

УСЛОВИ ЗА ПАТНИЧКО ОСИГУРУВАЊЕ СО АСИСТЕНЦИЈА ЗА ПАТНИЦИ ВО СТРАНСТВО

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

Овие Услови за патничко осигурување со асистенција за патници во странство (во понатамошниот текст: Услови) се составен дел на договорот за патничко осигурување со асистенција за патници во странство, кој договарачот на осигурувањето ќе го склучи со Македонија осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп (во понатамошниот текст: осигурувач).

ДЕФИНИЦИИ

Осигурувач – Македонија осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп, што со договор за осигурување се обврзува да ги надомести трошоците за лекување, односно да обезбеди услуги со асистенција на осигуреникот, кога ќе се оствари осигурен случај.

Центар за помош (call center) на осигурувачот – ги бележи, односно врши систематизација на повици со давање насоки за постапување во случај на незгода.

Асистенција – збир од активности што осигурувачот и асистентската компанија (во натамошниот текст: компанијата) ги преземаат заради давање стручна помош на осигуреникот во случај кога ќе настапи осигурен случај.

Договарач на осигурување – физичко или правно лице што во свое име или во име и за сметка на осигуреникот, склучува договор за осигурување со осигурувачот.

Осигуреник – лице што по основа на склучениот договор за осигурување има право на надомест на трошоците за лекување, како и право на користење услуги на асистенција во странство, за случај на ненадејна болест или последици од несрекен случај (незгода), како и други непредвидени случувања поради кои не може да го продолжи планираното патување и престој во странство.

Други осигуреници

Ученици, студенти – лица на возраст од 14 до 26 години, кои статусот го докажуваат со ученичка книшка или индекс.

Семејство што се осигурува по повластена стапка – се сметаат родители и деца родени во или надвор од бракот до 19-годишна возраст, кои патуваат заедно.

Група – повеќе од 5 лица што се осигуруваат по повластена стапка, тие патуваат заедно, организирано, преку овластена туристичка агенција, за точно определен временски период.

Правни лица (бизнис клиенти) – осигуреници што можат да бидат само вработени кај договарачот, членови на органи на управување на правното лице или лица што имаат договор за дело со правното лице, односно лица што се на платен список на правното лице.

Корисник – лице на кое се врши исплатата на осигурената сума, односно надоместот.

Осигурен случај – штетен настан случен во странство (надвор од границите на државата во која осигуреникот е државјанин или има престој) со кој се остварува ризикот покриен со договорот за осигурување, а кој мора да биде иден и независен од волјата на осигуреникот и кој го спречува продолжувањето на планираното патување и престој на осигуреникот во странство.

Премија за осигурување – договорен износ што договарачот го плаќа на осигурувачот.

Блиско лице – секое лице што не мора да биде во роднинска врска со осигуреникот, но кое осигуреникот го именувал како свое блиско лице.

Период на покрите – број на осигурени денови во рамките на траењето на осигурувањето.

Медицински тим – медицински персонал вклучен во постапката на медицинска асистенција, односно во ликвидација на штета по секој осигурен случај, а го сочинуваат лекарот што го лечи осигуреникот во здравствената установа и претставник на асистентската компанија, односно лекар цензор на осигурувачот.

Мислење на медицинскиот тим – усогласен став на членовите на медицинскиот тим во врска со предметното барање.

Лекар – секое лице што има диплома за завршен медицински факултет и соодветна лиценца издадена од надлежен орган за вршење на дејноста во согласност со важечките законски прописи во земјата во која патува осигуреникот.

Ненадејна болест (акутна) – ненадејно и неочекувано заболување, односно инфективна болест, или органско нарушување, утврдено од страна на овластениот лекар, кое мора да настане во странство по почетокот на осигурувањето, а не е последица на некоја претходна здравствена состојба ниту е во врска со неа, а е од природа што бара лекување или престој во болница (хоспитализација), односно услуга на асистенција, и го оневозможува продолжувањето на планираното патување или престој во странство.

Хронична болест – болест што има перзистентна и долготрајна природа со повремени епизоди на подобрување или влошување, не преставува осигурен случај.

Несрекен случај – идна, ненадејна повреда на телото на осигуреникот, независна од неговата волја, односно осигурен случај што го спречува осигуреникот да го продолжи планираното патување.

Странска земја – сите земји во кои осигуреникот патува, т.е. земји предвидени со овие Услови, со исклучување на земјата на живеење и/или земјата во која ја купува полисата.

Земја на живеење – земја во која е пријавен престојот на Осигуреникот.

Репатријација – превоз на осигуреникот во земјата на живеење по завршеното лекување или превоз на посмртните остатоци на осигуреникот во земјата во која живее, т.е. превоз на осигуреникот во медицинската институција во земјата на живеење.

Итен случај – сериозна болест или повреда што, во случај на изостаната лекарска помош – медицинска интервенција, го загрозува животот на осигуреникот, односно може да доведе до трајно оштетување на здравјето на осигуреникот.

Медицински трошоци – вообичаени трошоци за медицински материјал, трошоци за лечење и други медицински сервиси, кои од медицинска гледна точка се неопходни за лекување на осигуреникот, кои не преоѓаат во обем, траење или интензитет, а обезбедуваат ниво на заштита потребно за безбедно, адекватно лекување, во склад со широкоприфатените професионални стандарди на медицинска практика во земјата на престој, а кои не се примерно наменети за личен комфор или удобност на пациентот, семејството, лекарот.

Осигурена сума – највисок износ до кој осигурувачот има обврска.

Асистентска куќа – субјект што според соговорот со осигурувачот овозможува и организира здравствена помош пропишана во согласност со член 20, став 3 од Условите.

Професионален возач – физичко лице што е ангажирано како возач за превоз и шпедиција.

Франшиза – сума наведена во полисата, со која осигуреникот учествува во секој штетен настан.

Задолжителна франшиза – сума наведена во полисата што осигуреникот не може да ја откупи при штетен настан.

Багаж – патна торба што ги содржи личните ствари на осигуреникот, а кои не спаѓаат во рачен багаж.

Доцнење на багаж – непристигнување на багажот повеќе од 20 часа сметано од пристигнувањето на дестинацијата на патување, и доцнење што е регистрирано од надлежната аеродромска служба.

ОПШТИ ОДРЕДБИ

(важат за сите пакети за патничко осигурување)

ПРЕДМЕТ НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 2

Според овие Услови може да се осигуруваат лица индивидуално, како група или колективно (кога договарач на осигурувањето е правно лице, најчесто туристичка агенција што ги организира патувањата) за време на патувањето и престојот во странство.

(1) Со договорот за осигурување, договарачот се обврзува да ја плати премијата на осигурувачот, а осигурувачот се обврзува, ако настане осигурен случај, да ги надомести трошоците, т.е. да му ги обезбеди на осигуреникот договорените услуги за асистенција во странство.

(2) Износот на надоместот и вредноста на асистентските услуги што ги обезбедува осигурувачот, т.е. асистентската компанија, не можат да бидат поголеми од максимално договорената осигурена сума на полисата по еден осигурен случај. Осигурувачот врз основа на договорот за осигурување -потпишаната полиса и платената премија, обезбедува помош и осигурителни услуги наведени во полисата, кои произлегуваат од осигурените случаи што ќе настанат во странство.

(3) Кога се склучуваат повеќе полиси со траење на осигурувањето во континуитет (полиси без прекин во осигурување), осигурените суми не се собираат.

Основно осигурително покритие:

1. здравствена помош и осигурување во случај на непредвидена болест на осигуреникот или поради последици на несрекен случај за време на престојот на осигуреникот во странство, како и услуги за итна медицинска евакуација, односно репатријација во земјата на живеење;

2. осигурување на багаж и друга помош во согласност со член 15 од овие Услови.

Во смисла на овие Услови може да се договорот и дополнителни осигурителни покритија како:

3. осигурување од последици на несрекен случај;

4. осигурување од спортска незгода, осигурување на професионални возачи и спортисти, на градежни работници за работа во странство, на лица со продолжен престој во странство, но само со доплата на дополнителна премија.

СПОСОБНОСТ И ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 3

(1) Осигуреник може да биде секое лице на возраст до навршени 74 години живот, кое патува во странство.

(2) Осигуреник може да биде и лице што се наоѓа на постојана работа во странство и кое не патува во земјата во која

работи или живее, а лицата постари од 74 години не може воопшто да се осигураат.

(3) Лица со навршени 64 до 74 години живот се прифаќаат во осигурување со плаќање зголемена премија во согласност со посебните одредби за зголемен ризик, но за најмногу 30 дена во текот на една година почнувајќи од датумот на прием во осигурување на првата полиса. Полисата/полисите за осигурување издадена/и за подолг период од овој престанува/ат да важи/ат на 31-виот ден од почетокот на осигурувањето. Доколку настане осигурен случај кај овие лица, а зголемената премија не е платена, надоместот се намалува во однос на платената премија и премијата што би требало да се плати според реалната старост на осигуреникот.

(4) Осигурувањето може да се склучи само за лицето што во моментот на потпишувањето на договорот престојува на територијата на РС Македонија и кое поседува валиден пасош, кој е должно да му го презентира на осигурувачот при склучување на договорот. Осигурувањето може да се договори и за странски државјани, под услов да имаат одобрување за привремен престој или постојано престојувалиште во РС Македонија, со што осигурувањето за овие лица нема да важи во РС Македонија и во земјата во која лицето е државјанин. За тоа странскиот државјанин е должен да достави соодветен доказ дека му е одобрен престој во РС Македонија (лична карта за странец, одобрение од Агенција за вработување или друг вид одобрение, издадено од надлежен орган во државата).

(5) Осигурувачот или неговиот претставник пополнува полиса за осигурување за секој осигуреник, во која договарачот со својот потпис го потврдува приемот на овие Услови и карактеристики на договорот за осигурување.

(6) Договор за осигурување се склучува пред почетокот на патувањето во странство.

Се смета дека договорот за осигурување е склучен ако е издадена полиса за осигурување и ако е платена премија за осигурување пред почетокот на патувањето во странство, односно во моментот на издавање на полисата.

Доколку полисата за осигурување опфаќа повеќе лица, секое лице има својство на осигуреник ако за него е платена премија за осигурување и се наоѓа на списокот на осигурени патници, кој е составен дел на договорот за осигурување.

Во текот на осигурувањето, осигуреникот може да реализира едно или повеќе патувања во странство, со тоа што вкупниот период на осигурително покритие се одредува според бројот на денови утврдени во полисата при склучување на договорот за осигурување.

ПОЧЕТОК И ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 4

Осигурувањето може да се склучи за период од најмногу 365 дена. Осигурувањето започнува на денот што во полисата е означен како почеток на осигурувањето штом осигуреникот ќе ја напушти РС Македонија, но не пред денот кога е платена премијата и не пред да е помината границата на земјата на живеење. Доколку осигуреникот ја преминал границата, а претходно не ја платил премијата по полисата, осигурувањето се смета за невалидно.

Осигурувањето престанува на денот што во полисата за осигурување е означен како ден на завршување на полисата и трае до 24 часот на денот наведен како истек на осигурувањето, односно со завршениот престој во странство или превоз на осигуреникот во земјата на живеење, или доколку полисата е сторнирана во согласност со овие Услови.

Се смета дека периодот на престој во странство е завршен во моментот кога осигуреникот ќе ја помине границата и ќе влезе во РС Македонија. Со исклучок, доколку осигурениот случај што му се случил на осигуреникот во странство бара подолго лекување, односно давање асистентски услуги, кои траат и по истекот на датумот за осигурување на полисата, обврската на осигурувачот останува и во тој период, но најдолго до 2 (две) недели од датумот на истекување на осигурувањето, под услов дека бил оневозможен превоз до земјата на живеење, што мора да биде потврдено со лекарско мислење, во кое е прецизно наведено дека не се дозволува или би било ризично за животот и за здравјето на осигуреникот доколку порано од предвидениот период тој биде транспортиран во матичната држава. Во спротивно, осигурувачот нема обврска на никакви плаќања за периодот што ги надминува деновите на склученото осигурување.

Склучување индивидуални полиси на осигурување на лица со наполнети 18 години до наполнети 27 години на старост со цел привремен престој заради школување во странство, може да се склучи со максимално траење од 365 дена со прилог на полисата – доказ дека лицето во тој период ќе се школува во странство.

Полисата може да биде издадена најрано на 30-тиот ден пред почетокот на осигурувањето, освен доколку поради издржани причини не е потребно да биде издадена порано, а по посебно одобрување на лице овластено од управниот одбор на осигурувачот.

ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА ТРАЕЊЕТО НА ПОЛИСАТА

Член 5

Во периодот на 365 дена на траење на полисата за осигурување, осигуреникот што ќе се одлучи за продолжен престој во странство, може да го продолжи и траењето на полисата, доколку во последните 15 дена од престојот во странство не користел медицински услуги и немал пријавено штета, ниту пак таа е или била настаната.

Осигуреникот може да бара нова полиса заради продолжување на периодот на осигурување, но со идентично покритие како и на основната полиса, и тоа најдоцна 10 дена пред истекот на осигурителниот период што бил договорен за период од

минимум 60 дена, па сè до максимум 181 ден.

Во врска со ставовите 1 и 2 од овој член, осигуреникот има обврска да побара и да пополни писмено барање за продолжување на полисата, своерачно да го потпише и да му го достави електронски на осигурувачот, или да достави податоци за лицето што тој го овластил да го поднесе барањето во негово име, заедно со писмена изјава своерачно потпишана од осигуреникот, со која тој потврдува дека до денот на поднесувањето на барањето за продолжување немал потреба ниту користел каква било медицинска, здравствена услуга во земјата во која престојува.

Во барањето осигуреникот има обврска да наведе точни податоци за лицето што го овластил во негово име да го поднесе барањето за продолжувањето на траењето на полисата за минимално 60 дена, а максимално 181 ден.

Со новата полиса што ќе му биде издадена на осигуреникот се опфатени само осигурени случаи што ќе настанат за периодот на продолжениот престој во странство, со исклучок на осигурен случај настанат во период на осигурување од претходната полиса. Осигуреникот со новата полиса не може да ги надомести трошоците за лекување во странство што настанале пред издавањето на новата полиса.

ТЕРИТОРИЈАЛНО ПОКРИТИЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 6

Осигурувањето важи во:

(1) Сите земји во светот со исклучок на РС Македонија, а доколку е странец, и земјата од која потекнува, и подолу наведените земји:

1. Африка: Алжир – Св. Хелена – Сомалија – Западна Сахара – Руанда – Судан – Брегот на Слоновата Коска – Демократска Република Конго – Бурунду – Сиера Леоне – Еритреја – Етиопија;
 2. Азија : Авганистан – Британска територија во Индиски Океан – Острови Кук – Источен Тимор – Ирак – Иран;
 3. Океанија: Американска Самоа – Буве – Божиќен Остров – Француска Јужна Територија – Херд и Мекдоналд Острови – Кирибати – Маршалови Острови – Микронезија – Науру – Ниуе – Палау – Питакрин – Соломонови Острови – Јужна Џорџија и Јужни Сендвички Острови – Токелау – Тонга – Тувалу – Мали Американски Острови – Вануату – Волис и Футуна.
 4. Сите земји во кои постои потенцијална опасност од терористички акти и земји каде што е прогласена воена состојба.
- (2) За лица што постојано работат во странство, осигурувањето не важи во земјата каде што работат.

КОРИСНИЦИ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 7

Корисник на осигурувањето е исклучиво лице што е наведено во полисата како осигуреник, освен:

1. доколку настане осигурен случај со последица смрт на осигуреникот од ризикот незгода за која е избран соодветен пакет од тарифата на премии, корисници на осигурувањето се законските наследници на осигуреникот;
2. доколку осигуреникот е малолетно лице, корисник на правата од склучениот договор е неговиот законски застапник или старател.

НЕВАЖНОСТ НА ПОЛИСАТА

Член 8

Полисата за осигурување нема правно дејство ако осигуреникот:

1. навршува 64 години за времетраење на осигурувањето, а осигурувањето било склучено за подолг период од 30 дена, бидејќи од 31-виот ден, осигурувањето е неважечко;
2. не престојувал на територијата на РС Македонија кога бил склучен договорот, освен доколку не бара продолжување на веќе издадена полиса;
3. постојано работи во странство и патува во земјата каде што работи;
4. не живее во РС Македонија и патува во земјата чиј жител е;
5. не го пријавува осигурениот случај во согласност со Условите за осигурување и поради овој пропуст важни околности останале непознати;
6. не е платена доплатна премија за спортска незгода, професионални возачи, возачи на спортски и брзи манифестации;
7. не е платена премијата по полисата пред напуштање на РС Македонија, односно излегување надвор од границата на РС Македонија.

ЛИМИТ НА ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Член 9

1. Доколку настанат повеќе штети, односно серија штети на осигуреници, а кои произлегуваат од ист штетен настан и временски се поврзани, максималната обврска на осигурувачот изнесува 6.000.000,00 денари, односно во согласност со договорените суми на осигурување за конкретен пакет на осигурување, а уредено со полисата.

2. Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, осигуреникот учествува во секој штетен настан во висина од

договорената франшиза.

3. Доколку осигуреникот има повеќе полиси за патничко осигурување кај осигурувачот, осигурувачот дава надомест само по основа на една полиса и истовремено ја враќа премијата од другите полиси на осигуреникот.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 10

Премијата за осигурување се пресметува според тарифата на премии за осигурување.

ВРАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈА И СТОРНО НА ПОЛИСИ

Член 11

Осигурувачот одобрува враќање на премијата под следните услови:

1. Во случај на откажување на патувањето, полисата за осигурување може да се врати пред почетокот на осигурувањето на местото каде што била подигната, со поднесување валиден доказ за откажаното патување, по што премијата се враќа во износ намален за реалниот трошок на осигурувачот за печатење на полисата, која се поништува во износ од 2 ЕУР во денарска противвредност.

2. Во случај кога осигурувањето е започнато, а пред реализирање на патувањето (и само во случај да не е искористен ниту еден ден од осигурувањето), ако осигуреникот не е во состојба да патува подолг период поради болест, потврдено со медицински извештај, договорот за осигурување се прекинува од денот на известувањето до осигурувачот. Во тој случај, премијата се враќа намалена за износот на минималната премија, со поднесување доказ за спреченост на патувањето и полисата за осигурување.

3. Во случај на смрт на осигуреникот пред да го искористи осигурувањето, договорот за осигурување престанува, а осигурувачот ја враќа уплатената премија на корисникот или наследниците, намалена за износот на минималната премија, по добивање доказ за настанат смртен случај и полисата за осигурување.

4. Во случај на отказ на патувањето, а доколку осигурувањето е склучено само за тоа патување, договорот за осигурување се прекинува од денот на известувањето до осигурувачот, но во секој случај пред почетокот на осигурувањето, во тој случај премијата се враќа намалена за износот на минималната премија, со поднесување доказ за откажување на патувањето и полисата за осигурување.

5. Во сите гореспоменати случаи осигуреникот/корисникот потпишува документ – изјава за поврат на премијата.

6. Во случај кога осигуреникот искористил и еден ден од осигурувањето, како и кога осигурувачот веќе дал услуга и е настаната штета, не е можно враќање на премијата. Доколку е направен поврат на премија, а дополнително се утврди дека по полисата е настаната штета пред датумот на прекин на полисата, а која не му била ставена на знаење на осигурувачот, тој нема обврска за исплата на штетата, односно во ваков случај штетата паѓа на товар на осигуреникот.

Член 12

Настан поради кој дошло до откажување и прекинување на патување е само оној настан чие настапување осигуреникот не го очекувал и не можел да го спречи, и кој претставува објективно оправдана причина да се откаже патувањето, и тоа:

1. смрт на осигуреникот или смрт на член од потесното семејство (при пријава на настанот, корисникот на осигурувањето / осигуреникот има обврска да достави извод од матичната книга на умрените и доказ за сродство);

2. болест, болничко лекување или несреќен случај на осигуреникот, односно на членови на неговото потесно семејство (под членови на потесно семејство се сметаат: сопружник, деца, родители или старатели, браќа и сестри, односно други лица доколку живеат во заедничко домаќинство со осигуреникот);

3. болест или несреќен случај на осигуреникот, при што му се нарушила здравствената состојба, мора да биде со таков интензитет што ќе предизвикува физичка немоќ за осигуреникот да го реализира патувањето;

Патувањето мора да биде забрането од страна на доктор.

4. во случај кога е прогласена елементарна непогода во местото на престојување;

5. во случај на оштетување или уништување на имотот што е во сопственост на осигуреникот како последица на пожар или како последица на непогода (луња, град, поплава или бура). Оштетувањето мора да биде од таква природа што ќе биде потребно подолго време за санација на објектот;

6. сообраќајна несреќа при тргнување до појдовната точка со која патувањето започнува во која е директно инволвиран осигуреникот. При пријава на настанот, осигуреникот има обврска да достави полициски записник од кој ќе може недвосмислено да се заклучи дека до сообраќајната несреќа дошло при патување до појдовната точка;

7. во случај да дојде до отпуштање од работно место по одлука на работодавецот што не е предизвикана со намерни постапки на вработениот. Самоиницијативен отказ на вработениот не се смета за губење на работно место;

8. неодложен судски повик, повик за војска и слични вежби на кои присуството на осигуреникот е неодложно, повикот е должен да го достави до осигурувачот при пријава на настанот.

ФРАНШИЗА

Член 13

- (1) Осигурителните покритија КОМПАКТ и ПРЕМИУМ се без франшиза или со франшиза од 150 и 200 ЕУР.
- (2) Во делот на посебните одредби за зголемен ризик (за осигурување лица) на возраст од 64 до полни 74 години се воведува задолжителна франшиза. За ризикот трошоци за лекување од болест од надоместокот на штета се одбива задолжителна франшиза во износ од 25 % во секој штетен настан, но не помала од 2 000 ЕУР, и таа не може да се откупи.
- (3) Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, осигуреникот учествува во секој штетен настан во висина на договорената франшиза.
- (4) За групни или организирани патувања, при секој осигурен случај од ист штетен настан на повеќе од 5 лица (осигуреници), надоместокот се намалува во висина од 30 % од утврдениот надомест на штета кај секоја поединечно пријавена штета, како самоучество на осигуреникот во штетниот настан, без оглед дали осигурувањето е склучено со или без франшиза.

ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ЗДРАВСТВЕНА АСИСТЕНЦИЈА

Член 14

- (1) Осигурен случај, во смисла на овие Услови за осигурување, претставува ненадејна болест или последица на несреќен случај за време на престојот на осигуреникот во странство, кој настанува во текот на договорениот период на осигурување.
- (2) Осигурениот случај започнува со почетокот на медицинскиот третман – лекување и се завршува во моментот кога од медицинска точка на гледиште, не постои веќе потреба за лекување во странство. Осигурениот случај вклучува и неопходен транспорт во земјата на живеење (т.н. репатријација) поради потребите на наведениот медицински третман – лекување.
- (3) Во случај на настанување осигурен случај, осигурувачот ќе ги надомести разумните и вообичаени трошоци што настануваат во врска со лекувањето на осигуреникот при патување во странство, но максимално до износот на осигурената сума наведена во полисата.
- Под разумни и вообичаени трошоци се сметаат трошоци за медицинско лекување што не се повисоки од општото ниво на трошоци во слични случаи на тоа подрачје, кога се работи за ист или сличен медицински третман и лекување, услуги или помош на лица од ист пол и слични години на старост, за слична болест или повреда. Во случај на осигурен случај, ќе се користи болница во местото во кое престојува осигуреникот или пак најблиската специјалистичка болница, при што ќе се води сметка чинењето на медицинските услуги да биде во корелација со општоважечките пропишани и применувани ценовници во подрачјето на патување.
- (4) Во зависност од договореното ниво на осигурително покритие означено на полисата за осигурување, посебно ангажирана медицинска установа ќе му овозможи на осигуреникот услуги на здравствена асистенција, по претходна препорака од осигурувачот.
- (5) Здравствената асистенција во смисла на овие Услови ги вклучува:

Услугите на медицинска асистенција, која е потребна според мислењето на претставникот на компанијата или од претставникот на центарот за помош на осигурувачот и која е одобрена од негова страна, а која подразбира:

1. Упатување на лекар

Давање на сите неопходни информации на осигуреникот врзани за итна медицинска асистенција, како што се имиња, броеви на телефони и адреси на лекари, стоматолози, болници, медицински центри, аптеки, амбулантни станици, кои се наоѓаат во близина на моменталниот престој на Осигуреникот.

2. Лекарски совети

Давање совети на осигуреникот за мерките што треба да ги преземе, со исклучок на давање дијагноза.

3. Следење и известување за здравствената состојба на осигуреникот

Следење на здравствената состојба на осигуреникот преку лекари и лекарски институции во кои осигуреникот се лечи, како и редовно информирање на блиска личност во РС Македонија, која престојува во РС Македонија и која ја именува осигуреникот, а во врска со неговата здравствена состојба.

4. Итна достава на лекови

Ако во местото во кое се наоѓа осигуреникот нема можност да се набави лек, кој, според мислењето на овластениот лекар, е неопходен и потребен за осигуреникот, компанијата ќе организира достава на овој лек на осигуреникот, или ќе утврди, препише, набави или испрати соодветна замена што може да се најде локално. Трошоците за достава, како и трошоците за лекот, паѓаат на товар на осигурувачот.

5. Посета на болно дете

Доколку осигуреникот е лице помладо од 18 години и се наоѓа во критична состојба или мора да остане во болница подолго од 3 дена, компанијата ќе организира и осигурувачот ќе ги надомести трошоците за повратен билет во економска класа за воз или, ако осигуреникот се наоѓа во критична состојба, трошок за авиобилет во економска класа, како и трошоците за сместување максимално до 5 дена од договорениот лимит за родителот на осигуреникот или неговиот старател (преноќување и појадок).

6. Посета на блиско лице

Доколку, според мислењето на медицинскиот тим, неопходна е посета на блиско лице, а осигуреникот се наоѓа во критична состојба или неговата здравствена состојба е таква што има потреба од престој во болница подолг од 15 дена, компанијата ќе организира, односно осигурувачот ќе го надомести трошокот за повратен билет – економска класа за воз или, во случај Осигуреникот да се наоѓа во критична состојба, трошок за авиобилети – економска класа и сместување во хотел максимално до 5 дена за посета на именуваното блиско лице (преноќување и појадок).

Услуги на плаќање на следните трошоци на лекување:

1. амбулантно (вонболничко лекување);
2. лекови и завои препишани од страна на овластениот лекар;
3. медицински помагала и помагала за одење што се неопходен дел на третманот за скршени екстремитети и повреди, препишани од страна на овластениот лекар;
4. болничко лекување (хоспитализација) во институција што во странска земја во општа смисла се смета за болница, каде што осигуреникот е под постојана контрола на лекарот, која има во доволен број дијагностичка и терапевтска опрема и ги ограничува медицинските услуги на научно признати методи, кои се клинички тестирани во таа земја. Во случај да настане осигурен случај, ќе се користи болница во местото во кое претстојува осигуреникот или пак најблиската соодветна болница;
5. операции и трошоци во врска со операцијата;
6. стоматолошки третман, но само во случај на акутна забоболка, во согласност со лимитот на табелата за покритие по вид на одбран пакет.

Услуги за медицинска евакуација и репатријација, доколку се неопходни, според мислењето на медицинскиот тим, а со претходно одобрување од страна на осигурувачот, при што ќе се земе предвид здравствената состојба на осигуреникот, и тоа:

1. Транспорт на осигуреникот до најблискиот лекар или болница со амбулантното возило на итна помош, такси или некое друго превозно средство, доколку тоа е медицински оправдано и дозволено и претходно договорено и одобрено од страна на осигурувачот.
2. Транспорт и сместување на осигуреникот во специјализирана болница или болница што е соодветна за лекување на загрозената здравствена состојба.
3. Репатријација, односно организација и покритие за дополнителни трошоци од неопходен и препишан медицински превоз од странска земја до местото на живеење на осигуреникот или најблиската болница, во случај кога не е можно да се обезбеди соодветен медицински третман на осигуреникот надвор од земјата на живеење или кога тоа би довело до загрозување на неговото здравје. Освен тоа, се надоместуваат и дополнителните трошоци за лицето што го придружува осигуреникот на пат, ако е тоа медицински одредено или службено неопходно.
4. Репатријација, организирање и покривање на трошоците за враќање на осигуреникот во земјата на живеење по завршеното лекување, како обичен патник, доколку повратниот билет што го поседува осигуреникот не е валиден.
5. Репатријација, односно организација и покритие на трошоците на транспорт на посмртните останки на осигуреникот во земјата на живеење, или дополнителни трошоци за погреб во местото на смртта во странство, со исклучување на трошоците за погреб во земјата на живеење.
6. Веднаш штом ќе дозволува здравствената состојба на осигуреникот, ќе се изврши репатријација на осигуреникот во земјата на живеење. Во случај на репатријација на посмртни останки, ќе се одреди најрационалното и најекономично превозно средство.
7. Ако осигуреникот не е државјанин на РС Македонија, а е неопходна негова репатријација во државата во која живее, осигурувачот ќе ја организира репатријацијата преземајќи ја финансиската одговорност до лимит што одговара на горепропишаните трошоци на репатријација во РС Македонија.
8. Ако медицинскиот тим одлучи дека е можна репатријација на осигуреникот, а осигуреникот ја одбие, сите понатамошни медицински услуги, лекување и болнички трошоци осигурувачот нема обврска да му ги надомести на осигуреникот, доколку тој го продолжил лекувањето во странство.

ДРУГА ПОМОШ ПРИ ПАТУВАЊЕТО

Член 15

Компанијата ги обезбедува и следните услуги на патна асистенција:

(1) Враќање на деца останати без грижа

Со овој ризик се опфатени штети што би настанале евентуално при повраток на малолетни деца од странство во матичната држава со или без придружба, односно без старател.

Во зависност од избраниот пакет на осигурување, ако по настанување на осигурен случај осигуреникот нема можност да се грижи за своите деца помлади од 15 години што биле на пат со него, компанијата ќе организира и ќе плати, односно осигурувачот ќе ги надомести трошоците за враќање на децата што патуваат со осигуреникот, под услов патниот билет што го имаат децата да не можат да го искористат. Во случај кога е неопходно, компанијата обезбедува, односно осигурувачот ќе ги надомести и трошоците за придружба на децата без грижа.

(2) Осигурување на багаж

Доколку се договори пакет за осигурување, се покриваат ризиците опфатени со осигурување багаж, кои ги вклучуваат следните случаи настанати во странство:

Губење на багаж во тек на патување со авионски превоз од РС Македонија во странство:

- А) кражба, провална кражба;
- Б) оштетување или уништување на багажот настанато од природна катастрофа, до износот во согласност со избраниот пакет на осигурување (вредноста се проценува во времето на настанување на штетата).
- В) Во сите случаи на кражба или провална кражба, штетата на багажот мора да биде пријавена веднаш, а најдоцна до 24 часа

до надлежните органи (полиција) или до транспортната компанија, односно до овластеното лице на аеродромот или до хотелот во зависност од околностите на штетниот настан. Осигуреникот е должен да побара официјален извештај, да достави список на украдениот багаж со опис на содржината, должен е кражбата или доцнењето на багажот да го пријави во Македонија осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп веднаш, а најдоцна во рок од 5 дена од доцнењето (кражбата). Осигурувачот ќе му даде информација околу процедурата на испорака на багажот, како и инструкции за пријава на штета.

Г) За багаж во смисла на овие Услови не се сметаат рачна чанта (дамска и актовка), торбица за појас, ранчиња, торбица за компјутер и други предмети што осигуреникот ги носи со себе и кои претставуваат рачен багаж.

Осигурувањето не се однесува на следниве предмети:

- накит, благородни метали, часовници, уметнички предмети, колекции, готовина или странски готовински платен инструмент (банковна или кредитна картичка, гаранција за користење одредена услуга, сезонски билет за скијање итн.), штедни книшки, различни видови билети, документи (со исклучок на пасош, возачка дозвола, сообраќајна дозвола), скапоцено крзно;

- велосипед, мобилни телефони и нивни додатоци, персонални и лаптоп-компјутери, УСБ, таблети, видеоигри, вокмени, дискмени итн.;

- технички предмети и нивни делови регистрирани пред тргнување, како и алат за изведување работа, инструменти и опрема и нејзини делови што надминуваат единечна вредност од 9 000 денари во времето кога се купени.

Исклучување на обврските на осигурувачот од исплата на штетата за багаж:

Осигурувачот нема обврска за исплата на штета за багаж кога штетата е предизвикана од страна на осигуреникот, спротивно на законот, намерно или со крајно невнимание и:

- губење, напуштање, оставање покрај, испуштање на багаж и крадење на предмети што се оставени без надзор;

- во случај кога багажот е украден од возилото од просторот за патници или од приколка покриена со церада (не со метална покривка);

- во случај на оставање багаж на отворени простори или простори што не се по надзор;

- кражба што се случила за време на поставување шатори или кампирање надвор од просторот определен за кампирање;

- за штети што се надоместени преку осигурувањето од одговорност на транспортната компанија или друго осигурување, како и за штети за кои транспортната фирма има обврска да ги надомести;

- во случај кога осигуреникот во времето на настанување на осигурениот случај не се однесувал со вообичаеното внимание;

- во случај кога осигуреникот дава лажни податоци во врска со штетата, а особено во случај кога во поднесената пријава податоците што се дадени ја надминуваат тежината на багажот пријавен при отпочнувањето на летот;

- одземање, конфискација или импорација на багаж од страна на царина или други државни органи;

- необјасниво исчезнување или загуба и кражба;

- оштетување, уништување или загуба на багаж во врска со штрајк, карантин;

- кражба од сандачиња предвидени за чување багаж;

- настани на кои не се однесува осигурувањето на багаж;

- задоцнето пристигнување на багаж (губење на багаж) во тек на патување со авионски превоз од странство во РС Македонија.

Осигурувачот нема обврска за исплата на осигурената сума по 2 различни полиси доколку багажот на двете лица бил сместен во еден куфер.

Во случај во текот на патувањето на осигуреникот од Р. С. Македонија во странство преку авиокомпанија или преку нејзина претставник, багажот на осигуреникот да не пристигне на местото наведено во регистрацијата и поради овој факт неговото подигање да доцни најмалку 12 часа, осигурувачот врши компензација на осигуреникот за овие ризици до износи пропишани во табелата.

ЗДРАВСТВЕНА АСИСТЕНЦИЈА ПРИ ПОСЛЕДИЦИ НА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

Член 16

Поим за несреќен случај

Под поимот незгода се подразбира надворешно влијание што се појавува неочекувано во странство, надвор од контролата на осигуреникот, како резултат на што осигуреникот умира или се стекнува со траен целосен или траен делумен инвалидитет, кое бара лекарска помош (до 4 месеци од денот на настанување на незгодата).

Не претставуваат и немаат квалификација на незгода следните нарушувања на здравјето:

- последица на изгореници предизвикани од сончеви зраци, пливање надвор од означени места за капење, терапија со кварцни ламби, солариуми, сончаница, како и истегнување при лифтинг, кила, измрзнатини, душевно болни лица, самоубиство или обид за самоубиство и изложување на официјална физичка работа.

Со осигурувањето не се опфатени настанатите случаи како резултат на занимавање со опасни спортови.

Осигурени суми за осигурување од незгода

(1) Независно од услугите на здравствена помош и од надоместената сума за здравствено осигурување, осигурувачот ќе ги исплати следните износи за осигурување од незгода:

Во пакетот ПРЕМИУМ

1. во случај на смрт од незгода – 400 000 денари;

2. за траен инвалидитет од незгода – до 400 000 денари или дел од овој износ сразмерен на степенот на трајниот инвалидитет.

Под поимот – **целосен траен инвалидитет** – се подразбира загуба и одземеност (парез/парализа) на следните делови на телото: екстремитети (раце и нозе) и загуба на видот, слухот и говорот.

Под поимот – **делумен траен инвалидитет** – се подразбира намалување на функцијата на следните делови на телото и сетилата: екстремитети (раце и нозе) и вид, слух и говор, како последица на повредите здобиени во незгодата.

Табелата на инвалидитет според која се ликвидираат штетите – степенот на траен или делумен инвалидитет настанат како последица од незгода, се определува во согласност со табелата за инвалидност на Македонија осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп.

(2) Во случај на целосен или делумен траен инвалидитет, како последица на една незгода, вкупната исплата нема да ги надмине осигурените износи утврдени за целосен, односно делумен траен инвалидитет. Степенот на целосен траен инвалидитет како последица од незгода поради загуба на деловите од телото, наведен во табелата, ќе биде определен веднаш, а степенот на делумен траен инвалидитет ќе биде определен по завршеното лекување, но најдоцна по истекот на две години од денот на незгодата.

(3) Степенот на делумен траен инвалидитет се определува според степенот определен за загуба, односно одземеност, соодветно на степенот на загубата на функцијата на органот, односно сетилата, а во тесна корелација со ефектите на анатомската трансформација. Степенот на целосен траен инвалидитет и степенот на делумен траен инвалидитет ги определува лекар на осигурувачот.

(4) Утврдениот степен на целосен траен инвалидитет и делумен траен инвалидитет изразен во проценти не е во врска со степените на инвалидност што надлежните здравствени комисии ги утврдуваат во врска со примена на одредбите на Законот за здравствена заштита и Законот за пензиско и инвалидско осигурување или во врска со примената на други прописи.

ОГРАНИЧУВАЊА И ИСКЛУЧУВАЊА ПОВРЗАНИ СО ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И АСИСТЕНЦИЈА

Член 17

(1) Здравственото осигурување не се однесува за:

- случај на хронична болест, вродени мани и последица на овие болести, кои постоеле или за кои се знаело за време на склучување и/или почетокот на осигурување, доколку не биле лекувани, или за болести што се болнички лекувани во последните 6 месеци пред почетокот на осигурувањето, вклучително и нивните последици. Во секој случај, исклучена е обврската на осигуреникот за сите хронично болни лица што немаат обезбедено потврда од лекар дека се способни за патување;

- исклучена е обврската на Осигурувачот доколку медицинската документација од земјата на живеење покажува нарушена општа здравствена состојба, која претставува зголемен ризик за настанување на настанување на осигурен случај, односно акутизација на наведената здравствена состојба со присуство или без присуство на таков ризик;

- болести или повреди од кој било вид што во согласност со мислењето на медицинскиот тим не се карактеризираат како итен случај или чие лекување може да се одложи до враќањето на осигуреникот во РС Македонија;

- услуги што не се неопходни за утврдување на дијагнозата;

- исклучена е обврската на осигурувачот, односно на компанијата, за повеќе од 1 (еден) контролен преглед во странство, освен во случај кога медицинскиот тим посебно ќе одобри и ќе смета дека е неопходен дополнителен контролен преглед;

- болест или повреда од кој било вид што не бараат прекинување на патувањето во странство или чие лекување може да се одложи до враќањето на осигуреникот во земјата на живеење;

- ако се утврди дека осигуреникот имал сознание или пак овластениот лекар во земјата на живеење го предупредил дека неговата здравствена состојба е таква и дека поради можни акутни компликации потенцијално е загрозен неговиот живот, а може да се лекува конзервативно или хируршки во земјата на престој, исклучена е обврската на осигурувачот за сите трошоци поради лекување на таа состојба во странство, како и трошоците на репатријација, и во случај на појава на акутни или животозагрозувачки компликации. Ќе се смета дека осигуреникот самоволно ги презел ризиците од евентуални последици на таквата здравствена состојба, при патувањето во странство;

- за време на реализација на посебно организирано патување заради лекување – со цел за медицински третман (операција), или кога осигуреникот се наоѓа на чекање за операција во земјата на живеење, односно кога постои медицински извештај (здравствен картон или друга здравствена документација) на осигуреникот врз основа на која може да се заклучи дека на осигуреникот му е препорачана операција во земјата на живеење пред склучување на договорот за осигурување;

- преземена медицинска интервенција, каква било неа, купување лекови поради претходна здравствена состојба на пациентот или од причини поврзани со неа, состојба што била очекувана или можела да се предвиди, без разлика дали му била позната на осигуреникот или не;

- при претходно постојна здравствена состојба пред почетокот на осигурувањето во која лекарскиот третман бил неопходен или бил предложен од лекари, при што било потребно препишување рецепти за лекарства, или тие биле веќе препишани;

- за лица со навршени 64 години, задолжителна е потврда од матичен лекар дека во моментот на издавање на полисата лицето нема нарушена здравствена состојба што во период од 30 дена би придонела за потреба од здравствена асистенција или болничко лекување како последица или компликација на претходно дијагностицирани болести;

- услуги што не се неопходно потребни за последиците на акутна болест или повреда, предизвикани од незгода и потврдени од страна на медицински тим;
- дополнителни трошоци за болнички третман како последица од фактот дека, иако медицински може да се разреши, осигурувачот не може да го врати осигуреникот за понатамошен третман во РС Македонија;
- алергиски реакции како последица на претходно дијагностицирана медицинска состојба;
- алергиските реакции настанати од сонце и прав, за кои осигуреникот сам мора да преземе мерки за заштита, не се опфатени со Условите;
- како последица на некомплицирани (во согласност со применетата терапија) случаи на манифестирани алергии што настануваат со изложување на осигуреникот на сончеви зраци, како и во случај на непостапување на осигуреникот за случај на превентива и спречување на последици од манифестирани алергии, а во согласност со мислењето на лекар цензор на осигурувачот;
- како последица на некомплицирани убои на инсекти, како и реакција на убои на инсекти што директно не го загрозуваат животот на осигуреникот, а во согласност со мислењето на лекар цензор на осигурувачот;
- лесни настинки (ринофарингити, тонзилити, ларингити) и другите настинки што не бараат хоспитализација, освен ако дополнително не прераснат во пневмонија, која ќе биде болнички утврдена и во согласност со тоа лекувана со прилог на изворна медицинска документација за текот на лекувањето;
- третман од дебелина, лечење импотенција, стерилитет и вештачко оплодување, вакцинации;
- сончаница (insulation), како реверзибилна состојба;
- состојба на воспаление на уво, т.н. „пливачко уво“ – воспаление на надворешниот ушен канал, кое најчесто се јавува во лето, како последица од долготрајно задржување во вода (со чешање и пецкање во увото, за кое е потребно да се изврши испирање); исклучена е и повторна епизода на инфекција на уво по допир со морска (хлорна) вода, освен во случај на акутна болка и секундарна инфекција на уво (отит на средно уво), лекувани во болница;
- ентерити и гастроентерити настанати во земјата на патување. За исклучок се смета потешка состојба што бара хоспитализација (со претходна потврда од страна на осигурувачот) на осигуреникот со примена на соодветна терапија;
- при патување во земји како Турција, Египет, Тунис, Африка, Куба, Доминикана и други островски земји, осигуреникот е должен да преземе претходни мерки за заштита (медицински документиран податок за таблетарна терапија) за приспособување кон климатските услови, во спротивно ќе се сметаат како состојба настаната од небрежност на осигуреникот;
- осигуреникот кај кого настанала штета поради климатските услови и консумирањето несоодветна вода за пиење;
- уринарни инфекции што се јавуваат кај постклимактерична женска популација;
- лекување карцином, заразни болести, СИДА и венерични болести, како и трошоци на лекување хронични болести;
- бременост, самоволно прекинување на бременоста, претпородолина неџа или породување, како и секоја болест или компликација врзани со состојбата на бременост, како и за жени постари од 38 години без оглед на неделите на бременост или помлади од 38 години, по навршена 28-ма недела на бременоста; жени чија бременост надлежниот лекар во земјата на живеење ја потврдил како ризична;
- незгоди предизвикани од болести како епилепсија или маларија;
- отстранување или трансплатација на органи, ткива или клетки;
- медицински испитувања и лекувања, рутински прегледи, методи на медицинска дијагностика, медицински истражувања или третмани што не се во врска со настанување на осигурен случај, како и вакцинирања, примена на средства за контрацепција и лекови од кој било вид;
- експериментални медицински методи или методи што се користат во корист на истражување, а кои не ги признава социјалната заштита, како и естетско-корективни лекувања и операции;
- термално лекување, односно трошоци за превентивни лекови, заздравување во бањи и здравствени центри, санаториуми и други центри или слични институции, како и трошоци за психијатриско лекување, лекување на ментални заболувања и нивни последици;
- набавки, поправки и користење очила, контактни леќи, како и протетични справи од кој било вид;
- стоматолошки третман што не бара итна интервенција, дефинитивно забно лекување, ортопедија на вилица (освен во случај на незгода), ортодонција, парадентално лекување, отстранување на забен камен, лекување на корен на заб, замена на заб, забна круна, изработка на забни протези и мостови, репарација или поправки;
- лекување на осигуреникот од страна на неговиот брачен другар, родител или дете;
- престој во болница од денот кога асистентската компанија ќе биде во состојба и ќе има право да изврши репатријација на осигуреникот;
- сместување во еднокреветна или приватна соба во болница, освен доколку медицинскиот тим не смета дека тоа е неопходно;
- самоволно организирање репатријација, без претходно добиено одобрение од страна на осигурувачот, т.е. асистентска компанија;
- одбивањето на осигуреникот да се придржува на инструкциите добиени од медицинскиот тим, или одбивање на датумот, видот и начинот на репатријација што ги одредува асистентската компанија по консултација со лекар (медицинска установа) што го лечи осигуреникот во странство;

- непријавување на осигурениот случај на осигурувачот, односно на компанијата во рок од 48 часа од настанат осигурен случај.

(2) Осигурувачот не ги покрива дополнителните трошоци настанати во врска со превозот на осигуреникот на територија на земјата на живеење, туку тие трошоци паѓаат на товар на осигуреникот, т.е. се покриваат од осигурената сума за случај на смрт, доколку е договорено такво покритие заедно со ова осигурување.

(3) Извршените трошоци за лекување се признаваат исклучиво доколку се во сообразност и пропишани со ценовна листа на услуги од земјата во која се применуваат и не се поголеми од општите нивоа на трошоци во слични здравствени институции кога се работи за ист или сличен медицински третман за слична болест или повреда. Осигурувачот ќе ги исплаќа само горенаведените износи. Евентуалната разлика паѓа на товар на осигуреникот.

Не се признаваат трошоци за кои е извесно дека осигуреникот самиот ќе ги плател и доколку не се случел осигурен случај (трошоци за исхрана во ресторан и слично).

Не се признаваат трошоци направени од страна на придружувачот на осигуреникот (член на семејството) што се однесуваат на хотелско сместување, такси-превоз, мобилна телефонија.

Не се признаваат и трошоци за превоз на осигуреникот со такси или со друго превозно средство кога тоа не е медицински оправдано и според процената на медицинскиот тим (лекар цензор).

Исклучување на обврските на осигурувачот за исплата на осигурителните покритија од незгода:

- кога осигуреникот го загубил животот како последица на намерно дејствување на корисникот на осигурувањето,
- кога е докажано дека осигуреникот ја предизвикал незгодата спротивно на законот, или намерно поради небрежност, во следните случаи:

1. во алкохолизирана состојба со ниво на алкохол преку 0,50 промили (за професионален возач преку 0,00 промили), или под влијание на наркотични средства или лекови;

2. како резултат на возење без возачка дозвола;

- кога осигуреникот извршува дејност, работа во странство или работи и задачи за странски работодавец и од тоа остварува примања.

ИСКЛУЧУВАЊЕ ЗА ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ ВО СЛУЧАЈ НА ГУБЕЊЕ ИЛИ КРАЖБА НА БАГАЖ

Член 18

Осигурувачот нема обврска за надомест од осигурување во случај на кражба или уништувањето на предметите во багажот:

1. за надоместот што е повисок од разумниот сразмер на вкупната вредност на комплетот/сетот и вредноста на изгубениот или оштетениот предмет што е дел од комплетот/сетот;

2. за штета што не е пријавена во полиција, ниту во авиокомпанија, не е добиена писмена потврда/извештај за конкретниот настан;

3. во случај на губење или штета на контактни и корнеа или микрокорнеа леќи;

4. во случај на губење лични предмети што се позајмени или ако е направен пропуст при парични трансакции;

5. во случај на доцнење затоа што осигуреникот не предвидел разумно време за пристигнување до местото на поаѓање, во согласност со условите за патување што му се познати во тоа време;

6. во случај на доцнење затоа што осигуреникот не обезбедил неопходна документација за реализација на патувањето;

7. во случај на доцнење или откажување на летот што е во врска со мерки на државни органи или по нивен налог;

8. во случај на неможност за извршување на договорни обврски на превозникот поради виша сила. Под поим виша сила се подразбира, во смисла на овие Услови, секој настан што превозникот не можел да го предвиди или да го спречи. Во тие настани може да спаѓа и војна или закана од војна, бунт, граѓански немири, актуелна или најавена терористичка активност, природна или нуклеарна несреќа, лоши временски услови, пожар или слични настани што се надвор од контролата на превозникот;

9. во случај на доцнење или губење на багаж при патување со авион од странство во РС Македонија.

ОПШТИ ИСКЛУЧУВАЊА И ОГРАНИЧУВАЊА

Член 19

(1) Исклучени се сите обврски на осигурувачот, во следниве случаи:

1. Трошоци за враќање преземени без одобрение на осигурувачот или трошоци за предвремено враќање без одобрение од лекар специјалист.

2. Во случај кога осигуреникот знаел дека има можност за настанување на осигурен случај или би можел да предвиди дека ќе се случи.

3. Како последица на природна катастрофа, елементарна непогода и прогласена епидемија и/или пандемија на заразни болести.

4. Во случаите кога осигуреникот го загубил животот како последица на намерно дејствување на корисникот на осигурувањето.

5. Надвор од предвидената територија на која важи осигурувањето или ако осигурениот случај настанал пред почетокот на осигурувањето, односно по поминување на осигурениот период, или е настанат по враќање во земјата на живеење, или доколку е

настанат по искористување на сите осигурени денови во рамките на траењето на осигурувањето.

6. Како последица на намерно дејство на осигуреникот, самоубиство или обид за самоубиство или душевни болести (непресметливост) на осигуреникот, намерно самоповредување, самолечење, алкохолизам, зависност од дрога или користење на опојни (халуциногени) производи, како и состојба под влијание на алкохол или дрога. Се смета дека осигуреникот е во алкохолизирана состојба ако по настанување на осигурениот случај е утврдено присуство на алкохол во крвта повеќе од дозволената количина на алкохол според позитивните законски прописи што се на сила во моментот на настанување на несреќниот случај, односно ако се пронајдат траги на наркотични средства. Исто така, се смета дека осигуреникот е во алкохолизирана состојба доколку алкохолизираност проценил овластен лекар како стручно лице, т.е. медицинскиот тим проценил дека дејството на алкохолот имало како последица здравствени проблеми.

7. Како последица на незгода предизвикана од возење мотоцикл без заштитна опрема (кацига). Без поседување на меѓународна возачка дозвола за одредена категорија.

8. Поради тоа што осигуреникот се занимава со ризични и опасни активности или спортови како што се: лов, акробации, нуркање, едриличарство, спелологија, планинарење, работење со огномет и експлозиви, падобранство, скијачки скокови, возење со боб, акробатско скијање, банџи-скокање, авиомоторски, акробација со ролери, скијање на вода, управување со скутери на вода, хокеј, лизгање на мраз, параглајдерство, летање со балон, картинг-возење, активности во воден парк.

9. Настан што настанале во текот на учество на подготовки, учество на тренинзи.

10. Како последица на војна, инвазија, дејствување на надворешен непријател, непријателства (без оглед дали војната е објавена или не), терористички активности, граѓанска војна, акт на саботажа, тероризам или вандализам, побуни, револуции, востанија, војни и други видови узурпирање власт.

11. Како последица на јонизирано зрачење или контаминација од радиоактивност од друг радиоактивен отпад настанат со согорување на нуклеарното гориво, односно радиоактивни, отровни, експлозивни или други опасни својства на експлозивниот нуклеарен склоп или на некои негови компоненти.

12. Како штета од неимотна природа.

13. Како трошок што би бил платен и доколку осигурениот случај не се случил.

14. Трошоци што настанале како последица на пречекорување на тежината на багажот во време на репатријација со редовна авионска линија, трошоци за царина и сл.

(2) Исклучена е обврската на осигурувачот во случај кога осигуреникот склучил друга полиса што го покрива истиот осигурен случај, освен за надомест што не е покриен со друга полиса. Во случај кога осигуреникот е покриен со осигурување кај истиот осигурувач и со втора полиса, се смета дека има право на покритие по основа на полисата со поголемо покритие, односно по основа на полисата по која осигурувањето важи подолг временски период, доколку таа се однесува на период во кој е случен штетниот настан.

Исклучена е обврската на осигурувачот кога надоместот на осигурениот случај е предмет на исплата на некој друг начин (билатерални спогодби, осигурување од автоодговорност и сл.).

(2) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на штети предизвикани од финансиска пропаст на туристичка агенција.

(3) Договорачот на осигурувањето има обврска при склучување на договорот за осигурување да ја пријави причината за патување, а задолжително да ја плати зголемената премија во следните случаи:

1. рекреативно занимавање со скијачки спорт и сноубординг, и ги опфаќа случаите во тек на вршење на спортски активности, со исклучување на опасни спортови во согласност со ставот 1, точка 8 на овој член;

Осигурувањето од спортска незгода важи само доколку за неа е платена дополнителна премија и ги опфаќа случаите настанати за време на спортските активности наведени во претходниот став;

2. вршење платени активности и работи во странство врзани за градежништво, монтажа на објекти и опрема, изведување на работа и слично;

3. вршење професионални активности и работи што ги организира и ги плаќа странски работодавец, а во тој случај осигурувачот ваквиот престој ќе го смета за привремена работа во странство, исто така и доколку осигуреникот е ангажиран од македонски фирми за да извршува претежно канцелариски работи (административни) во странство, договорачот има обврска да плати зголемена премија поради ризик на продолжен престој надвор од границите на РС Македонија (евидентно како изјава што е прилог на полисата);

4. професионално управување со товарни возила, автобуси, авиони, возови, бродови и други возила на моторен погон, освен професионалното управување со автомобилите;

5. професионално или полупрофесионално учествување на спортски натпревари и тренинзи, со исклучување на опасни спортови во согласност со ставот за исклучување претходно наведен во овој член. Спортски натпреварувач е спортски аматер или професионален спорист што учествува на спортски натпревари, како член на спортска организација или самостојно, во согласност со спортските правила.

Доколку се случи несреќен случај при вршење на горенаведените активности, а не е пријавена причина за патувањето, односно не е платена зголемената премија на осигурување, обврската на осигурувачот е исклучена.

НАЧИН НА ПРИЈАВУВАЊЕ НА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ

Член 20

(1) Во случај на потреба на асистенција, кога ќе се случи осигурен случај или постои можност за случување, осигуреникот има обврска да го пријави осигурениот случај.

(2) Под пријава на осигурениот случај, во смисла на овие Услови, се подразбира осигуреникот да ги изврши следните работи:

1. веднаш, а најдоцна во рок од 48 часа од настанат осигурен случај, да го повика дежурниот центар на компанијата на телефонот што се наоѓа на полисата за осигурување (да се јави на дежурниот телефон на центарот за помош во Македонија осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп);

2. да изврши идентификација, со давање основни податоци за себе (име и презиме, број на пасош и сл.);

3. да прифати лекување во здравствената установа во која ќе го упати дежурниот центар;

4. да пополни формулар (да даде изјава) за пријава на отштетно побарување;

5. да испрати копија од полисата на имејл-адресата на осигурувачот;

6. да достави број на телефон и адреса во странство на кој ќе може да биде лесно контактиран;

7. накратко да ги опише видот и начинот на настанување на осигурениот случај.

(3) Во случај кога компанијата за одредена територија организира мрежа на даватели на здравствени услуги во странство (насловени како „мрежа“), осигуреникот е должен, во случај на амбулантно лекување, да ги користи услугите на мрежата, но во согласност со претходно побарана и одобрена потврда за прифатени медицински услуги од страна на компетентно лице кај осигурувачот (кое е должно да побара изјава за настанатиот несреќен случај од осигуреникот по неговото враќање во РС Македонија заради потврдување на веродостојноста на настанот). Во спротивно, асистентската компанија нема да изврши директен надомест на трошоците на амбулантното лекување во здравствената установа, туку осигурувачот ќе ги рефундира направените тошоци директно на осигуреникот по неговото враќање во РС Македонија (а по утврдување на основата – обем за признавање на осигурениот случај).

(4) Ако не е можно итно да се телефонира пред да се консултира лекар, осигуреникот треба на лекарот или персоналот на болницата да ја покаже полисата за осигурување, а тие по правило вршат пријава на осигурениот случај со повикување на дежурниот центар на компанијата.

(5) Доколку се користи болничко лекување, а осигуреникот сам ја избере болницата без консултација со дежурниот центар на компанијата (консултација со центарот за помош на осигурувачот), компанијата има право да го одбие надоместот на трошоците за лекување.

(6) Во секој случај, кога поради ненадејна болест или несреќен случај е неопходно болничко лекување (хоспитализација), потребно е да се изврши пријава во рок од 48 часа од настанување на осигурениот случај, а најдоцна до моментот на напуштање на здравствената установа во која се лекувал осигуреникот, и тоа пред да се платат настанатите трошоци за лекување, и на асистентската компанија да и се дадат потребните информации, име и адреса на болницата, името на лекарот што го лечи осигуреникот и телефонски број. Во спротивно, осигурувачот не гарантира дека трошоците ќе бидат надоместени во полн износ.

(7) Во случај кога осигуреникот, поради ненадејна болест или несреќен случај, е сместен во болница заради лекување (хоспитализација), а поради ургентно тешката здравствена состојба проследена со губење на свест не е во состојба да изврши пријава на штета во согласност со ставовите од овој член, осигурувачот ќе признае дополнителен рок за пријава на осигурениот случај, но не подолг од 7 дена од денот на настанување на осигурениот случај и задолжително пред плаќање на трошоците за лекување, односно пред излез од болницата и враќање во земјата на живеење. Во спротивен случај, осигурувачот не гарантира дека трошоците за лекување ќе бидат надоместени, односно дека ќе бидат надоместени во полн износ.

(8) Доколку се користат амбулантски услуги, а во согласност со препораката за директно плаќање трошоци, во висина до 150 ЕУР наведена во полисата за осигурување, осигуреникот е должен сите трошоци настанати до 150 ЕУР лично да ги исплати во согласност со препораката испечатена на полисата, да ја подигне медицинската документација и по враќањето во РС Македонија уредно да ја пријави штетата во рок предвиден со Условите.

Доколку штетата се пријави во асистентска компанија или директно кај осигурувачот, а најдоцна во рок од 48 часа од моментот на настанување на незгодата, во согласност со даденото одобрување (неодобрување) од страна на компетентно лице, ќе се пристапи кон обработка на барањето.

Во спротивност на горенаведеното, трошоците паѓаат на товар на самиот осигуреник.

(9) Ако осигуреникот не е во состојба да изврши пријава на осигурениот случај на компанијата, односно осигурувачот, извршената пријава во најкраток можен рок од страна на блиско лице, полиција, судскиот орган, болничката установа или кој било што му пружил помош, важи како осигуреникот лично да извршил пријава.

Трошоците за извршениот телефонски повик нема да му бидат рефудирани на осигуреникот, односно ќе паднат на негов товар.

(10) Доколку осигурувачот или неговиот партнер не биле известени претходно или во рок од 48 часа и не се почитувал нивниот избор на лекар или здравствена установа, а осигуреникот се јавува по овој временски рок, осигурувачот ќе му ги плати настанатите основни трошоци на осигуреникот најмногу до износ од 150 ЕУР, по неговото враќање во РС Македонија и по приложување валидна медицинска документација.

(11) Осигуреникот има обврска да ја пријави штетата во рок од 8 дена по враќањето од патувањето и да ја запази обврската за јавување во роковите и на начин утврден во договорот.

ПОСТАПУВАЊЕ И ОБВРСКИ НА ОСИГУРЕНИКОТ ПО ПРИЈАВАТА НА ОСИГУРЕНИОТ

СЛУЧАЈ

Член 21

(1) По пријавувањето на осигурениот случај, компанијата дава согласност и понатамошни инструкции како да се изврши потребната постапка на лечење или да обезбеди услуги на асистенција.

(2) Осигуреникот има обврска да одобри слободен пристап на компанијата или на нејзиниот претставник, да овозможи увид во здравствената документација и консултации со овластениот лекар што го лечи, или извршување дополнителни здравствени прегледи, за преку тоа да може да се оцени здравствената состојба на осигуреникот.

(3) Осигуреникот мора да направи сѐ за да ги смали трошоците и да ги сведе на реално потребни и нужни.

(4) Осигуреникот мора да го пријави на осигурувачот или на компанијата постоењето на друга полиса на осигурување што го покрива истиот ризик.

(5) Доколку се изврши репатријација од страна на компанијата, осигуреникот има обврска да ги стави неискористените патни билети на располагање на асистентската компанија.

(6) Во случај на медицински транспорт или репатријација, осигуреникот има обврска да ги прифати датумот и начинот на транспортот што ќе ги одредат компанијата и овластениот лекар. Медицинскиот транспорт по воздушен пат (со авион, хеликоптер и сл.), кога тоа е неопходно и медицински оправдано, е ограничен само на случаите на континентален превоз.

(7) Компанијата, односно осигурувачот, има право да бара од осигуреникот да го извести за сите факти и да ги предаде сите документи што осигурувачот смета дека се битни заради проверка на веродостојноста на пријавениот осигурен случај и заради исполнување на своите обврски кон осигуреникот, вклучително и доказ за реалниот почеток на патувањето во странство, според кој ќе се утврди основаноста на покритието. На барање, осигуреникот мора да ѝ даде на компанијата, односно на осигурувачот, овластување за да се соберат сите важни факти од трети лица (лекар, аптекар, фармацевт или други медицински претставници или медицински установи од кој било вид, превозникот на осигуреникот, здравствените или пензиските установи). Со прифаќање на овие услови, осигуреникот ги ослободува лекарот и парамедицинскиот персонал што го прегледал пред и по настанување на осигурениот случај на професионалната обврска на чување тајна.

(8) Осигурувачот, односно компанијата е ослободена од каква било обврска за исплата на надомест доколку која било одредба од овој член не се почитува.

(9) Осигурувачот, односно компанијата има право да ја одбие исплатата на надомест во случај:

- осигуреникот да не ги исполни своите обврски од договорот или да не ги испочитува инструкциите што ги добива од компанијата;

- доколку трошоците не се во согласност со ценовната листа пропишана во земјата во која настанал осигурениот случај;

- доколку од пасошот не може да се утврди точна искористеност на осигурените денови, што како обврска паѓа на товар на осигуреникот, а осигуреникот во рок од 2 недели по доставената пријава не успее да го докаже тоа;

- ако изјавата на осигуреникот, која претставува основа за заклучување на полисата или која настане во процесот на пријавата на штета, биде лажна, со неистинит исказ, или ги прикрива фактите заради измама и сл.

(10) Доколку трошоците произлезени од настанување на осигурениот случај се помали од наведените максимални лимити предвидени со полисата за осигурување, осигуреникот нема право на исплата на разликата.

ДИРЕКТЕН НАДОМЕСТ НА ТРОШОЦИ НА ЗДРАВСТВЕНАТА УСТАНОВА

Член 22

(1) По правило, трошоците настанати при лечење на осигуреникот се надоместуваат директно на здравствената установа, и тоа од страна на компанијата, по претходно одобрена конфирмација од страна на осигурувачот, само доколку осигурениот случај е правилно пријавен, во смисла на овој член, пред плаќањето на настанатите трошоци за лекување, односно пред излегувањето од болница, во рок од 48 часа од настанувањето на осигурениот случај, исклучок е само кога има хоспитализација, каде што се применуваат одредбите од член 20 став 7 од овие Услови.

(2) За да се оствари правото на директен надоместок на трошоците на здравствената институција, а кои настанале при лечење на осигуреникот, потребно е, покрај пријавата на осигурениот случај директно кај осигурувачот или во компанијата, односно осигурувачот, да се почитува и одлуката за избор на лекар или на здравствена установа каде што ќе се лечи осигуреникот, со доставување на:

- фотокопија на полисата за осигурување;

- фотокопија на пасош за утврдување на осигурително покритие, медицински извештај што содржи дијагноза и детален опис на медицинскиот третман, здравствен картон на пациентот и дневни забелешки на лекарот што го лечи осигуреникот, како и видот на препишаната терапија – лекот;

- оригинални сметки. За да бидат овие сметки признати како валидни, мора задолжително: да се на име и презиме на осигуреникот; да содржат датуми на третманот; да бидат заверени со печат и потпис на овластениот лекар или фармацевт;

- официјален извештај од полиција за настанување и видот на несреќниот случај (незгода) во случај повредата на осигуреникот да е последица од несреќен случај (незгода);

- документи со службена потврда за причината за смртта, со изјава и извештај на лекарот што ја констатирал смртта;
- сите други документи потребни да се пресмета надомест, а кои ќе ги побара асистентската компанија.

Во случај кога болницата или докторот ја имаат кај себе оригиналната полиса, односно потврдата за осигурување на осигуреникот, а нема да го пријават осигурениот случај кај осигурувачот во рокот предвиден со овие Услови и осигуреникот ќе биде отпуштен од болницата или ќе се врати во земјата на живеење, болницата, односно докторот нема да има право на директен надомест на направените трошоци во врска со осигурениот случај од осигурувачот.

НАДОМЕСТ НА ТРОШОЦИ НА ОСИГУРЕНИКОТ ПО ВРАЌАЊЕ ВО ЗЕМЈАТА НА ПРЕСТОЈ

Член 23

Во случај кога осигуреникот сам ќе ги исплати трошоците, а претходно го пријавил осигурениот случај и го испочитувал изборот на лекар или здравствена установа од страна на центарот за помош на осигурувачот во согласност со членот 20, трошоците ќе му бидат надоместени по неговото враќање во земјата на живеење.

1. Надоместот по основа на осигурување ќе му се исплати на оштетениот што ќе докаже дека во име и за сметка на осигуреникот ги има платено трошоците за лекување во странство.

2. Надоместокот се плаќа во денари според официјалниот среден курс на НБРСМ на валутата што е користена за плаќање на овие трошоци на денот на настанување на осигурениот случај, односно на денот назначен на сметката.

3. Отштетното побарување мора да се предаде на осигурувачот не подоцна од 30 дена од завршеното лекување извршено во странство или најдоцна до 8 дена по поминување на границата и влез во РС Македонија, со доставување на следните документи:

- оригинална полиса;
 - договор за патување со агенцијата, во случај на организирано туристичко патување;
 - пасош (или во случаите кога има, и придружен документ за потврда на престојот) со доказ за почетокот на престојот на осигуреникот во странство;
 - медицински извештај што содржи дијагноза и детален опис на медицинскиот третман, со комплетна историја на болеста на пациентот;
 - дневните забелешки на лекарот што го лечел осигуреникот со видот на препишаната терапија – лекот;
 - оригинални сметки. За да бидат овие сметки признаени како валидни, мораат задолжително:
 - да се на име и презиме на осигуреникот;
 - да содржат детален опис на видот на болеста, односно видот на акутната забоболка;
 - да содржат детали за пружениот медицински и стоматолошки третман, како и видот на препишаниот лек;
 - да содржат датум на третмани;
 - да бидат заверени со печат и потпис на овластениот лекар или фармацевт;
 - официјален извештај од полиција за настанување на несреќниот случај (незгода) во случај повредата на осигуреникот да е последица од несреќен случај (незгода);
 - документи со службена потврда за причината за смртта, со изјава и извештај на лекарот што ја констатирал смртта, во случај на смрт на осигуреникот;
 - сите други документи потребни да се пресмета надомест, а кои ќе ги одобри осигурувачот.
- Преводот на овие документи, освен ако се напишани на македонски или на англиски јазик, е на товар на осигуреникот.

Решавање на штети во случај на ризик од последици на настанување несреќен случај

Осигуреникот е должен, заедно со пријавата за штета, на осигурувачот да му ја достави и следната документација:

1. договор за патување (да ги содржи местото и периодот на патување, лицата што ќе патуваат и цената на аранжманот);
2. целокупна медицинска документација;
3. фотокопија од пасош;
4. фотокопија од трансакциската сметка на осигуреникот.

РЕШАВАЊЕ НА ШТЕТИ НА БАГАЖ

Член 24

Штетите на багаж се пријавуваат и се решаваат од надлежниот орган на осигурувачот, врз основа на следните документи:

1. пријава за штета, правилно пополнета;
2. една фотокопија од полисата за осигурување;
3. спецификација на содржината на багажот со приближни датуми на набавка на предметите, како и приближни вредности на предметите;
4. фотокопија од пасош, односно од лична карта;
5. авиобилет како доказ за патувањето;
6. потврда од полициски орган со податоци за какво кривично дело станува збор, со изјава за кражба на багажот дадена на

полициските органи со целосно објаснување за околностите на кражбата;

7. потврда од авиокомпанијата или аеродромот со податоци за губење на багажот со јасно објаснување за околностите на губењето;

8. фактура, а во случај да нема фактура, осигурувачот ќе ги смета просечните пазарни цени во РС Македонија како основа;

9. други документи потребни за проценка на штетата;

10. во случај на техничка опрема, потврда за изнесување надвор од РС Македонија од царинските власти;

11. исплатата на штети на багажот се врши во денари.

Осигурувачот ќе ја исплати штетата настаната со губење или кражба на багажот, и тоа за ствари и предмети според новонабавната вредност на денот на штетата, а за техничка и друга опрема, максимален поединечен износ од 9.000,00 денари во приближна вредност на предметите на багажот до максималната обврска на осигурувачот, која е дефинирана во табелата за покритее по пакети.

При исплата на надоместот на осигурување, изгубените или украдени предмети се вреднуваат така што, меѓу другото, се зема предвид и нивната амортизација во моментот на настанувањето на осигурениот случај – губење, кражба.

Доколку осигуреникот не постапи во согласност со претходниот став од овој член, осигурувачот се ослободува од исплата на надомест.

ЗАШТИТА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ ИДЕНТИТЕТ НА КОНТРОЛОРОТ И КОНТАКТ ЗА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

Член 25

Контролор: Акционерско друштво за осигурување и реосигурување МАКЕДОНИЈА Осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп

Адреса: ул. „11 Октомври“ бр. 25

e-mail: info@insumak.mk

тел: +3892 3115 188

Контакт за лични податоци: Офицер за заштита на лични податоци

e-mail: lpoficer@insumak.mk

Дополнителни податоци за офицерот за заштита на личните податоци може да најдете на интернет-страницата на Друштвото www.insumak.mk.

ОБРАБОТКА И ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Член 26

Осигурувачот врши обработка (собирање, евидентирање, организирање, чување итн.) на лични податоци на осигуреници, договарачи на осигурување, нивните законски застапници или полномошници во согласност со одредбите на Законот за заштита на личните податоци и другите релеванти позитивни прописи, применувајќи соодветни технички и организациски мерки за обезбедување безбедност на личните податоци. Собраните лични податоци се дел од збирките на лични податоци на Осигурувачот, а Осигурувачот во својство на контролор на личните податоци ги користи во согласност со основните начела за обработка на лични податоци дефинирани во Законот за заштита на личните податоци.

ЦЕЛИ И ПРАВНА ОСНОВА ЗА ОБРАБОТКАТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Член 27

Осигурувачот обработува лични податоци заради исполнување договорни обврски, врз основа на закон, за цели на легитимни интереси, како и врз основа на дадена согласност од клиентот на начин што е во согласност со целта за која биле обработувани.

а) **Исполнување на договорни обврски**

Личните податоци се неопходни за обработка од страна на Осигурувачот со цел да се исполнат правата и обврските што произлегуваат од договорот за осигурување, односно нивната обработка претставува основа за оценување на осигурително покритее и за надомест на штета.

б) **Законски обврски**

Осигурувачот обработува лични податоци во согласност со законските обврски предвидени во Законот за супервизија на осигурувањето, Законот за заштита на личните податоци, Законот за облигациони односи, Законот за задолжително осигурување во сообраќајот и други позитивни прописи, како и врз основа на регулаторни барања од институции (надлежен суд, Агенција за супервизија на осигурувањето, Јавно обвинителство, Управа за јавни приходи и др.).

в) **Легитимни интереси**

Осигурувачот обработува лични податоци врз основа на легитимен интерес, само во случаите кога легитимниот интерес преовладува над правата и слободите на субјектот на лични податоци: заштита на безбедноста на системите на ИТ, видеонадзор за заштита на имотот на Осигурувачот, вработените и клиентите, имплементација и воспоставување безбедносни мерки и др.

г) **Согласност на клиентот**

Личните податоци што ги обработува Осигурувачот ќе бидат искористени за цели како доставување рекламни материјали, промоции, понуди, како и за други цели на директен маркетинг, само врз основа на експлицитна согласност за обработка на лични податоци за цели на директен маркетинг, која може да се повлече во секое време, бесплатно, со писмено барање на следниот е-mail: lpoficer@insumak.mk, по пошта до МАКЕДОНИЈА осигурување АД Скопје –Виена Иншуренс Груп, ул. „11 Октомври“ бр. 25, Скопје, со назнака „До Офицерот за заштита на лични податоци“ или во нашите деловни простории.

РОКОВИ НА ЧУВАЊЕ НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

Член 28

Личните податоци, Осигурувачот 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 во согласност со член 109 став 8 од Законот за супервизија на осигурувањето.

По истекот на роковите од став 1 на овој член личните податоци ќе бидат избришани/уништени од базите на податоци на Осигурувачот и нема да се обработуваат за други цели.

ПРАВА НА СУБЈЕКТИТЕ НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Член 29

- право на пристап до личните податоци;
- право на исправка на неточни или нецелосни лични податоци;
- право на бришење;
- право на ограничување на обработката;
- право на преносливост на податоците;
- право на приговор;
- право на повлекување на согласноста за обработка на лични податоци, кога обработката е заснована на согласност.

Овие права субјектот на личните податоци може бесплатно да ги оствари контактирајќи го офицерот за заштита на лични податоци на следниот е-mail: lpoficer@insumak.mk, по пошта до МАКЕДОНИЈА осигурување АД Скопје – Виена Иншуренс Груп, ул. „11 Октомври“ бр. 25, Скопје, со назнака „До Офицерот за заштита на лични податоци“ или во нашите деловни простории.

ПРЕНОС НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Член 30

Осигурувачот може да изврши пренос на лични податоци во земји на Европска Унија, земји членки на Европскиот економски простор и трети земји тогаш кога тоа е потребно за склучување и за извршување на договорите за осигурување (на пример реосигурување или барање за надомест на штета случена во друга држава и сл.) само доколку од страна на Европската Унија или Агенцијата за заштита на личните податоци е утврдено дека во конкретната држава постои соодветно ниво на заштита на личните податоци.

Доколку во третата држава или меѓународна организација не постои соодветно ниво на заштита на лични податоци, Осигурувачот ќе може да го изврши преносот само доколку обезбеди соодветни мерки за заштита на овие податоци во согласност со закон.

ПРАВО НА ПРИГОВОР

Член 31

Клиентот на услугата на осигурување има право да поднесе приговор на обработката што се заснова на легитимен интерес на Осигурувачот, вклучувајќи и профилирање. Доколку корисникот на услугата сè уште смета дека личните податоци не се обработуваат во согласност со законот, може да поднесе барање до Агенцијата за заштита на личните податоци.

ПРАВО НА ПОВЛЕКУВАЊЕ НА СОГЛАСНОСТ

Член 32

Доколку субјектот дал согласност за обработка на лични податоци, тој може да ја повлече согласноста во секое време, целосно или делумно, во согласност со Законот за заштита на личните податоци, со тоа што повлекувањето на согласноста не влијае врз законитоста на обработката на личните податоци пред повлекување на согласноста.

Осигурувачот личните податоци ги обработува во најбрз можен рок по добивањето на известување за повлекување на согласноста.

Член 33

Со потпишувањето на полисата за осигурување договоруваачот на осигурување потврдува дека пред собирањето на личните податоци од страна на овластеното лице на Осигурувачот е запознаен со целите и законските основи на обработката на личните податоци, како и обврската Осигурувачот да ги обработува личните податоци во согласност со Законот за заштита на личните податоци.

КЛАУЗУЛА ЗА РЕСТРИКТИВНИ МЕРКИ

Член 34

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, Обединето Кралство, ЕУ или Република Северна Македонија.

ИЗВЕСТУВАЊЕ НА ОСИГУРЕНИКОТ

Член 35

Договарачот на осигурувањето и осигуреникот со потпишување на договорот за осигурување/полисата изречно потврдуваат дека при неговото склучување од страна на осигурувачот во писмена форма се известени за сите податоци во согласност со членовите 49 и 50 од Законот за супервизија во осигурувањето, односно се известени и за правото за поднесување жалба, и потврдуваат дека пред склучувањето на осигурувањето им е оставен разумен рок во кој конечно одлучиле да го склучат договорот за осигурување.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

ПОСТАПКА ПО ПРИГОВОРИ

Член 36

Во случај кога Осигуреникот е незадоволен од одлуката на Осигурувачот, Осигуреникот има право на приговор до Второстепената комисија за приговори.

Второстепената комисија за приговори е должна да одлучи по приговорот во писмен облик во рок од 30 дена од денот на прием на приговорот.

За постапување и решавање по приговори е надлежен Осигурувачот, а не Асистентската компанија.

ПОСТАПКА ПО ЖАЛБА

Договарачот, односно осигуреникот, во однос на работењето на Друштвото, има право на жалба до Агенцијата за супервизија на осигурувањето како орган надлежен за супервизија на друштвата за осигурување.

РЕШАВАЊЕ СПОРОВИ

Евентуалните спорови што би произлегле од договорот за осигурување, договорните страни ќе ги решаваат спогодбено, а доколку не дојде до спогодба, надлежен е Основниот граѓански суд Скопје.

Број: 02-6154/4
Датум: 27.06.2024

Претседател на Управен одбор
Бошко Андов