

Член 1

Општа одредба

1. Општите услови за доброволно здравствено осигурување и овие Дополнителни услови за осигурување на фиксен надомест (во понатамошниот текст: **Дополнителни Услови**), Полисата за осигурување и Понудата за склучување на договорот, се составен дел од договорот за Доброволно здравствено осигурување што Договорувачот на осигурувањето ќе го склучи со друштвото УНИКА а.д. Скопје (во понатамошниот текст: **Осигурувач**).
2. Договорот за осигурување се склучува за најмалку една година, со можност за продолжување, во согласност со одредбите на Општите услови за доброволно здравствено осигурување.
3. Во полисата за осигурување се наведени ризиците кои се осигурени и договорените износи за надомест.

Член 2

Право на осигурување

1. Согласно Дополнителните услови за осигурување на фиксен надомест, можат да се осигурат лица од 0 до навршени 60 години.
2. Осигуреници се физички лица на кои им е утврдено својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување.

Член 3

Осигурително покритие

1. Осигурителното покритие опфаќа надомест за:
 - операција и
 - фрактура на коски

Член 4

Осигурен случај

Под Осигурен случај според овие услови се подразбира:

Операција

1. Под операција на осигуреникот се подразбира хируршка интервенција која е потребна поради болест или последица од несреќен случај.
2. Под хируршка операција се подразбира операции кои се извршуваат на срце, крвните садови на срцето и мозокот поради малигни тумори, леукемија, епилепсија, шизофренија, дијабетес, трансплантација на органи, хемодијализа и протеза на колк, а кои ги исполнуваат основните услови од ставот 3. од овој член за признавање на хируршки операции.
3. Во согласност со овие Дополнителни услови, поимите поврзани со дефиницијата за осигурениот случај, операција на осигуреникот, го имаат следното значење:
 - Хируршка операција е операција со хируршки рез, која ја изведува хирург во операциона сала во болница.
 - Болница е било која јавна или приватна институција, законски овластена за медицински третмани на болни или телесно повредени, дијагностицирање и изведување хируршки операции. Таква институција мора да има дежурен доктор 24 часа на ден.
 - Хирург е лице кое е квалификувано со диплома и законски лиценцирано и регистрирано за изведување на хируршки операции.
4. Осигурителното покритие, во случај кога следи операција, не постои за:
 - сите случаи предизвикани од болест од која веќе боледува осигуреникот;
 - оние зафати кои можат да се изведат амбулантно односно за кои не е потребно болничко лекување или кои се изведуваат со цел дијагностицирање на заболувањето и/или состојбата, а чие опоравување после оперативниот зафат на трае подолго од 3 дена;
 - третмани за намалување на телесната тежина;
 - бременост, природно породување, породување со Царски рез и спонтан абортус;
 - неонатални третмани;

- естетски, козметички и пластични хируршки интервенции, освен ако истите не служат за отстранување на последици од несреќен случај кој е покриен со полисата за осигурување. Реконструкција на града како последица на мастектомија поради карцином (рак) е покриена, додека замената на постоечкиот имплант на градите се исклучува од осигурителното покритие;
- оперативни третмани во директна или индиректна врска со СИДА-та. Исклучена е било која болест, која е директна или индиректна последица или е поврзана со серопозитивната инфекција со ХИВ вирусот, стекнат синдром на СИДА или било кој друг синдром сличен или поврзан со СИДА;
- третмани и операции на заби, освен ако истите не служат за отстранување на последици од несреќен случај која е покриена со полисата за осигурување;
- експериментални третмани или третмани извршени од страна на неквалификуван лекар;
- постапки чија цел е превентивна, а не куративна;
- перитонеална дијализа;
- и секој третман кој од медицински аспект е непотребен.

Фрактура на коски

5. Под фрактура на коски се подразбира скршеница која се случила за времетраење на осигурувањето, и доколку, по настанувањето на повредата истата е утврдена во болница или во друга здравствена институција или од овластен лекар, под услов скршеницата да е верификувана со рендгенска снимка.
6. Осигурителна заштита не постои за кршење на заби.
7. Фрактури на повеќе коски кои се последица од еден случај, се смета како еден осигурен случај.

Член 5

Надомест од осигурување

1. Кога настанува осигурениот случај:
 - (а) Осигурувачот исплатува на осигуреникот трошоците на име учество со лични средства при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување како и повисок стандард на здравствени услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување но не повеќе од договорениот надомест, наведен во полисата за осигурување.
 - (б) Осигурувачот исплатува на осигуреникот трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, трошоците за покривање на здравствени услуги користени за дополнителна дејност, како и за користење на здравствени услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во која се врши здравствената дејност договорениот надомест, наведен во полисата за осигурување.
 2. Правото на надомест од осигурувањето не е преносливо односно исклучиво Осигуреникот има право на наплата на надоместот од осигурувањето.
- #### Операција
- (а) Кога настанува осигурен случај согласно овие Дополнителни услови, Осигурувачот има обврска за секоја извршена операција да му исплати на осигуреникот пресметаниот/договорениот и наведениот износ во зависност од сложеноста на извршената операција но не повеќе од договорениот надомест, наведен во полисата за осигурување.
3. Сложеноста на операцијата ја утврдува Осигурувачот согласно Табелата за одредување на сложеноста на операциите (во продолжение **Табела**)
Ако некоја операција не е предвидена во Табелата истата не се смета за осигурен случај.
 4. Ако за време на иста хируршка операција изведени со различни хируршки резови изведени се повеќе хируршки интервенции, на

осигуреникот се гарантира исплата за надомест за онаа операција која припаѓа на повисока група.

5. Ако се извршат повеќе хируршки интервенции преку ист хируршки рез, Осигурувачот гарантира исплата за надомест за само таа хируршка интервенција за која се исплаќа највисок надомест.

Фрактура на коски

(а) Кога настанува осигурен случај согласно овие Дополнителни услови, Осигурувачот има обврска за секоја фрактура на коски да му исплати на осигуреникот пресметаниот/договорениот и наведениот износ во зависност од сложеноста на фрактурата но не повеќе од договорениот надомест, наведен во полисата за осигурување.

1. Сложеноста на фрактурата ја утврдува Осигурувачот согласно Табелата за одредување на сложеноста на фрактурите (во продолжение Табела).

Член 6

Територијална важност на осигурување

1. Осигурителната заштита важи на територија на Р. Македонија освен ако не е поинаку договорено.

Член 7

Начин на склучување на договор

1. Договорот за осигурување на фиксен надомест, може да се склучи како:

- Индивидуално осигурување;
- Семејно осигурување;
- Групно (колективно) осигурување.

2. Со полисата за семејно осигурување може да се осигурат членови на едно семејство, кои се наведени поединечно во полисата или список кој е прилог кон полисата. Членви на семејство се сметаат: сопружник на Договорувачот на осигурувањето и деца до навршени 18 години.

3. Со полисата за групно осигурување може да се осигурат вработени лица во компании, организации, заедници и институции, ако се осигурат најмалку 10 лица, кои се наведени поединечно на список кој е составен дел на полисата.

Член 8

Промена на премија за осигурување

1. Осигурувачот има право на корекција на премијата со оглед на ризикот на осигуреникот (старост, пол, здравствена состојба на осигуреникот).

2. Осигуреникот е должен пред склучувањето на договорот за осигурување како и за време на неговото траење, да ја достави до Осигурувачот, на негово барање, целата потребна оригинална медицинска документација, како би можел истиот, навремено и вистинито да ја утврди здравствената состојба на Осигуреникот, и во согласност со тоа, по потреба да ја корегира висината на премијата на осигурувањето.

Член 9

Општа каренца

1. Под каренца се подразбира периодот во кој Осигурувачот не е обврзан да му пружи осигурителна заштита на осигуреникот, од склучениот договор за осигурување на фиксен надомест, односно не е обврзан да исплаќа надомест од осигурувањето. Периодот на каренца се смета од почетокот на осигурувањето.

2. Општата каренца се применуваат само при првото склучување на договорот за осигурување и доколку од истекот на осигурувањето до почетокот на обновувањето (продолжувањето) на осигурувањето поминало повеќе од 15 дена.

3. Осигурителната заштита за осигурен случај кој настанува поради операција, постои по истекот на општата каренца во времетраење од два месеци од почетокот на осигурувањето, а под услов да е платена премијата како што е предвидено со Општите услови за доброволно здравствено осигурување.

4. Осигурителната заштита за осигурен случај кој настанува поради незгода постои од почетокот на осигурувањето без примена на општа и посебна каренца.

Член 10

Траење на осигурување

1. Обврската на Осигурувачот, доколку не е договорена каренца на осигурувањето, почнува во 24:00 часот на денот кој е означен во полисата како почеток на осигурувањето, но не пред 24:00 часот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

2. Доколку е договорена каренца на осигурувањето, обврската на осигурувачот почнува во 24:00 часот следниот ден по истекот на каренцата, но не пред 24:00 часот кога е платена премијата или првата рата од премијата.

3. Обврската на Осигурувачот престанува во 24:00 часот на денот кој е наведен во полисата како ден на истекување на осигурувањето.

4. Обврската на Осигурувачот за ново примениот член од семејното или групното (колективното) осигурување почнува во 24:00 часот, следниот ден по истек на каренцата, сметајќи го почетокот на каренцата од оној ден кога Осигурувачот го примил известувањето за вклучување во осигурување и кога е платена премијата.

5. Обврската на Осигурувачот за секој член од семејното или групно осигурување престанува во 24:00 часот, оној ден кој е наведен како ден на престанок на осигурувањето или кога договорот престанува да важи поради некои други причини (на пр. пензионирање, прекинување на договор за работа...).

Член 11

Пријава на осигурен случај

1. Осигуреникот е должен писмено да го извести Осигурувачот за осигурителниот случај, во најкраток временски период, кога и според неговата здравствена состојба ќе биде возможно. Негова обврска е и да ја достави целокупната оригинална медицинска документација веднаш по напуштање на здравствената институција, а најдоцна во рок од 30 дена од денот на завршување на лекувањето.

2. Медицинската документација која се приложува служи како доказ дека осигуреникот има користено права од здравствената заштита согласно склучениот договор за осигурување на фиксен надомест и мора да ги содржи сите податоци утврдени во став 3 од овој член.

3. Заедно со писмена пријава, осигуреникот е обврзан да ја приложи следната документација:

- Полисата за доброволно здравствено осигурување
- Доказ за настанување на осигурен случај:
 - Лекарски преглед со целосна дијагноза, податоци за почетокот и завршување на лекувањето и причините зашто е започнато лекувањето;
 - Отпусна листа од болницата, доколку осигуреникот престојувал во болница;
 - Историја на болест и друга документација како што се изјава, изјава од сведок, записник од МВР и други органи и сл.
- Оригинал сметкопотврди како доказ за уплатени трошоци за лекување.

4. Осигурувачот може да побара превод на медицинската документација и другите додатни документи, а трошоците за превод паѓаат на терет на Договорувачот на осигурувањето. Доколку трошоците за превод ги плаќа Осигурувачот, истите ќе се одбијат од износот на штетата.

5. Осигурувачот е овластен да побара од осигуреникот и да ја добие на увид целокупната оригинална медицинска и друга попатна документација, која е потребна за утврдување на настапување на осигурен случај, а согласно став 3 од овој член.

6. Осигурувачот се обврзува да го исплати надоместокот во рок предвиден со член 10. Од Општите услови за доброволно здравствено осигурување, сметајќи од денот кога ја примил пријавата за осигурениот случај со целокупната документација.

7. Осигуреникот има право на надомест од осигурување во роковите утврдени во Законот за облигациони односи.

Член 12

Промена во условите и тарифата за осигурување

1. Во случај на потреба за промена и дополнување на овие Дополнителни услови, во случај на промена на постоечките закони, на други законски и подзаконски акти кои се применуваат на договорот за осигурување, до

степен до кој овие Дополнителни услови би биле во спротивност со тие закони и подзаконски акти, како и во случај на битни промени на пазарот, Осигурувачот ќе ги промени овие дополнителни услови и тарифа, и благовремено ќе го извести договарачот на осигурувањето во рок од 30 дена и ќе го повика на потпишување на анексот на договорот.

2. Договорувачот на осигурувањето има право во рок од 30 дена од приемот на известувањето за промените кај Дополнителните услови, да го откаже договорот за осигурување. Доколку Договорувачот на осигурувањето не одговори на поканата за потпишување на анексот на договорот или не го откаже договорот, ќе се смета дека ги прифатил предложените промени на договорот.

3. Во случај да постои потреба за зголемување на премијата на осигурувањето поради зголемување на ризикот, Осигурувачот ќе го повика Договорувачот на осигурувањето да потпише анекс на договорот за осигурување во рок од 30 дена од денот на промена на Дополнителните услови за осигурување. Ако договорувачот на осигурувањето во рок од 14 дена од денот на приемот на известувањето не ги прифати промените на договорот, договорот ќе се смета за раскинат по истекот на тековната осигурителна година.

Член 13

Применување на Дополнителните услови

1. Овие Дополнителни услови важат со Општите услови за доброволно здравствено осигурување, а доколку се во спротивност на содржината на Општите услови, важат овие Дополнителни услови.