитет од 100%;
2. осигуреникот ќе стане деловно неспособен во смисла на членот 4, став 3 од овие Услови;
3. ќе истече годината на осигурувањето во која осигуреникот ќе наполни 70 години живот, доколку поинаку не се договори;
4. ќе измине рокот од членот 11, став 2 на овие Услови, а премијата до тој рок нема да биде платена;
5. ќе биде раскинат договорот за осигурување во смисла на членот 20 од овие Услови.

ПОЧЕТОК И ПРЕСТАНУВАЊЕ НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 7

(1) Обврската на осигурувачот започнува во 24.00 часот во оној ден што е означен во полисата како почеток на осигурувањето, но не пред 24.00 часот оној ден кога е платена првата премија, со исклучок ако во полисата или во дополнителните услови е договорено поинаку.

(2) Обврската на осигурувачот престанува во 24.00 часот во оној ден кога ќе истече рокот на траењето означен во полисата.

ОБЕМ НА ОБВРСКИ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 8

(1) Кога ќе настане несреќен случај во смисла на овие Услови, осигурувачот ги исплатува износите договорени во договорот за осигурување, и тоа:
1. осигурената сума за во случај на смрт, ако поради несреќниот случај настапила смрт на осигуреникот, односно осигурената сума за во случај на инвалидитет, ако поради несреќниот случај настапил целосен 100% инвалидитет на осигуреникот;
2. процентот од осигурената сума за во случај на инвалидитет, кој одговара на процентот на делумниот инвалидитет, ако поради несреќниот случај настапил делумен инвалидитет на осигуреникот;
3. дневниот надомест според членот 15, став 8 од овие Услови, ако осигуреникот поради несреќниот случај бил привремено неспособен за работа, односно за вршење на своето редовно занимање;
4. надоместот на трошоците за лекување според членот 15, ставови 9 и 10 од овие Услови, ако на осигуреникот поради несреќниот случај му била потребна лекарска помош и ако поради тоа имал трошоци за лекување;
5. другите договорени обврски според посебни или дополнителни услови.

(2) Обврската на осигурувачот од претходниот став постои кога несреќниот случај настанал при вршење на онаа дејност што била изречно наведена во полисата.

ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 9

(1) Договарачот на осигурувањето е должен при склучување на договорот да му ги пријави на осигурувачот сите околности што се од значење за оцена на ризикот, а што му се познати или не можеле да му останат непознати.

(2) Ако осигурениот случај настанал пред утврдување на неточноста или нецелосноста на пријавата, или по тоа, но пред раскинување на договорот, односно пред постигнување спогодба за зголемување на премијата, осигурената сума се намалува во сразмер помеѓу стапката на платените премии и стапката на премиите што би требало да се платат според вистинскиот ризик.

(3) Ако не е договорено посебно и ако не е платена соодветна зголемена премија, договорените осигурени суми се намалуваат сразмерно со премијата што требало да се плати во однос на фактички платената премија, кога несреќниот случај ќе настане:
1. при управување и возење со авион и со летала од сите видови, освен во својство на патник во јавниот сообраќај, како и при спортски скокови со падобран;
2. при тренинг и учество на осигуреникот во јавни спортски натпревари во својство на регистриран член на спортска организација;

3. кај лица што претставуваат анормален ризик поради тоа што претрпеле некаква потешка болест, или во моментот на склучување на договорот се потешко болни, или се оптоварени со вродени или здобиени потешки телесни мани или недостатоци.

(4) Како анормален ризик од точка 3 од претходниот став се сметаат лицата што имаат мани, недостатоци или болести поради кои нивната општа работна способност е намалена над 50% според Посебните услови за осигурување на зголемени (анормални) ризици по осигурување на лица од последици на несреќен случај (незгода).

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ
Член 10

(1) Исклучени се сите обврски на осигурувачот ако несреќниот случај настанал:
1. поради земјотрес, доколку поинаку не се договори;
2. поради:
   а). војна, инвазија, дејства на странски непријатели, непријателски или воени операции (без оглед дали војната е објавена или не), граѓанска војна, бунт, револуција, востание, граѓански немири, имајќи го предвид нивниот обем или нивното прераснување во востание, воена или узурпаторска сила;
   б). кој било вид директно или индиректно дејство на тероризам без оглед на која било друга причина или настан што истовремено доведува до штета. Под тероризам, според овие Услови, се подразбира употреба на сила или насилство и/или закана со нив на лице или група лица поврзани со политички, религиозни, идеолошки или етнички цели и причини, вклучувајќи и намера да се влијае врз кои било власти, како и врз јавноста под дејство на страв. Ако осигурувачот смета дека поради исклучоците наведени во точката 2 отштетното барање не е покриено со ова осигурување, товарот за докажување на спротивното го сносува осигуреникот.
3. при управување со летала од сите видови, пловни објекти, моторни и други возила без пропишана службена исправа што дава овластување на возачот за управување и возење со односниот вид и тип воздушно летало, пловен објект, моторно и друго возило. Одредбите од точката 3 од овој став нема да се применуваат во случај кога непоседувањето на пропишаната службена исправа немало влијание на настанувањето на несреќниот случај. Во смисла на овие Услови се смета дека осигуреникот ја поседува пропишаната службена возачка исправа кога заради подготвување и полагање испит за добивање службена исправа вози под непосреден надзор на службено овластен стручен инструктор;
4. поради обид или извршување на самоубиство на осигуреникот од кои било причини;
5. поради тоа што договарачот на осигурувањето или корисникот намерно го предизвикал несреќниот случај, а ако се повеќе корисници, исклучен е само оној корисник што намерно го предизвикал несреќниот случај;
6. при договарање, обид или извршување на смислено кривично дело, како и при бегањето по таквото дејство;
7. поради постоење причинска врска на дејството на наркотични средства, лекарства или алкохолизираната состојба на осигуреникот и настанувањето на несреќниот случај. Се смета дека осигуреникот е во алкохолизирана состојба ако се утврди присуство на алкохол во крвта повеќе од 10,8 мил. мола (0,5‰) кај возач, а кај другите осигуреници повеќе од 21,6 мил. мола (1,00‰).

(2) Договорот за осигурување е ништовен ако во моментот на неговото склучување веќе настанал осигурениот случај, или бил во настанување или било извесно дека ќе настапи, или ако веќе тогаш престанала можноста да настапи, а уплатената премија се враќа на договарачот, намалена за трошоците на осигурувачот.

ПЛАЌАЊЕ ПРЕМИЈА И ПОСЛЕДИЦИ ПОРАДИ НЕПЛАЌАЊЕ ПРЕМИЈА
Член 11

(1) Договарачот е должен да ја плати премијата однапред, ако не е договорено поинаку, одеднаш за секоја година на осигурувањето. Ако е договорено да се плаќаат годишните премии во полугодишни, тримесечни или месечни рати, осигурувачот има право на премија за целата година на траење на осигурувањето. Осигурувачот има право сите ненаплатени премиски рати од тековната година на осигурување да ги наплати при која и да е исплата од основата на соодветното осигурување, освен кај колективните осигурувања, кога договарач на осигурувањето е правно лице.

(2) Ако договарачот на осигурувањето не ја плати стасаната премија до договорениот рок, ниту тоа го направи некое друго заинтересирано лице, договорот за осигурувањето ќе престане по истекувањето на 30 дена од денот кога на договарачот на осигурувањето му е врачено препорачано писмо од осигурувачот со известување за стасаноста на премијата, со тоа што тој рок не може да истече пред да изминат 30 дена од денот на стасаноста на премијата. Во секој случај, договорот за осигурување престанува ако премијата не биде платена во рок од една година од стасаноста.

(3) Ако осигурувањето престанало пред договореното истекување поради исплата на осигурената сума за во случај на смрт или потполн инвалидитет, договорената премија за целата тековна година на осигурувањето му припаѓа на осигурувачот.

(4) Во другите случаи на престанување на договорот за осигурување пред договорениот рок, на осигурувачот му припаѓа премијата само до крајот на денот до кој траело осигурувањето.

ПРОМЕНА НА ЗАНИМАЊЕТО ВО ТЕКОТ НА ТРАЕЊЕТО НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 12

(1) Договарачот, односно осигуреникот е должен да ја пријави промената на занимањето.
(2) Ако промената на занимањето влијае врз големината на опасноста, осигурувачот во случај на зголемена опасност ќе предложи зголемена премија, а во случај на намалена опасност намалување на премијата или зголемување на осигурените суми. Вака определените осигурени суми и премијата важат од денот на настанатата промена на занимањето.
(3) Доколку договарачот на осигурувањето не ја пријави промената на занимањето, ниту ја прифати зголемената, односно намалената премија во рок од 14 дена, а настапи осигурен случај, осигурените суми ќе се намалат или ќе се зголемат во однос помеѓу платената премија и премијата што требало да се плати.

ПРИЈАВА НА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

Член 13

(1) Осигуреникот што е повреден поради несреќен случај е должен:
1. веднаш да се јави на лекар, односно да повика лекар заради преглед и укажување потребна помош и веднаш да ги преземе сите потребни мерки заради лекување, како и да се придржува на лекарските совети и упатства во поглед на начинот на лекувањето;
2. за несреќниот случај писмено да го извести осигурувачот веднаш кога е тоа можно според неговата здравствена состојба;
3. со пријавата на несреќниот случај да му ги достави на осигурувачот сите потребни известувања и податоци, особено за местото и за времето кога настанал несреќниот случај, потполн опис на настанот, име на лекарот што го прегледал или што го лекува, наод на лекарот за видот на телесните повреди, за настанатите и евентуалните последици, како и податоци за телесни мани, недостатоци и болести што осигуреникот евентуално ги имал уште пред настанувањето на несреќниот случај (член 9, став 3, точка 3 од овие Услови).

(2) Ако несреќниот случај имал за последица смрт на осигуреникот, корисникот на осигурувањето е должен за тоа писмено да го извести осигурувачот и да ги прибави потребните документи.
(3) Трошоците за лекарски преглед, извештаи (почетен и заклучен извештај на лекарот, повторен лекарски преглед и наод на специјалист) и другите трошоци што се однесуваат за докажувањето на несреќниот случај и правата од договорот за осигурување паѓаат на товар на подносителот на барањето.
(4) Осигурувачот има право да бара од осигуреникот, договарачот, корисникот или од кое и да е друго правно или физичко лице дополнителни објаснувања, како и на свој трошок да преземе потребни мерки заради лекарски преглед на осигуреникот преку свои лекари, лекарски комисии и здравствени организации за да се утврдат важните околности во врска со пријавениот несреќен случај.

УТВРДУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА КОРИСНИКОТ

Член 14

(1) Ако поради несреќниот случај осигуреникот починал, корисникот е должен да ја поднесе полисата, доказ за уплатената премија и доказ дека смртта настапила како последица на несреќен случај. Корисникот што со договорот за осигурување не е изречно предвиден е должен да поднесе и доказ за своето право на примање на осигурената сума.
(2) Ако несреќниот случај имал за последица инвалидитет на осигуреникот, тој е должен да поднесе: полиса, доказ за околностите за настанување на несреќниот случај и медицинската документација - доказ за другите последици за определување на конечниот процент на трајниот инвалидитет. Медицинската документација задолжително треба да содржи: почетна документација од првиот лекарски преглед по незгодата и сите лекарски извештаи и наоди издадени во текот на лекувањето.
(3) Конечниот процент на инвалидитетот го определува осигурувачот според табелата за определување на процент на траен инвалидитет како последица на несреќен случај (незгода), која е прилог кон Дополнителните услови за соодветна група на осигуреници (во натамошниот текст: табела), а кај индивидуалните осигурувања од незгода според табелата за определување на процент на траен инвалидитет за индивидуално осигурување од незгода. Доколку некое телесно оштетување не е предвидено во табелата, процентот на инвалидитет се определува во согласност со слични оштетувања што се предвидени во табелата. Индивидуалната способност, социјалната положба или занимање (професионална способност) на осигуреникот не се земаат предвид при определувањето на процентот на инвалидитетот.

(4) Кај повеќекратните повреди на одделни краишта, ’рбет или органи, вкупниот инвалидитет врз определено краиште или орган се определува така што за најголемото оштетување се зема процентот предвиден во табелата, од следното најголемо оштетување се зема половина од процентот предвиден во табелата и после по ред, 1/4 и 1/8 итн. Вкупниот процент не може да го надмине процентот што е определен со табелата на инвалидитет за потполно губење на тоа краиште или орган. Последиците од повреда на прстите се собираат без примена на горниот принцип.
(5) Во случаите на загуба на повеќе краишта или органи поради еден несреќен случај, процентите на инвалидитет за секое одделно краиште или орган се собираат.
(6) Ако збирот на процентите на инвалидитетот според табелата поради загуба или оштетување на повеќе краишта или органи, поради еден или повеќе несреќни случаи изнесува над 100%, исплатата не може да биде повисока од осигурената сума што е договорена за во случај на потполн инвалидитет.
(7) Ако осигуреникот имал траен инвалидитет пред настанувањето на несреќниот случај, обврската на осигурувачот се определува за новиот инвалидитет, независно од поранешниот, освен во следните случаи:
1. ако новиот несреќен случај предизвикал зголемување на дотогашниот инвалидитет, обврската на осигурувачот се утврдува според разликата помеѓу вкупниот процент на инвалидитет и поранешниот процент;
2. ако новиот несреќен случај предизвикал загуба или повреда на еден од порано повредените делови или органи, обврската на осигурувачот се утврдува само за зголемениот инвалидитет.
(8) Ако осигуреникот поради несреќен случај е привремено неспособен за работа, должен е за тоа да достави потврда од лекарот што го лекувал. Оваа потврда (извештај) мора да содржи: лекарски наоди со потполна дијагноза, точни податоци кога започнало лекувањето и од кој до кој ден осигуреникот не бил способен да го врши своето редовно занимање.

ИСПЛАТА НА ОСИГУРЕНАТА СУМА
Член 15

(1) Осигурувачот му ја исплатува осигурената сума, односно соодветен дел или договорен надомест на осигуреникот, односно на корисникот, во рок од 14 дена откако обврската на осигурувачот и висината на обврската ќе бидат утврдени.
(2) Осигурувачот е должен да ја исплати договорената осигурена сума, односно надоместот, само ако несреќниот случај настанал за времетраење на осигурувањето.
(3) Процентот на инвалидитет се определува според табелата по завршеното лекување во времето кога кај осигуреникот во однос на претрпените повреди и настанати последици настапила состојбата на стабилизација, т.е. кога според лекарското предвидување не може да се очекува дека ќе се подобри или ќе се влоши состојбата. Ако таа состојба не настапи ниту по истекот на 3 години од денот на настанувањето на несреќниот случај, како конечна се зема состојбата по истекувањето на овој рок и според неа се определува конечниот процент на инвалидитет.
(4) Доколку за утврдување на висината на обврската на осигурувачот е потребно одредено време, осигурувачот е должен по барање на осигуреникот да му го исплати износот што неоспорно одговара на процентот на инвалидитет за кој веќе тогаш врз основа на медицинска документација може да се утврди дека ќе остане трајно. Осигурувачот нема да исплати аконтација ако пред тоа не е утврдена неговата обврска, со оглед на околностите под кои настанал несреќниот случај.
(5) Ако осигуреникот почине пред истекувањето на една година од денот на настанувањето на несреќниот случај од последици на истиот несреќен случај, а конечниот процент на инвалидитет бил веќе утврден, осигурувачот го исплатува износот што е определен за во случај на смрт, односно разликата помеѓу осигурената сума за во случај на смрт и износот што бил исплатен пред тоа на име инвалидитет, доколку таква разлика постои.
(6) Ако конечниот процент на инвалидитет не бил утврден, а осигуреникот почине поради истиот несреќен случај, осигурувачот ја исплатува осигурената сума определана за во случај на смрт, односно само разликата помеѓу таа сума или евентуално веќе исплатениот дел (аконтација), но само тогаш ако осигуреникот починал најдоцна во рок од три години од денот на настанувањето на несреќниот случај.
(7) Ако пред утврдувањето на конечниот процент на инвалидитет во рок од 3 години од настанувањето на несреќниот случај настапи смрт на осигуреникот од која и да е друга причина, освен наведената во претходниот став на овој член, висината на обврската на осигурувачот од основата на инвалидитетот се утврдува врз основа на постојната медицинска документација.
(8) Ако несреќниот случај има за последица привремена неспособност за работа на осигуреникот, а во договорот за осигурување е предвидена за во тој случај исплата на дневен надомест, осигурувачот му го исплатува на осигуреникот овој надомест во договорената висина од денот означен во полисата, а доколку тој ден не е определен, од првиот ден што следува по денот кога е започнато лекувањето кај лекарот или кај здравствената установа, до последниот ден на траењето на работната неспособност, односно до денот на смртта или

утврдувањето на инвалидитетот, но најмногу за 200 дена. Бројот на деновите за кои се исплатува деневен надомест за определен вид повреда се утврдува врз основа на лекарската потврда - извештај од членот 14 став 8 од овие Услови, но најмногу до бројот на деновите определени за тој вид повреди во табелата на дневен надомест, која е прилог кон дополнителните услови за соодветна група осигуреници, освен за индивидуално осигурување од незгода каде се применува табелата за дневен надомест за индивидуално осигурување од незгода. Ако работната неспособност е продолжена од кои било здравствени причини, осигурувачот е должен да исплати дневен надомест само за времетраењето на боледувањето предизвикано исклучиво од несреќниот случај, без разлика дали боледувањето било со полно или со скратено работно време.

(9) Ако несреќниот случај има за последица нарушување на здравјето на осигуреникот што бара лекарска помош, а е договорен и надомест на трошоците за лекување, без разлика на тоа дали има и некакви други последици, осигурувачот му исплатува на осигуреникот надомест на сите фактички и нужни трошоци за лекување (според поднесените докази) сторени најдолго во текот на една година од денот на настанувањето на несреќниот случај, а најмногу до договорениот износ.

(10) Во трошоците за лекување според претходниот став е опфатена и набавката на вештачки краишта и замена на заби, како и набавката на други помагала, ако сето тоа е потребно според оцената на лекар.

(11) Осигурувачот не е должен да ги надомести трошоците за лекување ако осигуреникот има право на бесплатно лекување во здравствена организација, односно тој има обврска само за надомест на оној дел на трошоците за лекување што ги плаќа осигуреникот од лични средства според одредбите од Законот за здравствена заштита.

(12) Доколку настапи смрт на осигуреникот или инвалидитет како подоцнежна последица од настанатиот несреќен случај, осигурувачот му го исплатува на корисникот, односно на осигуреникот, износот на осигурената сума предвиден за таквите случаи без разлика на исплатениот дневен надомест за преодна неспособност за работа и исплатениот надомест на трошоците за лекување.

КОРИСНИЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 16

(1) Корисникот за во случај на смрт на осигуреникот се утврдува во полисата за осигурување.

(2) Ако во полисата или во дополнителните услови не е поинаку или воопшто не е ништо предвидено, како корисници за во случај на смрт на осигуреникот се сметаат:

1. децата и брачниот партнер на осигуреникот на еднакви делови, а доколку децата не се живи, нивните потомци според правото на претставување;
2. ако нема деца ниту нивни потомци, брачниот партнер на едната половина, а родителите на другата;
3. ако нема ни брачен партнер, само родителите;
4. ако ги нема лицата наведени во претходните точки, другите законски наследници врз основа на судска одлука.

(3) За брачен партнер се смета лицето кое живеело во брачна или вонбрачна заедница со осигуреникот во моментот на неговата смрт.

(4) Во случај на инвалидитет, краткотрајна неспособност за работа, како и надомест на трошоците за лекување, корисник е самиот осигуреник, доколку не е договорено поинаку.

(5) Ако корисник на осигурувањето е малолетно лице, исплатата на осигурените суми и на надоместоците ќе се изврши на неговите родители, односно на старателот, а осигурувачот има право да бара од наведените лица за таа цел претходно да поднесат овластување за прием на износот на осигурената сума, односно надоместот.

ПРАВО ЗА ПОДНЕСУВАЊЕ НА ПРИГОВОР

Член 17

(1) Во случај осигурувачот и корисникот на осигурувањето да не се согласат во поглед на видот и обемот на последиците од несреќниот случај, или во поглед на тоа дали и во кој обем повредата на осигуреникот е во причинска врска со несреќниот случај, или во однос на квалификацијата на несреќниот случај како неосигурен случај, корисникот на осигурувањето може да поднесе приговор до осигурувачот.

ПОСТАПКА ПО ПРИГОВОРИ

Член 18

(1) Корисникот поднесува приговор до осигурувачот во писмена форма.

(2) Осигурувачот е должен да го реши приговорот и писмено да го извести подносителот во рок од 30 дена од приемот на приговорот. Корисникот што не е задоволен од решението по приговорот има право да поднесе барање за арбитража, ако спорното прашање може да биде предмет на арбитража.

ПОСТАПКА ЗА АРБИТРАЖА
Член 19

(1) Корисникот што не е задоволен од решавањето на неговото барање или од решението по приговорот поднесува писмено барање за спроведување арбитража на образец на осигурувачот.
(2) Во постапката за арбитража утврдувањето на спорните факти им се доверува на двајца вештаци-лекари, од кои едниот го именува осигурувачот, а другиот корисникот на осигурувањето. Корисникот го именува својот вештак-лекар во барањето за спроведување арбитража. Вештаците-лекари мора да бидат од специјалност соодветна на природата на повредата што е предмет на вештачење. Пред вештачењето, овие двајца вештаци избираат трет вештак, кој ќе даде свое стручно мислење, и тоа само во врска со прашањата што ќе останат спорни меѓу нив и во границите на нивните процени. Постапката за арбитража треба да заврши со конечен наод и мислење најдоцна во рок од 60 дена од поднесување на барањето за спроведување на арбитражата.
(3) Конечниот наод и мислење на вештаците ги обврзува договорните страни, а може да се побива само за пресметковни грешки.
(4) Секоја страна ги плаќа трошоците на вештакот што го именува, а на третиот вештак ги плаќаат двете страни по половина.
(5) До завршувањето на работата на арбитражата, и двете страни се откажуваат од поведување судски спорови по предметот на арбитражата, како и од пресметка на камати по основа на спорните побарувања.

ОТКАЗ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
Член 20

(1) Секоја договорна страна може да го откаже договорот за осигурување со неодредено траење доколку договорот не престанал да има важност по некоја друга основа. Отказ се врши по писмен пат, најдоцна три месеци пред истекувањето на тековната година на осигурувањето.
(2) Ако осигурувањето е склучено на одреден рок на траење подолг од пет години, секоја страна може по изминувањето на петте години, со отказен рок од шест месеци, писмено да и изјави на другата страна дека го раскинува договорот.

ЗАСТАРУВАЊЕ НА ПОБАРУВАЊАТА
Член 21

(1) Побарувањата на осигуреникот или на корисникот на осигурувањето, односно на трето лице од договорот за осигурување од незгода, застаруваат за три години, сметајќи од првиот ден по истекувањето на календарската година во која настанало побарувањето.
(2) Ако заинтересираното лице докаже дека до денот определен во претходниот став не знаело дека настанал осигурениот случај, застарувањето почнува од денот кога дознало за тоа, со тоа што во секој случај побарувањето застарува за пет години од денот определен во претходниот став.
(3) Побарувањата на осигурувачот од договорот за осигурување застаруваат за три години.

КЛАУЗУЛА ЗА РЕСТРИКТИВНИ МЕРКИ
Член 22

(1) Осигурувачот нема да изврши исплата на надомест на отштетно побарување или каков било друг вид надомест, по претходно склучен договор за осигурување врз основа на овие Општи услови за осигурување (или кои било други дополнителни или посебни услови за осигурување што се поврзани со овие Услови), доколку плаќањето на надоместот на отштетното побарување или друг вид надомест го изложи осигурувачот на какви било рестриктивни мерки определени со позитивно правни акти на ООН, САД, ЕУ или Република Северна Македонија.

ПРАВО НА ЖАЛБА
Член 23

(1) Договарачот, осигуреникот или корисникот на осигурувањето може да достават жалба во однос на осигурувачот до Агенцијата за супервизија на осигурувањето, како орган надлежен за супервизија на друштвата за осигурување.

НАДЛЕЖЕН СУД
Член 24

(1) Во случај на спор меѓу договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот и осигурувачот, месно е надлежен Основен граѓански суд Скопје.

Бр. 02-9753/6-1
Датум: 29.12.2020 година

Претседател на Управен одбор
Бошко Андов

Овие Општи услови ги донесе Управниот одбор на Друштвото на 333-тата редовна седница одржана на 29.12.2020 година со одлука бр. 02-9753/6 со примена од 1.1.2021 година..

Лектор: Кристина Велевска