

ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛОВИ ЗА ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА ВОНБОЛНИЧКО И БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Општите услови за доброволно здравствено осигурување (во натамошниот текст: Општи услови) и овие Дополнителни услови за приватно здравствено осигурување за вонболничко и болничко лекување (во натамошниот текст: Дополнителни услови) претставуваат составен дел од договорот за доброволно здравствено осигурување што договарачот на осигурувањето го склучува со Осигурување Македонија а.д. Скопје – Виена Иншуренс Груп (во натамошниот текст: Осигурувач).

Со овие Дополнителни услови, а во согласност со Општите услови, се регулираат спроведувањето на приватното здравствено осигурување, начинот на склучување на договорот за осигурување, основните и дополнителните ризици покриени со осигурувањето, висината на покритието од приватното здравствено осигурување, исклучувањето на обврските на осигурувачот и други услови од значење за спроведување на доброволното здравствено осигурување.

Овие Дополнителни услови ги регулираат правата и обврските меѓу осигурувачот и договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, во зависност од видот на склучениот договор за приватно здравствено осигурување.

Член 2

Со овие Дополнителни услови може да се договори:

- колективно приватно здравствено осигурување, доколку договарачот на осигурувањето е работодавец и склучува осигурување за своите вработени и за членовите на нивните семејства ако дополнително се договори, и
- семејно приватно здравствено осигурување, доколку договарачот на осигурувањето е физичко лице и склучува осигурување за себе и за членовите на своето семејство.

Член 3

Мрежата на здравствени установи (во натамошниот текст: Мрежа) ја сочинуваат здравствени установи, односно приватни здравствени институции или други даватели на здравствени услуги, со кои осигурувачот има склучено договор за обезбедување на овие услуги. Мрежата на здравствени установи е објавена на интернет-страницата на осигурувачот.

Член 4

Итен медицински случај е состојба на акутно настаната повреда или нарушување на здравствената состојба, која бара итна медицинска помош или интервенција.

Итна медицинска помош и интервенција претставува помош или интервенција што е дадена во рок од 24 часа од моментот на појава на симптомите кај осигуреникот, за да се избегне акутно сериозно нарушување на здравјето или ненадејна смрт.

Член 5

Медицинскиот третман на осигуреникот се смета за оправдан доколку:

1. е соодветно дијагностицирана нарушената здравствена состојба, е покриен со полисата за осигурување и дефиниран со овие Дополнителни услови;
2. е превенција за појава на болест, лекување, подобрување на здравствената состојба и/или спречување на компликации за здравјето на осигуреникот;
3. не ги надминува обемот, времетраењето и нивото на заштита што се потребни да се обезбеди неопходното лекување;
4. е даден од лекар лиценциран за дадената состојба на осигуреникот;
5. е во согласност со медицината базирана на докази (МБД) пропишана од Министерството за здравство;
6. е спроведено неопходно стандардно лекување;
7. не е експериментален или во фаза на истражување.

Член 6

Под болница се подразбира здравствена установа што врши стационарна здравствена дејност, како и специјалистичко-консултативна дејност на секундарно и на терцијарно ниво на здравствена заштита.

Под болница од ставот 1 на овој член не се сметаат: здравствени установи за лечење психијатриски пациенти, старечки домови, како и геријатриски установи, здравствени установи за специјализирана рехабилитација, односно здравствени установи што користат природен фактор во лечењето, установи за одвикнување од болести на зависност, центри што обезбедуваат услуги или третмани за долготрајна нега или одмор (слабеење, заздравување), како и утврдено бањско подрачје.

Под дневна болница се подразбира посебна организациска единица во поликлиничката служба на болницата, организирана за изведување дијагностички, терапевтски и рехабилитациски услуги за амбулантни пациенти.

Болнички престој е времето што осигуреникот го поминува во болница од најмалку 24 часа, како и времето поминато во болница помалку од 24 часа во услови на интервенции во дневна болница.

Член 7

Осигурителното покритие важи 24 часа на ден, за време на договореното траење на осигурувањето на територијата на Република Северна Македонија.

СУМА НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 8

Договорената сума на осигурување е изразена во евра и претставува максимален износ до кој осигурувачот е должен да ги надомести трошоците покриени со осигурувањето, а кои настануваат во врска со здравствената услуга што му е пружена на осигуреникот.

Договорената осигурена сума, односно ограничувањата за поединечните осигурителни покритија се наведени во полисата за осигурување.

Сумата на осигурување се намалува во текот на траењето на осигурувањето за секоја вредност на исплатениот надомест на име остварени трошоци за секое осигурено лице за конкретниот ризик.

Намалувањето наведено во претходниот став се остварува така што од расположливата сума на осигурување се одзема исплатениот надоместок (во МКД), претворен во евра според средниот курс на Народна банка на Република Северна Македонија, на денот на пресметката.

Висината на договорената сума на осигурување може да се промени само при обновување на осигурувањето.

ДОГОВАРАЧ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 9

Договарач на осигурувањето може да биде физичко или правно лице што со осигурувачот склучува договор за приватно здравствено осигурување и кое е обврзано да ја плати премијата за осигурување на осигурувачот.

Договарачот на осигурувањето е должен сите осигурени лица по овие Дополнителни услови да ги запознае со нивната содржина.

Договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, е должен при склучување на договорот за осигурување да му ги пријави на осигурувачот сите околности и информации што се од значење за оцена на ризикот и за склучување на договорот, а кои му се познати или не можеле да останат непознати за него.

Доколку договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, при склучување на договорот за осигурување намерно направил неточна пријава или намерно премолчел некоја околност од таква природа што осигурувачот не би го склучил договорот кога би знаел за вистинската состојба, осигурувачот може да побара поништување на договорот.

Во случај на поништување на договорот, осигурувачот ја задржува наплатената премија и има право да бара наплата на ненаплатената, а доспеана премија сè до моментот на поништување на договорот.

Правото на поништување на договорот за осигурување престанува доколку осигурувачот во рок од три месеци од денот на осознавањето за неточноста на пријавата или премолчувањето не го извести договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, дека има цел да го искористи тоа право.

Во текот на траењето на периодот на осигурување, договарачот е должен да доставува информации за сите други промени што влијаат на информациите дадени при склучување на договорот за осигурување или првото вклучување во осигурување за тоа осигурено лице, односно да му ги пријави на осигурувачот сите промени во врска со осигуреното лице,

како што е промена на статусот на лицето во задолжителното здравствено осигурување, промена на адреса, занимање и др. Кај семејното осигурување, осигурувачот бара информации за здравствената состојба на осигуреникот, кои тој ги доставува преку пополнување прашалник. Кај колективното осигурување, осигурувачот го задржува правото да побара од осигуреникот да пополни прашалник за здравствената состојба доколку оцени дека е потребно, врз основа на некои од следните параметри: старост, сума на осигурување, натпросечен ризик и сл., пред да се изврши приемот во осигурување.

Сите известувања, пријави и изјави доставени до осигурувачот треба да бидат доставени во писмена форма.

ОСИГУРЕНИК

Член 10

Осигуреникот е физичко лице што склучило договор за доброволно здравствено осигурување или за кое, врз основа на негова согласност, е склучен договор за доброволно здравствено осигурување со осигурувачот и кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно здравствено осигурување, како и член на семејството на осигуреникот.

Во согласност со овие услови, може да се осигурат лица што во моментот на склучување на договорот за осигурување имаат својство на осигуреници во задолжителното здравствено осигурување во Република Северна Македонија.

Осигуреници според овие услови може да бидат само лицата на кои им е утврдено својство на осигуреници во согласност со прописите од задолжителното здравствено осигурување во Република Северна Македонија.

Со овие услови се осигуруваат лица до наполнети 65 години живот, доколку поинаку не се договори.

За осигурување на членови на семејство потребна е писмена согласност од членот на семејството што се осигурува. Во списокот на осигуреници приложен кон полисата, за членовите на семејство, покрај името, презимето и матичниот број, се запишуваат и бројот на здравствена легитимација и сродството со осигуреникот.

Со престанок на осигурувањето на осигуреникот престанува и осигурувањето на членовите на неговото семејство, без оглед на причината за престанок на осигурувањето.

КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 11

Корисник на осигурувањето е лице на кое осигурувачот му ги надоместува трошоците за здравствените услуги покриени со осигурувањето.

СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 12

Договорот за осигурување се склучува врз основа на писмена понуда што договарачот на осигурувањето ја поднесува до осигурувачот, на образец на осигурувачот.

Составен дел на склучениот договор за осигурување е списокот на осигуреници. Тој мора да биде потпишан и заверен од страна на договарачот на осигурувањето и осигурувачот и приложен кон понудата за осигурување.

Составен дел на договорот за семејното осигурување е прашалникот за здравствената состојба на осигуреникот, а кај колективното осигурување прашалникот се пополнува по барање и оцена на осигурувачот.

КОЛЕКТИВНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 13

Договарачот може да склучи договор за колективно приватно здравствено осигурување за група од најмалку 10 (десет) лица што се во работен однос кај договарачот на осигурувањето или се работно ангажирани по некоја друга основа кај договарачот на осигурувањето.

Кон договорот за колективно приватно здравствено осигурување, во согласност со договарачот на осигурувањето, во осигурителното покритие може да се приклучат и членовите на семејствата на осигурениците.

Периодот на чекање – каренца за колективното приватно здравствено осигурување е два месеца од денот на почеток на осигурувањето. Каренцата не се применува за осигурен случај предизвикан од незгода и при користење на здравствените услуги за превентивна заштита. Каренцата не се применува при обнова на осигурувањето под услов осигуреникот да има континуитет во осигурувањето кај осигурувачот.

СЕМЕЈНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 14

Кај договорот за семејно приватно здравствено осигурување, договарачот на осигурувањето е физичко лице што договара осигурување за себе и за членовите на своето семејство.

Периодот на чекање – каренца за семејното приватно здравствено осигурување е два месеца од денот на почеток на осигурувањето. Каренцата не се применува за осигурен случај предизвикан од незгода и при користење на здравствените услуги за превентивна заштита (систематски преглед). Каренцата не се применува при обнова на осигурувањето под услов осигуреникот да има континуитет во осигурувањето кај осигурувачот.

Член 15

За осигурување на членовите на семејство се применуваат одредбите од овие Дополнителни услови што се однесуваат на семејното приватно здравствено осигурување.

Како членови на семејство, во согласност со овие услови, се сметаат членовите на семејството што живеат на иста адреса: брачен или вонбрачен партнер (согласно Законот за семејството), деца што немаат оформено свое семејство и родители, со одобрение од осигурувачот.

Обемот и периодот на осигурителното покритие за членовите на семејството не може да се разликуваат од обемот и периодот на осигурителното покритие на договарачот на осигурувањето.

ПРАШАЛНИК ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА НА ОСИГУРЕНИКОТ

Член 16

Доколку првпат се склучува договор за семејното приватно здравствено осигурување, осигуреникот е обврзан да пополни прашалник за здравствената состојба на осигуреникот (во натамошниот текст: прашалник), а кај колективното приватно здравствено осигурување по барање и оцена на Осигурувачот.

Осигуреникот не е должен да пополни прашалник при обнова на осигурувањето, односно доколку договарачот на осигурувањето повторно склучи договор за осигурување со исто осигурително покритие за истото лице и за наредната осигурителна година.

Осигуреното лице е должно вистинито да одговори на поставените прашања во образецот на прашалникот и да ја пријави секоја друга околност што му е позната и е од значење за процена на ризикот.

ПРОЦЕНА НА РИЗИКОТ ШТО СЕ ПРЕЗЕМА ВО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 17

Стандарден ризик претставува лице што во моментот на поднесување на прашалникот или склучување на договорот за осигурување нема субјективни физички или психички тешкотии (болести) или тие се незначителен ризик, во согласност со мислењето на осигурувачот.

Зголемен ризик претставува лице што во моментот на поднесување на прашалникот или склучување на договорот за осигурување нема поголеми субјективни физички или психички тешкотии и ги извршува сите животни и работни активности со повремено или редовно лекување, односно лице кај кое постојат една или повеќе претходни болести што се дијагностицирани, а за кои било потребно вонболничко или болничко лекување или терапија пред почетокот на осигурувањето.

Степенот на зголемен ризик го утврдуваат преземачот на ризик и лекарот цензор врз основа на податоците од прашалникот и резултатите од лекарскиот преглед, дефинирани во ставовите 4 и 7 од овој член.

Доколку осигурувачот, врз основа на податоците од прашалникот, утврди дека лицето претставува зголемен ризик за прием во осигурување, може да побара увид во целокупната медицинска документација и историјата на болеста и може да бара извршување на дополнителни лекарски прегледи и анализи за тоа лице, со цел соодветна процена на ризикот.

Доколку во постапката за процена на ризикот се утврди дека наведеното лице претставува зголемен ризик, осигурувачот има право да го прифати тоа лице во осигурување со зголемување на премијата соодветно на зголемениот ризик или со ограничување на осигурителното покритие за одредени болести или состојби или нивно исклучување од покритието.

Доколку договарачот на осигурувањето предложеното зголемување на премијата не го прифати во писмена форма во рок од четиринаесет (14) дена од приемот на предлогот на Осигурувачот за зголемена премија, ќе се смета дека договарачот на осигурувањето се откажал од осигурувањето.

Прашалникот е задолжителен за сите лица осигурени со полисата за семејното приватно здравствено осигурување, а лекарскиот преглед за лица за кои лекарот цензор проценил дека има потреба од дополнителна процена на здравствената состојба.

Трошоците за лекарскиот преглед ги снесува договарачот на осигурувањето.

ПРОМЕНИ ВО ТЕКОТ НА ТРАЕЊЕТО НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 18

Во текот на траењето на осигурувањето, во осигурителното покритие може да се вклучат нови лица или да се исклучат веќе осигурени лица доколку договарачот на осигурувањето поднесе писмено барање до осигурувачот за вклучување на лицата во осигурување, т.е. исклучување на лицата од осигурување.

За сите нововклучени лица се применува период на каренца (чекање) од 2 месеца, сметајќи од денот на почеток на осигурувањето, односно од нивното вклучување во осигурувањето.

За лицата што се вклучени/исклучени во текот на траењето на осигурувањето на осигурувачот му припаѓа премијата за осигурување за периодот на осигурителното покритие за лицето што е вклучено/исклучено од осигурувањето. На осигурувачот му припаѓа целиот износ на вкупната премија доколку има исплатено штета за лицето во текот на траењето на осигурувањето.

Договарачот на осигурувањето е должен при вклучување ново лице во осигурување да му ги пријави на осигурувачот сите околности и податоци за новиот осигуреник, кои се од значење за оцена на ризикот, а кои му се познати или не можеле да останат непознати за него.

Договарачот на осигурувањето е обврзан да му го врати на осигурувачот документот за приватно здравствено осигурување за лицето чие осигурување престанало.

ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ

Член 19

Осигурен случај претставува иден, неизвесен настан независен од волјата на осигуреникот, кога кај осигуреникот поради болест или повреда ќе дојде до нарушување на здравјето и врз него (осигуреникот) е извршен медицински оправдан третман, кој е предмет на договорот за осигурување и чии трошоци е потребно да се исплатат кон здравствената установа, приватната здравствена институција, друг давател на здравствени услуги или кон осигуреникот.

Нарушувањето на здравјето во смисла на став 1 од овој член мора да биде утврдено од лиценциран лекар како ненадејна и неочекувана болест или повреда што првпат настанала во текот на траењето на договорот за доброволно здравствено осигурување. По исклучок, осигурително покритие се дава и доколку нарушување на здравјето настанало од претходна нарушена здравствена состојба на осигуреникот, а која (претходна нарушена здравствена состојба) е наведена во прашалникот при склучување на договорот за осигурување и ако покритието на тој здравствен ризик е прифатено од Осигурувачот со посебно договарање на полисата.

Под претходна нарушена здравствена состојба се смета секоја здравствена состојба што е последица на која било претходна дијагностицирана болест или за која биле потребни болничко лекување, лекување или лекови пред почетокот на осигурувањето, а за кои осигуреникот знаел во моментот на склучување на договорот за осигурување.

За претходна нарушена здравствена состојба особено се смета хронична болест, односно повреда, болест или состојба, за кои може да се очекува дека ќе траат подолг временски период без да може разумно да се предвиди датумот на престанок и кои може да се карактеризираат со ремисии што бараат постојана или периодична нега во зависност од потребата.

Трошоците настанати за извршен оправдан медицински третман што е предмет на договорот за осигурување мора да се однесуваат на болест, состојба или повреда што е акутна или новонастаната и која настапила по склучување на договорот за осигурување, или постоела и претходно, 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.

Осигурениот случај започнува со почетокот на медицинскиот третман, односно лекувањето, а завршува во моментот кога, од медицинска гледна точка, веќе не постои потреба од лекување затоа што е постигнато излекување или стабилност на здравствената состојба и неговото понатамошно подобрување или влошување не е извесно.

Осигурениот случај секако завршува со истекот на договорот за осигурување во согласност со Општите услови.

ОБЕМ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 20

Осигурувачот е обврзан да му ги надомести трошоците на корисникот на осигурувањето, максимум до договорената сума на осигурување, во врска со медицински оправданиот третман извршен над осигуреникот, кои настанале во текот на траењето на договорот за осигурување.

Обврската на осигурувачот за лице што, откако е исклучено од осигурувањето, повторно е вклучено во осигурувањето во рамките на истиот договор за осигурување, кај истиот договарач на осигурување, е еднаква на преостанатата сума на осигурување, која претставува разлика меѓу договорената осигурена сума и дотогаш вкупно исплатениот надомест од осигурувањето, на име на искористени пружени медицински третмани.

ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 21

Ако во полисата не е договорено поинаку, осигурувањето започнува во 24:00 часот во оној ден што во полисата е означен како почеток на осигурувањето и престанува во 24:00 часот во оној ден што во полисата е наведен како ден на истекување на осигурувањето.

За новопријавените лица во групата, осигурителното покритие стапува во сила на 24:00 часот на денот што следува по денот на доставување на известување до осигурувачот, заедно со пополнета и потпишана понуда со изјава за здравствената состојба, доколку не биде договорено поинаку.

За осигуреници одјавени од осигурувањето во текот на траењето на договорот за осигурување, осигурителното покритие престанува по истекот на дваесет и четвртиот час од денот кога осигурувачот добил писмена одјава од договарачот на осигурувањето, односно потоа, доколку тоа во одјавата е експлицитно наведено.

Без оглед на договореното траење на осигурувањето, осигурувањето престанува за секој одделен осигуреник во 24:00 часот оној ден кога:

1. ќе истече годината на осигурувањето во која осигуреникот ќе наполни 65 години живот, доколку не е договорено поинаку;
2. осигурувачот ќе ја исплати договорената осигурена сума за осигурување за основите и посебните ризици;
3. ќе му престане работниот однос кај договарачот на осигурувањето;
4. осигуреникот ќе го изгуби својството на осигуреник или осигурено лице во системот за задолжително здравствено осигурување. Исклучок се осигурениците што го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжително здравствено осигурување, но не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.

ОСНОВНИ РИЗИЦИ ПОКРИЕНИ СО ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 22

Основни ризици покриени со осигурувањето се:

1. ВОНБОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Вонболничкото лекување опфаќа специјалистички и супспецијалистички амбулантни услуги потребни за дијагноза и за лекување на новонастанати болести, состојби или повреди.

Вонболничкото лекување опфаќа:

- 1.1. **Специјалистички/супспецијалистички прегледи и/или дијагноза** – прегледи кај специјалист/супспецијалист, лабораториски, рендгенски и други дијагностички анализи индицирани од лиценциран лекар специјалист/супспецијалист, како и препишана терапија.
- 1.2. **Трошоци за домашно лекување/дијагностика** – само во итни случаи, односно во случаи кога здравствената состојба на осигуреникот е таква што осигуреното лице не е во состојба да изврши преглед во просториите на здравствената установа
- 1.3. **Здравствени услуги по индикација од лиценциран лекар од соодветна специјалност/супспецијалност поврзани со менталното здравје и психијатриски услуги при интервенција во кризни ситуации, и тоа како преглед од психијатар во случај на:**

- физичко малтретирање;
 - силување;
 - смрт на член на семејството;
 - малигнитет кај осигуреникот;
 - во случај на ампутација или одземеност на делови од телото како последица од болести или повреда, несреќа.
- 1.4. Итни стоматолошки интервенции настанати како последица на несреќен случај** (од трауматско потекло), со задолжително пријавување кај осигурувачот во рок од 48 часа од извршената интервенција.
- 1.5. Неопходен санитарен превоз** – опфаќа превоз со санитарно возило поради болест или повреда до најблиската здравствена установа, кој е оправдан и медицински неопходен и транспортот го наложил лиценциран лекар.
- За санитарен превоз што не е итен, но е оправдан и медицински неопходен, се смета во случај кога транспортот со кое било друго превозно средство може да ги загрози животот и здравјето на осигуреникот.

2. БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Лекување за кое е потребен престој во болница, е оправдано и медицински неопходно доколку потребната здравствена заштита (дијагноза, лекување или рехабилитација) или нејзин дел може да се пружи исклучиво во болнички услови, односно ако таа не може да се обезбеди со амбулантно или домашно лекување.

Осигурувачот мора да биде известен за болничкото лекување, со поднесување на барање за предавторизација во согласност со член 29, пред приемот во болницата, а во итни случаи веднаш штом е изводливо по приемот во болница.

Трошоците за болничко лекување се надоместуваат максимум до висината на договореното осигурително покритие по осигурено лице во текот на осигурителната година за:

- 2.1. Сместување во стандардни болнички соби и медицински дозволена исхрана;
- 2.2. Лекарски преглед изведен од лекар лиценциран за дадената состојба на осигуреникот, во согласност со медицинската индикација, како и испитувања и анализи во тек на болничкото лекување, индицирани од лиценциран лекар специјалист/супспецијалист;
- 2.3. Хируршки интервенции/други процедури;
- 2.4. Терапија во текот на болничкото лекување (медикаментозна, рехабилитациона, инфузиона, инјекциска, физикална итн.) и дневна болница;
- 2.5. Трошоци за придружба на родител во случај на болничко лекување на дете до 14 години.

3. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА НА ТРУДНИЦИ

3.1. Здравствената заштита на трудници подразбира трошоци за здравствена заштита за трудници, породување и постнатално лекување, и тоа:

1. основни гинеколошки и ултразвучни прегледи во текот на бременоста;
2. еден напреднат ултразвучен преглед, а доколку бременоста е високоризична, осигурувачот ќе направи процена за медицинска неопходност од дополнителни ултразвучни прегледи;
3. една биохемиска пренатална дијагноза;
4. пренаталната терапија е покриена доколку ја препишал лиценциран лекар од соодветна специјалност/супспецијалност;
5. породување по природен пат;
6. породување само со медицински индициран царски рез.

За овој ризик, периодот на чекање – каренца е 4 (четири) месеци.

Обврската на осигурувачот дефинирана во точка 3.1. е исклучена за бременост што започнала пред почетокот на осигурителното покритие за тоа осигурено лице.

Се смета дека бременоста настанала пред почетокот на осигурувањето доколку гинекологот на осигуреникот утврди дека терминот за породување е пред истекот на рокот од девет месеци, сметајќи од денот на почеток на осигурителното покритие за тоа осигурено лице.

ДОПОЛНИТЕЛНИ РИЗИЦИ ПОКРИЕНИ СО ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 23

Доколку се плати дополнителна премија, може да се договори и дополнително осигурително покритие за трошоците за здравствени услуги и лекови, максимално до износот на договорената осигурена сума и лимитот дефинирани со Договорот за осигурување.

Доколку со една полиса се осигурени повеќе лица, дополнителното осигурително покритие може да се договори само под услов со дополнителното осигурително покритие да се опфатени сите осигурени лица.

Дополнителни ризици покриени со осигурувањето се:

1) Трошоци за набавка на лекови на рецепт- лекови препишани од лиценциран лекар специјалист/супспецијалист или содржани во медицинскиот извештај, во согласност со медицинската индикација. Под лекови не се признаваат витамини, минерали, суплементи и други додатоци во исхрана, козметички препарати, медицинска козметика и останати производи кои не се регистрирани како лек во Централниот регистар на лекови во Република Северна Македонија.

Задолжителното учество на осигуреникот во сите остварени трошоци за набавка на лекови на рецепт изнесува 10%.

2) Физикална терапија и медицинска рехабилитација – постапки на физикална терапија ординирани од страна на физијатар, во согласност со медицинската индикација.

Трошоците за физикална терапија направени во домашни услови се надоместуваат само во случај ако осигуреното лице е неподвижно.

3) Офталмолошки здравствени услуги

Осигуреното лице во текот на траењето на осигурувањето има право на надомест на следните трошоци за офталмолошки услуги: специјалистички преглед кај офталмолог, набавка на едни рамки за очила или набавка на еден пар од само еден вид на стакла за очила: унифокални стакла, бифокални стакла, трифокални стакла, контактни леќи.

Без оглед на ограничувањата на осигурителните покритија дефинирани со овој член, на сите трошоци на дополнителните осигурувања се применуваат исклучоците дефинирани со членовите 24, 25 и 26 од овие Дополнителни услови.

4) Систематски преглед - доколку е предвидено со полисата за осигурување, вклучен е еден систематски преглед по осигурено лице, во текот на траењето на осигурувањето, согласно законските пакети за основен или проширен систематски преглед. Овој дополнителен ризик може да се договори само за вработени кај договарачот на осигурувањето.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 24

Во согласност со овие Дополнителни услови, осигурувачот нема обврска да ги надомести направените трошоците настанати како последица на:

1. намерна, крајна небрежност на осигуреникот;
2. природни катастрофи или елементарни непогоди (земјотреси, вулкански ерупции и сл.);
3. воени настани или вооружени акции;
4. настани што директно се припишуваат на војна, инвазија, вооружени конфликти, граѓанска војна, востание, тероризам, бунт или револуција;
5. епидемија, пандемија, радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија;
6. обид или извршување на самоубиство или душевна болест (непресметливост) на осигуреникот од која било причина;
7. фактот дека договарачот на осигурувањето, осигуреникот или корисникот намерно го предизвикале осигурениот случај;
8. за повреди што настанале како последица на консумирање алкохол и други психотропни супстанции (присуство на алкохол во крвта повеќе од 0,5 ‰) или зависности (алкохол, дрога, лекови итн.) кај осигуреникот;
9. управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;
10. злонамерни или измамнички постапки на осигуреникот или последици од нив / давање невистинити податоци, премолчување, измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договарачот, односно осигуреникот;
11. подготвување, обид или извршување на кривично дело со умисла, како и при бегство по таква акција;

12. учество во екстремни спортови, без оглед дали е самостојно или организирано: сите спортови со моторни возила, брзински трки од кој било вид, вклучително и планински велосипедизам, качување по карпи, алпинизам, одење во пештери, нуркање, летање со едрилици, параглајдери и змејови, падобранство, веслање на брзи води, банџи-скокање, боречки вештини, акробатско скијање, ски-алпинизам, ски-борд без користење на каџига и слични спортови.

Член 25

Обврската на осигурувачот е исклучена кога трошоците се настанати како последица на или се во врска со:

1. медицински третман или лекување што започнало пред почетокот на осигурувањето или во периодот на каренца;
2. претходна влошена здравствена состојба, освен ако при склучување на осигурувањето на осигурувачот му била пријавена и ако осигурувачот ја прифатил;
3. репродуктивен третман, и тоа:
 - за спречување на зачнување кај мажи и жени (контрацепција и нејзините последици);
 - васектомија и стерилизација;
 - сексуална дисфункција;
 - прекинување на бременост на лично барање на осигуреникот и неговите последици;
 - неплодност и каква било форма на вештачко оплодување;
 - сите трошоци за криопрезервација и имплантација или реимплантација на живи клетки.
4. хируршки зафати на лично барање на осигуреникот, кои не се медицински оправдани и индицирани, како и корективни помагала, и тоа:
 - естетски третман, без разлика дали е од психолошки причини или не;
 - стоматолошки естетски третман;
 - ласерски третман за корекција на видот;
 - отстранување на бенки по лична желба;
 - хируршки зафат за промена на полот.
5. Набавка на очила за сонце и слушни апарати;
6. Набавка на ортопедски помагала – ортози, еластични чорапи, ортопедски чевли или други помагала за потпора на стапалата, ортопедски влошки, сите помагала што произлегуваат од дијагноза на слаби, пренапегнати, нестабилни или рамни стапала или спуштени табани; или тарсалгија, метатарсалгија; или во врска со повреди на стапалата (жуљеви и хиперкератоза, нокти на стапалата или глуждови);
7. набавка на протези за локомоторен апарат и нивно вградување, освен ако е последица од незгода;
8. третман или програма за намалување на телесната тежина;
9. извршени здравствени услуги што не се индицирани од страна на лиценцирани лекари од соодветна специјалност/супспецијалност или не се наменети за лекување на осигуреното лице;
10. експериментален, медицински третман, кој подразбира третман што не е научно или медицински признат;
11. набавка на предмети за лична нега за време на престојот во болница;
12. набавка на протетски и корективни помагала што не се медицински задолжителни;
13. третман за малоклузивно или темпоромандибуларно заболување на зглобовите (TMJD);
14. часови за трудници, односно подготовки за породување;
15. лечење на миопија или презбиопија; вклучително и хируршки зафат за радикална кератотомија;
16. обука во врска со исхраната, нутриционистички совети;
17. третмани во солена соба;
18. акупунктура и акупресура;
19. лекувања што се последица на лекарска грешка;
20. здравствени услуги добиени кај давател што е член на потесното семејство на осигуреникот, односно живее во исто домаќинство со осигуреникот;
21. второ мислење, освен во случаи на малигни заболувања и индикации за планирани хируршки интервенции;
22. вакцинација;
23. генетски испитувања;
24. придружба на осигуреникот, освен за родител/законски застапник на дете до 14 години во случај на болничко лекување или ако осигуреникот е акутно неподвижен;
25. патни трошоци, трошоци за комуникациски услуги;

26. 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;
27. лекови што се препишани поради диететско или козметичко дејство и биолошки лекови;
28. трошоците за правно, односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај;
29. палијативно лекување, лекување во болница за нега, домашно лекување.

Член 26

Во согласност со овие Дополнителни услови, осигурувачот не е обврзан да изврши надомест на настанатите трошоци за лекување на следниве болести:

1. хроничен дијабетес со компликации;
2. Алцхајмерова болест, Паркинсонова болест, пресенилна деменција;
3. аневризма на системската циркулација, освен новооткриена аневризма на крвните садови со или без дисекција;
4. коронарна артериска болест;
5. состојба по кардиоваскуларен и цереброваскуларен удар (инфаркт) со последици;
6. цироза на црниот дроб;
7. тумор на мозокот со неурални испади;
8. хронична бубрежна инсуфициенција од умерен и тежок степен;
9. малигни болести на сите органи;
10. мултиплекс склероза;
11. заболување на моторните неврони;
12. парализа/параплегија од кое било потекло;
13. хронично заболување на белите дробови од умерен и тежок степен;
14. мускулна дистрофија;
15. ревматски артритис;
16. душевни нарушувања;
17. епилепсија;
18. AIDS, комплексен синдром во врска со сида (ARCS) и сите болести предизвикани од вирусот ХИВ, и/или во врска со тоа;
19. трансплантација на органи и нејзини компликации;
20. хепатит Б и Ц;
21. бенигна хипертрофија на простатата;
22. миомектомија, ендометриоза,
23. замена на зглобови, освен ако не е последица од незгода;
24. крајници, аденоиди и синуси, освен акутно влошување што бара интервентен третман;
25. чир на желудник и на дванаесетпалечно црево, освен акутно влошување што бара интервентен третман;
26. хемофилија со компликации;
27. кронова болест и улцерозен колитис;
28. вродени мани и професионални болести, освен дијагностика на новооткриени состојби;
29. полово преносливи болести;
30. пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и нарушување на вниманието со хиперактивност);
31. радиотерапија и хемотерапија за лекување на малигни заболувања.

ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА ПО ОСНОВА НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 27

Правото на надомест на трошоците за медицински третман на осигуреното лице може да се оствари во рамките на Мрежата.

Доколку осигуреникот користи услуги на здравствените установи надвор од Мрежата, трошоците за медицинските третмани ги плаќа сам, а барањето за рефундација го доставува до осигурувачот.

Надоместокот на трошоците за дадените здравствени услуги, во согласност со овие Дополнителни услови, врз основа на договорот за осигурување што важел во времето на настанување на осигурениот случај, осигурувачот го исплаќа на осигуреникот или на установата од Мрежата или на лицето што ќе докаже дека ги платило трошоците за медицинскиот третман доколку лекувањето е завршено со смртен исход, во рок од 14 (четиринаесет) дена од денот кога осигурувачот ја примил комплетираната документација.

Член 28

По настанувањето на осигурениот случај, осигуреникот е должен да се јави во контакт-центарот на осигурувачот и да одговори на поставените прашања од страна на лицата од контакт-центарот, кои се поврзани со неговата моментална здравствена состојба, а заради реализација на договорот за осигурување.

Контакт-центарот на осигурувачот, во однос на претходниот став, претставува телефонска служба на осигурувачот, која го насочува осигуреникот кон здравствена установа, преку која се закажуваат датумот, времето и видот на здравствените услуги.

Член 29

Предавторизација на медицинскиот третман подразбира процедура на одобрување на трошоците за здравствени услуги пред нивното извршување, освен во случај на итна медицинска интервенција наведена во член 4 од овие Дополнителни услови.

Барањето за предавторизација на образец на осигурувачот, осигуреното лице, односно здравствената установа е должна да го поднесе до осигурувачот најмалку 14 дена порано во следните случаи:

1. болничко лекување што не е итно;
2. хируршки интервенции што не се итни;
3. за сите медицински третмани над 300 евра.

Член 30

По настанување на осигурениот случај, осигуреникот е должен да:

1. поднесе до осигурувачот барање за рефундација на трошоците, односно барање за надомест од осигурувањето (во натамошниот текст: Барање);
2. во барањето да ги наведе сите релевантни податоци потребни за утврдување на важни околности во врска со осигурениот случај;
3. со барањето да приложи комплетна медицинска и друга документација (вклучително и сметки, потврди и сл.) во оригинал, од која неоспорно може да се утврдат релевантни факти;
4. на барање на осигурувачот да достави и други неопходни податоци и докази за утврдување на наведеното во барањето за надомест.

Прибавувањето на потребната документација е исклучиво трошок на осигуреникот, односно корисникот на осигурувањето.

РАСКИНУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 31

Доколку договарачот на осигурување направил неточна пријава или пропуштил да даде должно објаснување, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може, по свој избор, во рок од еден месец од сознанието за неточност или непотполност на пријавата да изјави дека го раскинува договорот или да предложи зголемување на премијата сразмерно на поголемиот ризик.

Во тој случај, договорот за осигурување престанува по истекот на четиринаесет дена од денот кога осигурувачот својата изјава за раскинување на договорот ја соопштил на договарачот на осигурувањето, а во случај ако осигурувачот предложи зголемување на премијата, раскинувањето на договорот настапува во согласност со законот доколку договарачот на осигурувањето не го прифати предлогот во рок од четиринаесет дена од приемот.

Во случај на раскинување на договорот, осигурувачот е должен да го врати делот од премијата што се однесува на времето до крајот на периодот на осигурување, доколку нема исплатено штета по полисата за осигурување.

ПРАВО НА ЖАЛБА

Член 32

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

НАДЛЕЖНОСТ ВО СЛУЧАЈ НА СПОР

Член 33

Договорните страни ќе ги решаваат сите спорни прашања спогодбено, а ако тоа не го постигнат, договараат надлежност на Основниот граѓански суд Скопје, Скопје.

Бр. 02-7521/4

Датум: 07.11.2022 година

Претседател на Управен одбор
Бошко Андов

Овие Дополнителни услови за приватно здравствено осигурување за вонболничко и болничко лекување ги донесе Управниот одбор на Друштвото, на 272-та редовна седница, одржана на 05.12.2019 година, со одлука бр. 02-9546/2, со примена од 01.01.2020 година. и измените и дополнувањата донесени на 468-та редовна седница одржана на 07.11.2022 година со одлука бр.02-7521/4 со примена од 15.11.2022 година

Лектор Кристина Дукоска