

I. ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

(1) Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување за болничко и вонболничко лекување (во понатамошен текст: Дополнителни услови) и Општите услови за доброволно здравствено осигурување (во понатамошен текст: Општи услови) се составен дел од договорот за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување (во понатамошен текст: Договор за осигурување) што Договорувачот на осигурувањето го склучува со УНИКА А.Д. Скопје (во понатамошен текст: Осигурувач).

(2) Општите услови за доброволно здравствено осигурување, Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување, полисата за доброволно здравствено осигурување која претставува писмена потврда за склучено осигурување, како и понудата за склучување на договорот за осигурување, претставуваат составен дел од договорот за осигурување.

(3) Во случај на несогласување на некои одредби од Општите услови и Дополнителните услови ќе се применуваат одредбите од Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување. Во случај на несогласување на некои одредби од условите и полисата за осигурување ќе се применуваат одредбите од полисата, а во случај на несогласување на печатени одредби од полисата и некои од нејзините ракописни одредби, ќе се применува последната.

(4) Одделни поими кои се користат во овие Дополнителни услови го имаат следното значење:

1. Давател на услугата (во понатамошен текст: Осигурувач) – УНИКА АД Скопје која во согласност со законот организира и спроведува доброволно здравствено осигурување.

2. Договорувач на осигурување – е правно или физичко лице кое на име и за сметка на Осигуреникот склучува договор за осигурување со Осигурувачот и кој е обврзан да ја плати премијата за осигурување од свои средства или од средствата на Осигуреникот (со негова дозвола)

3. Осигуреник – е физичко лице кое има склучено договор за осигурување, или за кого врз основа на негова согласност е склучен договор за осигурување со Осигурувачот и кои ги користи правата утврдени со договорот за осигурување, како и членови на семејство. Кај колективното осигурување осигуреник е физичко лице кои имам статус на студент или лице во работен однос вработен кај Договорувачот на осигурувањето, член на здружението со Договорувачот на осигурувањето или корисник на услугите на Договорувачот на осигурување, и кој по основ на склучениот договор за осигурување во случај на настанување на осигурен случај, ги користи правата утврдени во договорот за осигурување. Осигуреници можат да бидат само лицата на кои им е утврдено својство на осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, согласно со прописите од задолжителното здравствено осигурување.

4. Членови на семејство – се брачни другари, биолошки и/или посвоени деца на Осигуреникот до навршени 18 години, односно до навршени 26 години во случај да се на редовни студии.

5. Здравствени установи - се јавни здравствени установи или приватни здравствени установи кои вршат дејност врз основа на лиценца односно решение од надлежното министерство за здравство.

6. Осигурително покритие – подразбира договорено основно покритие, а доколку е посебно договорено и платена дополнителна премија, и дополнително осигурително покритие.

7. Ново осигурено лице – е лице кое за времетраење на договорот за осигурување се приклучува во доброволното здравствено осигурување.

8. Лимит – е максималниот износ кој претставува обврска за осигурувачот по поединечен медицински оправдан третман во рамките на договореното осигурително покритие за секое осигурено лице во текот на периодот

на осигурување, а која е наведена во полисата, односно договорот за осигурување согласно овие Дополнителни услови.

9. Период на осигурување – е период од дванаесет (12) месеци кој се пресметува од денот на почетокот на осигурување назначен во полисата, освен за ново осигурено лице, каде периодот на осигурување е до датумот на истек на скаденцата.

10. Овластен лекар – е секое лице кое поседува диплома од признат факултет за медицински науки, кој има дозвола и е овластен за вршење на лекарска професија.

11. Медицински оправдан третман – здравствена услуга, медицинско – технички помагала, имплантанти, санитарски материјали или лек кој е медицински оправдан ако:

1. е соодветен и неопходен за дијагноза или лечење на болест или повреда покриена со полисата и дефинирана во овие Дополнителни услови;

2. е неопходен со цел спречување за настанување на болест (превентивна заштитна нега), оздравување, подобрување на здравствената состојба и/или спречување на влошување на здравјето на осигуреното лице;

3. не го надминува нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на соодветно и безбедно лекување во количина, траење или интензитет

4. е пропишан од овластен лекар;

5. е во согласност со прифатените професионални стандарди од медицинската пракса;

6. ако не е експериментален или во фаза на истражување;

7. е пуштен во широка употреба за времетраење на договорот за осигурување.

11. Итен медицински случај – е болест или повреда која без неопходна медицинска помош може да го доведе осигуреникот до животна опасност. Под итна медицинска помош се подразбира и медицинска помош која се пружа во текот од 12 часа од моментот на прием на осигуреното лице со што би се избегнало настанување на итен медицински случај.

12. Несреќен случај – е секој ненадеен, неочекуван и непредвиден настан кој се случува вон волјата на осигуреникот, кој може да се идентификува за време и место на случување, и кој има директно надворешно и насилно влијание врз телото на осигуреникот, има за последица нарушување на здравјето кое бара медицинска помош.

13. Претходна здравствена состојба – подразбира секоја здравствена состојба која е последица од било која претходно дијагностицирана болест или повреда за која претходно имало болничко лекување, амбулантско лекување или употреба на лекови пред започнување на договорот за осигурување, односно пред датумот назначен како почеток на осигурување во полисата, а за кое Осигуреникот знаел во моментот на склучување на договорот за осигурување.

14. Хируршка интервенција – значи секоја медицинска постапка, која се врши за време на третманот и која е преземена за потребите на поставената дијагноза или третман на заболено осигуреното лице.

15. Вонболничко (амбулантно) лекување – е случај кога осигуреното лице добива медицински третман во болница, ординација за специјалистички консултации или во друга медицинска институција која е основана и регистрирана во согласност со законот и правниот систем на државата во која ја врши својата регистрирана дејност, и која официјално е признаена место каде што овој вид на лекување може да се врши и ги ограничува медицинските услуги кои не се признаени како научни методи и каде осигуреното лице не останува 24 часа непрекинато.

16. Болничко лекување – е случај каде осигуреното лице е примено во болница, сместено во болнички кревет за вршење на дијагностички прегледи или за лекување како последица од болест или повреда.

17. Болница – е институција која е основана и регистрирана во согласност со законот и правниот систем на државата во која ја врши својата регистрирана дејност лекување и пружање на медицински третман на

болни и повредени лица, и каде осигуреното лице е под континуиран (дваесет и четири часа) надзор од медицински персонал, која има доволен број на дијагностички, лабораториска, хируршка и терапевтска опрема и со медицински услуги по признати научни методи.

18. Здравствени установи – се установи во Република С.Македонија или во странство кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерство за здравство или друг соодветен надлежен орган во странство како и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помага и други помагала.

19. Франшиза – иницијален (извоен износ) на покриен трошок кој мора да биде платен од страна на Осигуреникот пред Осигурувачот да ја исплати штетата.

II ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 2

Договор за осигурување

(1) Договорот за осигурување може да се склучи како индивидуално, семејно или колективно осигурување, соедногодишен или повеќегодишен период на траење.

(2) Со Договорот за осигурување Договорувачот е обврзан да ја плати премијата на Осигурувачот, а Осигурувачот се обврзува кога ќе настане осигурен случај во смисла на овие Дополнителни услови, да ги надомести медицинските трошоци или трошоците за оправдан медицински третман договорени со осигурителното покритие.

(3) Трошоците за надоместоци за лекувањето кои ги обезбедува Осигурувачот, не може да бидат повисоки од максималната договорена осигурена сума наведена во полисата за осигурување за време на договорениот период на осигурување или од максималниот лимит/подлимит дефиниран со Дополнителните услови за секој поединечен третман во рамките на осигурителното покритие.

(4) Во рамките на овие Дополнителни услови, договорот за осигурување може да биде склучен како покритие за трошоците за лекување и медицински услуги како:

1. основно осигурително покритие

2. дополнително осигурително покритие

3. креирано покритие по барање на договорувачот на осигурувањето.

(5) Осигуреното лице е должно, во согласност со договореното осигурително покритие, да ги користи договорените медицински оправдани третмани во здравствени установи, на начин како што е дефинирано во договорот за осигурување.

6) Осигурително покритие важи на територија на Република С. Македонија, освен ако не е поинаку договорено.

(7) Договорувачот на осигурувањето е должен да ги запознае сите осигурени лица со овие Дополнителните услови и покритието сперма издадена полиса.

Член 3

Договор за индивидуално и семејно осигурување

(1) Договорот за осигурување се склучува врз основа на писмена понуда, образец на Осигурувачот, во чии состав е и Прашалникот за здравствената состојба (во натамошниот текст: Прашалник).

(2) Понудата е дел од договорот за доброволно здравствено осигурување, и двете страни имаат обврска да го потпишат. Доколку Договорувачот и Осигуреникот не се исто лице, за договорот биде валиден потребен е и потписот на осигуреникот. Ако осигуреникот е малолетно дете, понудата ја потпишува родител или старател.

(3) Осигуреникот е должен правилно да го извести Осигурувачот за својата возраст и здравствена состојба.

(4) Осигурувачот го задржува правото од лица за кои, врз основа на прашалникот утврди дека постои зголемен ризик, да побара дополнителни медицински испитувања и анализи со цел комплетирање на сликата за здравствената состојба пред склучување на договорот за доброволно здравствено осигурување.

(5) Лекарски преглед или извештај од лекар специјалист (од последен преглед, не постар од 6 месеци) е задолжителен за сите лица за кои

Осигурувачот или лекар цензор и проценител на ризик процени дека постои потреба за дополнителна проценка на здравствената состојба во согласност со процедурите за преземање на ризик во случај на склучување на договор за индивидуално здравствено осигурување.

(6) Осигурувачот го задржува правото во писмена форма, да побара дополнителни информации кои што смета дека се неопходни за проценка на ризикот пред склучување на договорот за осигурување, наведени во став (5) од овој член.

Член 4

Колективен договор за осигурување

(1) Составен дел од договорот за осигурување е список на лица кои се опфатени во осигурување.

(2) Во колективниот договор за осигурување, секое осигурено лице може да вклучи во осигурување и членови на семејството и да ги сноси трошоците на премиите за членовите на семејството.

(3) Идентитетот на членовите на семејството може да се додаде во списокот на осигуреници во постоечката полиса за колективно осигурување или може да се изготви посебна полиса која ги опфаќа само членовите на семејството на осигуреникот.

(4) Во случај на колективен договор за осигурување, полисата за осигурување на членови на семејството се издава во истиот период на осигурување како и полисата за колективно осигурување.

(5) Во случај на колективно осигурување, премијата може да се договори врз основа на просечната возраст на вработените кај договорувачот на осигурувањето, наведени во списокот на осигурување.

(6) Во случај на колективно осигурување, за секое лице може да се договори различен пакет на покритие.

Член 5

Почеток и траење на обврските на осигурувачот

(1) Обврските на осигурувачот од договорот за осигурување започнуваат по истек на 24 часот на денот што во полисата за осигурување е назначен како почеток на траење на осигурувањето, ако до тој ден е платена договорената премија, доколку поинаку не е договорено.

(2) Последици од неплаќање на премијата:

1. Ако е договорено премијата да се плаќа при склучувањето на договорот, обврската на осигурувачот да го исплати надоместот или сумата определена со договорот почнува наредниот ден од денот на плаќањето на премијата.

2. Ако е договорено премијата да се плаќа по склучувањето на договорот, обврската на осигурувачот да го исплати надоместот или сумата определена со договорот почнува од денот определен во договорот како ден на почеток на осигурувањето.

3. Во секој случај, договорот за осигурување престанува да важи според закон ако премијата не биде платена во рок од една година од стасаноста.

(4) Доколку е договорен период на чекање (каренца) обврската на Осигурувачот почнува по истек на 24:00 часот од денот по истекување на периодот на чекање, под услов да е платена премијата, освен ако поинаку не е договорено.

(5) Обврските на осигурувачот за случај дефиниран во член 7 став (5) на Дополнителните услови ќе започне по истекот на 24:00 часот од денот кога се истечени осум (8) дена од денот кога Осигурувачот ја добил понудата за осигурување, под услов да е платена премијата или рата од премијата, доколку поинаку не е договорено.

(6) Обврските на Осигурувачот престануваат по истек на 24:00 часот од денот кој во полисата е назначен како ден на истек на осигурување, или во други случаи утврдени со овие Дополнителни и Општите услови.

(7) Осигурувачот нема да ги надомести трошоците направени во врска со медицински третман или лекување по истек на обврските на Осигурувачот согласно ставот (6) на овој член, без оглед на тоа дали лекувањето е започнато во текот на периодот на важење на договорот за осигурување.

(8) Осигурувањето престанува да важи за секое осигурено лице, без разлика на кој период е договорено времето на траењето на договорот за

осигурување, ако:

1. настапи смрт на осигуреникот, освен за осигурени членовите на семејството на осигуреникот до истекот на полисата ако премијата е платена за преостанатиот период на осигурување;
 2. осигурено лице го изгуби статусот на осигурено лице во системот на задолжително здравствено осигурување;
 3. на осигуреникот му престанува работниот однос или членството кај Договорувачот, или престанува статусот на корисникот на услугите на Договорувачот кој е основа за стекнување на својството осигурено лице, кај колективното осигурување;
- (9) Во секој случај, во колективното осигурување, со престанување на осигурувањето на осигуреникот престанува и осигурувањето на членовите на семејството на осигуреникот, без оглед на причината за раскинување на осигурувањето, освен како што е дефинирано во претходниот став, точка 1 овој член.

Член 6

Стекнување на својство на Осигурено лице

- (1) Според овие Дополнителни услови, по индивидуално или семејно осигурување може да се осигураат едно или повеќе лица, доколку се вклучуваат членови на семејството на осигуреникот.
- (2) Според овие Дополнителни услови по колективно осигурување, може да се осигураат група на лица, или членовите на нивното семејство.
- (3) Секое лице кое сака да се стекне со својство на осигурено лице е должно да пополни образец на понуда и прашалникот за здравствена состојба, освен доколку поинаку не е договорено со понудата или полисата за осигурување.
- (4) Прашалникот за здравствената состојба кај индивидуалното здравствено осигурување (во натамошниот текст: Прашалникот) се пополнува само при првото склучување на договор за здравствено осигурување кај истиот Осигурувач.
- (5) Осигурувачот има право за лицето за кое врз основа на прашалникот од став (4) од овој член, утврди зголемен ризик, да го прифати во осигурување со зголемена премија, како што е дефинирано во член 7 овие Дополнителни услови. Исто така, Осигурувачот има право да ограничува или исклучува одредено покритие за овие лица или да им понуди променети услови во согласност со членот 7 овие Дополнителни услови.
- (6) Договорено осигурително покритие предвидено со овие Дополнителни услови се однесува и за членови на семејство на осигуреникот, ако нивниот идентитет е наведен во полисата, договорот за осигурување, или листа на осигурени лица и ако за нив е платена премијата.
- (7) По стапувањето во сила на договорот за осигурување, во осигурителното покритие може да се вклучат нови лица, со претходна согласност на Осигурувачот и по плаќање на договорената премија, само ако лицето вклучено во осигурување е:
1. Кај колективното осигурување, за ново лице кое стапува во работен однос, а станува корисник на услугите на Осигурувачот. Договорувачот е должен да достави писмено известување дека ова лице влегува во работен однос по започнување на осигурувањето.
 2. Во својство на брачен другар или вонбрачен партнер на Осигуреникот – со денот на поднесување на документите до Осигурувачот во форма на извод од матична книга на венчани со што се докажува дека брачниот другар се здобил со тоа својство по започнување на договорот за осигурување или доставување на документација со која се докажува пријава на живеалиштето на адресата на Осигуреникот во случај на вонбрачно заедништво;
 3. Во својство на новородено дете на Осигуреникот од денот на доставување на изводот од матична книга на родени до Осигурувачот, со што се докажува дека детето е родено по започнување на договорот за осигурување, или од денот на достава на Решение за посвојување добиено од Центарот за Социјална Работа, како доказ дека посвоеното дете се стекнало со ова својство по започнување на договорот за осигурување;
- (8) Договорувачот на осигурувањето, во случаите дефинирани во ставот (7) на овој член, е должен во рок од триесет (30) дена од денот на настанатата

промена да ја достави до Осигурувачот наведената документација.

- (9) Исклучување на одредени осигурени лица од осигурување пред истекот на период на осигурување е можно во случаите дефинирани во член 5 став (7) и (8) од овие Дополнителни услови, при што Договорувачот има обврска да го извести осигурувачот за престанување на осигурувањето за одредени осигурени лица и да достави потврда на Осигурувачот дека настапил еден од случаите утврдени во член 5 став (7) и (8) на овие Дополнителни услови, како и да ја врати картичката за доброволно здравствено осигурување (во натамошниот текст: картичка) за тоа осигурено лице.
- (10) Во случај на исклучување на лица од осигурување пред истек на договорениот период на осигурување, Осигурувачот пресметува премија само до датумот до кога трае осигурувањето за тоа лице, освен ако поинаку не е договорено.
- (11) Во случај на злоупотреба на Картичката која не е навремено вратена на Осигурувачот по исклучување на одредено осигурено лице од осигурување, трошоците настанати за осигурен случај се на товар на осигуреникот односно Договорувачот.
- (12) Во секој случај, по исклучување или вклучување на лица во договорот за осигурување, односно по започнување на истиот, Осигурувачот го задржува правото да побара дополнителна документација која докажува постојење на основ за престанок или почетокот на осигурување.

Член 7

Предлог за осигурување со измена на условите

- (1) Осигурувачот има право лицето кое, во рамките на овие Дополнителни услови задолжително пополнува прашалник за здравствената состојба со цел прием во индивидуално здравствено осигурување, и за кого врз основа на прашалникот се утврдува дека постојат причини односно состојба поврзана со претходната или сегашната здравствена состојба и со тоа кај лицето се појавува зголемен ризик, го прифати во осигурување со ограничени покритија за прием во осигурување.
- (2) Стандарден ризик преставува лице кое во моментот на пополнување на Прашалникот нема никакви болести или согласно мислењето на Осигурувачот има болест со незначителен ризик, односно болести кои немаат последици или болести кои се повторуваат.
- (3) Зголемен ризик преставува лице кое има или имало некое заболување, но повеќе нема субјективни физички или психолошки тегоби, односно ги извршува сите животни и работни активности преку привремено или редовно лекување.
- (4) Степенот на зголемен ризик, во согласност со став (3) од овој член, го утврдува лекар цензор и проценител на ризик на Осигурувачот, врз основа на податоците од Прашалникот, во согласност со процедурите за проценка на ризик.
- (5) Доколку Осигурувачот за некое лице утврди дека има зголемен ризик, Осигурувачот е должен, во рок од осум (8) дена од денот на приемот на Прашалникот, да се обрати до Договорувачот на осигурување во писмена форма со предлог за осигурување и со измена на условите, односно за истото да го извести Осигуреникот.
- (6) Изменетите услови за прием во осигурување за лицата кои преставуваат зголемен ризик можат да бидат во вид на:
1. ограничување односно исклучување на одредени осигурителни покритија за болести и состојби, имајќи во предвид отстапувања од стандардниот ризик или последица од претходната здравствена состојба,
 2. примена на одредени Дополнителни каренци за надоместување на медицински трошоци за одредени покритија а кои се дефинирани во процедурата за проценка на ризик,
 3. зголемување на премијата за лице кое претставува зголемен ризик.
- (7) Исклучување на поединечни покритија за лице кое претставува зголемен ризик, во овој случај, се наведени во полисата за осигурување, или на посебен документ кој е составен дел од полисата.
- (8) Доколку Договорувачот на осигурувањето не ги прифати во писмена форма предложените измени во условите во рок од осум (8) дена од денот на приемот на препорачано писмо со предлогот на Осигурувачот,

ќе се смета дека се откажал од осигурувањето за лицето кое претставува зголемен ризик.

Член 8

Период на чекање (каренца)

(1) Период на чекање (во натамошниот текст: каренца) подразбира временски период кога се исклучени обврските на Осигурувачот доколку настапи осигурен случај, без оглед дека договорот за осигурување е на сила.

(2) Каренца се смета од денот на почетокот на договорот за осигурување, односно од почетокот на осигурување за ново осигурено лице, под услов до тој датум да е платена првата доспеана договорена премија, освен ако поинаку не е договорено.

(3) Доколку доспеаната премија не е платена до почетокот на договорот за осигурување, каренца се смета по истек 24:00 часот од денот кога е платена првата договорена премија.

(4) Општата каренца е 2 (два) месеца освен во случаи дефинирани во член 15 од овие Дополнителни услови и доколку не е договорено поинаку.

(5) Каренцата не се применува за лица со континуитет во осигурување, односно не се однесува на лица кои се здобиле со статус осигурено лице со претходната полиса за осигурување и за која е веќе истечена каренцата во периодот на траење на претходната полиса.

(6) Каренца не се применува доколку настапи несрекен случај (незгода), како и кај хируршки интервенции како последица од несрекен случај.

(7) За време на обновување на осигурувањето, доколку за одредено лице, каренцата не е целосно истечена во период на траење на претходната полиса, преостанатиот период на претходната каренца се пренесува на следниот период на осигурување според новата полиса.

Член 9

Известување на Осигурувачот

(1) При склучување на договорот за индивидуално здравствено осигурување, осигуреното лице е должно во Прашалникот на Осигурувачот да ги наведе сите релевантни околности кои се значајни за проценка на ризикот, а кои му се познати или кои не можат да му останат непознати.

(2) Како важна околност се смета секоја околност за која Осигурувачот поставил прашање во писмена форма преку Прашалник и секоја друга околност која е позната на осигуреното лице и е значења за предметот на осигурување.

(3) За времетраење на договорот за осигурување, Договорувачот е должен да ги пријави кај Осигурувачот сите новонастанати околности поврзани со осигуреното лице, како што е промена на статусот на осигурено лице во системот на задолжително осигурување, промена на адреса, занимање или брачна состојба, како и да достави информации за сите други значајни промени кои влијаат на информациите дадени при склучување на договорот за осигурување или на правото склучување во осигурување за осигуреното лице.

Член 10

Осигурен случај

(1) Осигурен случај претставува иден неизвесен настан кога на осигуреното лице поради нарушување на здравјето (болест или повреда) е извршен оправдан медицински третман, кој е предмет на договорот за осигурување и чии трошоци треба да се подмират на здравствена установа или осигуреното лице.

(2) Нарушувањето на здравствената состојба во смисла од став (1) од овој член мора да биде утврдено од страна на овластен лекар.

(3) Под осигурен случај се сметаат и трошоци за лекување на итен стоматолошки третман кој е остварен ургентно во болница или стоматолошка ординација предизвикана од силна болка или како последица од некоја несреќа.

(4) Само ако е посебно договорена и платена дополнителна премија, под осигурен случај се сметаат и трошоците за медицински разумен третман, односно лекување и трошоци за:

1. систематски или превентивни прегледи;

2. офталмолошки услуги;

3. стоматолошки услуги;

4. физикална терапија;

5. лекови на рецепт

(5) Осигурениот случај започнува со почеток на медицински третмани односно лекување, а завршува во моментот кога од медицинска гледна точка, не постои повеќе потребата за лекување, бидејќи е постигнато лекување или стабилност на здравствената состојба и нејзино понатамошно подобрување или влошување не е сигурно.

(6) Осигурениот случај во секој случај, завршува на денот на истек на договорот за осигурување.

Член 11

Надомест на трошоци за лекување

(1) Кога настанува осигурен случај, Осигурувачот ќе ги надомести разумните и вообичаени трошоци настанати во врска со лекување на осигуреното лице, со нудење на здравствени услуги максимум до износот на осигурената сума наведена во полисата, односно за одредени здравствени услуги до лимитот за таквата услуга, предвидени во овие Дополнителни услови, договорот за осигурување, односно полисата.

(2) Сите трошоци во врска со лекувањето или медицинските услуги во износ поголем кои го надминуваат износот на осигурената сума, односно го надминуваат утврдениот лимит, се на товар на Осигуреникот.

(3) Разумни и вообичаени трошоци наведени во став (1) на овој член се оние трошоци на медицинско лекување, кои не се поголеми од нивото на цената во слични институции во земјата во која се врши медицинско лекување, во случај за исти или слични медицински третман – лекување

(4) Лекување, односно медицински третман е секоја медицинска или хируршка процедура која согласно општо прифатените правила на медицинска пракса се смета дека е соодветна за намалување на симптомите на болеста, подобрување на здравјето или спречување на влошување, односно целосно излекување на болеста.

(5) Лекувањето, односно медицинскиот третман може да се обезбеди како болничко и / или вонболничко (амбулантно) лекување.

(6) Максималната договорена осигурена сума, односно лимитите за поединечно покритее се наведени во полисата и договорот за осигурување.

Член 12

Основно осигурително покритее

(1) Основно осигурително покритее подразбира настанати трошоци за оправдани медицински третман преку осигурително покритее, вонболничко (амбулантно) и болничко лекување дефинирани во член 13, 14 и 15 од овие Дополнителни услови.

(2) Во случај на настанување на осигурен случај во рамките на основното осигурително покритее, осигуреното лице има право на надоместок за медицински трошоци настанати во вонболнички (амбулантски) или болнички третман максимум до договорената осигурена сума и лимитот дефиниран во овие Дополнителни услови за поединечно осигурително покритее.

Член 13

Вонболничко (амбулантно) лекување

(1) Вонболничко (амбулантно) лекување ги вклучува трошоците за медицински третман, односно лекување на осигуреното лице во здравствената установа како давател на услуги, која е официјално признаена како место каде што ваквиот третман може да се врши. Во вонболничкото (амбулантното) лекување, медицинските услуги мора да бидат научно признаени методи кои се клинички тествани и прифатени во земјата во која важи осигурителното покритее и согласно со полисата, и во исто време осигуреното лице нема поминато во институцијата 24 часа непрекинато (престојување преку ноќ, односно лежење во болнички кревет).

(2) Услугите на вонболничкото (амбулантното) лекување ги опфаќаат следните осигурителни покритија:

1. Надоместокот за преглед кај овластен лекар во мрежа на здравствени

установи каде Осигуреникот е на вонболничко(амбулантно) лекување, која вклучува преглед кај општ лекар и специјалист од било која специјалност по спрема медицинска индикација.

2. Трошоците за домашна посета на овластен лекар се надоместуваат само во итни ситуации по проценка на овластен лекар и по медицински индикации.

3. Надоместокот за дијагностички методи – процедури, лабораториски тестови, тестови и анализа по медицинска индикација, а само по препорака на овластен лекар (не постари од 6 месеци), кои се неопходни за воспоставување на здравјето, подобрување на здравјето или да се спречи влошување на здравјето на осигуреникот. Дијагностичките методи, по барање на лиценциран лекар, според медицинска индикација и дијагноза вклучуваат:

1. лабораториски испитувања
2. радиолошки испитувања, вклучувајќи: ултразвук, X-зраци (UZ), радиографија (RTG), рендгеноскопија, КТ и МР;
3. ендоскопски процедури;
4. биопсија;
5. ергометрија;
6. спиromетрија;
7. ЕЕГ, ЕМГ, ЕМНГ, ЕКГ, Холтер ЕКГ;
8. други медицински индицирани дијагностички процедури.

4. Надомест за трошоци за санитарско возило, возило од приватна пракса, само во итни медицински случаеви и под услов транспортот да е договорен од овластен лекар.

5. Трошоци кај матичен лекар односно издавање терапија, која претставува надомест за работата на матичниот лекар и техничко медицинско лице за спроведување на терапија на лекови за кои е издадена дозвола за пуштање во употреба во територија утврдена во договорот за осигурување.

6. Надоместок за медицинско-техничко помагало – привремена и трајна медицинска опрема и протетика само доколку е пропишана од страна на овластен лекар која може да се договори максимум до лимитот дефиниран во листата на покритие, со исклучување на миоелектрични и естетски помагала.

7. Надоместок за психијатриски третман – медицински третман на менталната состојба, дијагностицирана од медицинско лице – психијатар, и се одвива согласно меѓународните критериуми, со посебна каренца 12 месеци, до лимитот дефиниран во листата на покритие. Се признаваат само трошоци за психијатриски услуги настанати поради физичко малтретирање, силување, смрт на член на потесно семејство и при дијагностицирање на малигно заболување.

8. Надомест за препишување на терапија, која претставува надомест за извршената работа на овластен лекар и квалификуван медицински техничар, трошоци за користење на медицинска, односно техничка опрема, трошоци за препишување на лекови и радиолошки материјали и други материјални трошоци спроведени за следните видови на терапија: медикаментозна терапија, инекции, инфузии .

(3) За користење на услуги за вонболнички (амбулантни) лекувања, Осигуреникот има право на надомест на трошоци максимум до висина на договорена осигурена сума и дефиниран лимит, договорен во полисата, односно договорот за осигурување за ова покритие во текот на годишниот период на осигурување.

Член 14

Болничко лекување

(1) Болничко лекување вклучува надомест на медицински третман односно лекување во установа која е регистрирана во согласност со законот и е основана во согласност со правниот систем на земјата во која важи осигурителното покритие, каде осигуреното лице е под постојан надзор на медицински персонал, која има доволен број на дијагностичка, лабораториска, хируршка и терапевтска опрема. Во болничкото лекување медицинските услуги мора да бидат научно признати методи кои се клинички тествани и признати во земјата во која важи осигурителното покритие согласно полисата за осигурување, а при тоа осигуреното лице

во установата зазема кревет со цел лекување кое трае повеќе од 24 часа непрекинато (во континуитет).

(2) Како болничко лекување не се смета сместување на осигурено лице во стационаран вид на установа како што се:

1. дневна болница;
2. установа за одвикнување на зависности;
3. душевна болница;
4. стационарна здравствена установа од областа на рехабилитација (бањи);
5. хидро клиники;
6. санаториуми;
7. домови за нега на болни;
8. старечки домови и геријатриски установи;
9. медицински центри, центри за одмор, губење на тежината и опоравување.

(3) Услугите за болничко лекување опфаќаат исклучиво само:

1. Надомест на трошоци за сместување во болница и исхрана која е медицински дозволена и која е препорачана од страна на овластен лекар за време на болничко лекување. Кога е во прашање надомест на трошоци за сместување и исхрана, и ако болницата во која осигуреното лице е на лекување има капацитет и можност му пружи на истото осигурено лице, Осигурувачот, ќе надомести трошоци во случај на:

1. сместување во соба каде на осигуреното лице се нудат услуги во болничка здравствена заштита над утврдените стандарди.

2. Надомест за трошоци за сместување на еден родител како придружба на дете до 14 годишна возраст, до вкупниот лимит за болничко лекување наведен во полисата на осигуреникот.

3. Надомест за овластен лекар за сите специјалности од здравствената установа, односно болница во која осигуреното лице се наоѓа на болничко лекување, а што подразбира преглед кај специјалист од била која специјалност.

4. Надомест за дијагностички методи – процедури, лабораториски испитувања, тестови и анализи по медицинска индикација и исклучиво по препорака на овластен лекар кои се неопходни за воспоставување на здравјето, подобрување на здравствената состојба или спречување на влошување на здравјето на Осигуреникот. Дијагностички методи, кои се по барање на овластен лекар, а се во согласност со медицинска индикација и дијагноза подразбира:

1. лабораториски испитувања, сите потребни дијагностичка лабораторија;
2. радиолошки испитувања, вклучувајќи: ултразвук, X-зраци (UZ), радиографија (RTG), рендгеноскопија, ЦТ и МР;
3. ендоскопски процедури;
4. биопсија;
5. ергометрија;
6. спиromетрија;
7. ЕЕГ, ЕМГ, ЕМНГ, ЕКГ, Холтер ЕКГ;
8. други медицински индицирани дијагностички процедури.

5. Надомест за препишување на терапија, која претставува надомест за извршената работа на овластен лекар и квалификуван медицински техничар, трошоци за користење на медицинска, односно техничка опрема, трошоци за препишување на лекови и радиолошки материјали и други материјални трошоци спроведени за следните видови на терапија: медикаментозна, инјекции, инфузии, физикална, рехабилитација и слично.

6. Надомест за интервенции со која се подразбира: интервенција со локална анестезија, интервенција во општа ендотрахеална анестезија и лапароскопска интервенција.

7. Надомест за трансплантација на органи која подразбира – хируршка интервенција која вклучува трансплантација на следните органи/ткива: коскена срж, рожница на око, срце, срце/стен, бели дробови, бубрези, мускулни клетки/скелет, панкреас, паратироидна жлезда. Трошоците за пронаоѓање и набавка на органите не се предмет на осигурување.

8. Надомест за лекови и санитарски материјал препишан за употреба

за време на болничко лекување, со исклучок на надомест за лековита и минерална вода, додатни препарати во исхрана и средства за зајакнување, козметички средства, средства за лична нега и нерегистрирани лекови и препарати согласно националниот регистар за лекови.

9. Надомест за медицинско - технички помагала, а максимум до лимитот наведен во листата на покритие.

10. Надомест за трошоците за операцијата, која вклучува надоместок за доктори хирурзи, за анестезиолози, лекари кои асистираат и помошен персонал (квалификувани медицински сестри и други здравствени работници), вклучувајќи ги и трошоците за предоперативна подготовка настанати од прием во болничко лекување до операцијата, интензивна нега и дополнително лекување (постоперативна нега до отпуштањето од болница), максимум до лимитот наведен во листата на покритие. Во трошоците за операција спаѓаат и импланти препишани од овластен лекар, максимум до лимитот наведен во листата на покритие.

11. Неопходни медицински транспортни трошоци за репатриација или евакуација со амбулантен превоз, по копнен или воздушен пат, до лимит наведен во листата на покритие.

(4) За користење на услуга за болничко лекување Осигуреникот има право на надомест на трошоци максимум до договорена осигурена сума, и дефиниран лимит, договорен во полисата, односно договорот за осигурување за покритието во текот на годишното осигурување.

Член 15

Здравствена заштита на трудници и породување

(1) Основното осигурително покритие опфаќа и здравствена заштита на трудници и породување, врз основа на која осигуреното лице има право да надомести трошоци за медицински оправдан третман настанат како последица од вонболничко или болничко лекување максимум до лимитот утврден со покритието, а во рамките на осигурената сума.

(2) Обврската на Осигурувачот во врска со здравствената заштита на трудница, започнува по истек на периодот на чекање од десет (10) месеци освен ако не е поинаку договорено.

(3) Се смета дека настанува бременост пред почетокот на осигурување доколку матичниот гинеколог на осигуреното лице потврди датум на породување пред рокот од десет (10) месеци пресметани од денот на првото склучување во осигурување на тоа лице, односно од датумот на плаќање на доспеаната премија доколку таа не е платена до датум на почеток на договорот за осигурување.

(4) Ставот (2) и (3) не се применува во случај кога осигуреното лице имало договорено покритие за здравствена заштита на трудници со претходната полиса за осигурување со истиот Осигурувач и ако немало прекин во осигурување.

(5) Меѓутоа, ако во текот на периодот на осигурување во осигурувањето се вклучуваат нови лица во својство на брачен другар или невенчан партнер на осигуреникот, за користењето на здравствените услуги за заштита на трудници и породување Осигурувачот нема никаква одговорност ако бременоста започнала пред почеток на осигурување.

(6) Во максималното годишно покритие за трошоците за здравствена заштита за трудници и породување вклучени се следниве медицински оправдани третмани, односно надоместоци:

1. за прегледи, брисеви, лабораториски испитувања како што се комплетна крвна слика, основна биохемија, анализа на урина, согласно препораката од овластен лекар – гинеколог кој ја води бременоста;
2. трошоци за хемостатски испитувања, согласно препорака од овластен лекар;
3. Трошоци за лекови за одржување и поддршка на бременоста;
4. трошоци за ултразвук прегледи на плодот (фетусот);
5. дополнителни ултразвук прегледи (специјален скрининг ултразвук);
6. дополнителни ултразвук прегледи во случај на високо ризична бременост или компликации врз основа на образложение и документирано уверение од овластен лекар гинеколог;
7. за биохемиски скрининг на хромозомски аберации, согласно медицински индикации;

8. за инвазивна пренатална дијагноза во однос на амниоцентеза биопсија на хорионски ресички (хорионбиопсија), хордоцентеза и слично доколку е препорачано од страна на матичен гинеколог;

9. вкупните трошоци за породување, максимум до износот одреден во листата на покритие (за епидурална анестезија, апарманско сместување, присуството на таткото за време на породување, надоместок за лекар, медицински сестри, анестезиолози, царски рез само ако е медицински препорачано).

10. Постпородилна нега на новороденче во неонатален период, а во рамките на максималното годишно покритие за трошоци за здравствена заштита на трудници.

(7) Во максималното годишно покритие за трошоци за здравствена заштита за трудници и породување спаѓаат и трошоците за најчестите ризични состојби кои се јавуваат во бременоста или бременоста предизвикала нивно почесто следење и тоа: обезитет, анемија, хипергликемија, ендокринолошки нарушувања, хипертензивни нарушувања, урогенитални инфекции, и слично.

(8) Часови за трудници, односно припремите за породување се исклучени од осигурителното покритие.

Член 16

Дополнително осигурително покритие

(1) Покрај основното осигурително покритие, доколку се уплати дополнителна премија може да се договори и покритие на трошоци настанати за медицински оправдани третмани преку дополнително осигурително покритие, и тоа:

1. превентивен преглед
2. систематски преглед;
3. офталмолошки услуги;
4. стоматолошки услуги;
5. лекови по рецепт;
6. физикална терапија.

(2) Ако во една полиса има повеќе осигурени лица, дополнителното осигурително покритие може да се договори само под услов дополнителното покритие да ги вклучи сите осигурени лица.

(3) Ако во текот на периодот на осигурување се вклучува ново осигурено лице, овие лица имаат право на целосно дополнително покритие без оглед на фактичкото времетраење на осигурувањето за нив, со обврската Договорувачот да го уплати целиот износ на годишната премија за дополнителни покритија за тие лица.

(4) Без оглед на договорената сума на осигурување по полисата и договореното дополнителното покритие, постои лимит одреден во Листата на покритие, како составен дел од Полисата.

(5) За сите дополнителни покритија ќе се применуваат сите исклучоци дефинирани во член 23 и 24 во овие Дополнителни услови.

Член 17

Превентивен или систематски преглед

1) Осигуреникот, врз основа на овие Дополнителните услови, во зависност од избраните ризици со договорот за приватно здравствено осигурување во текот на една осигурителна година има право на:

1. Кај колективното осигурување:

- еден систематски преглед во согласност со Законот за безбедност и здравје при работа, а во зависност од видот на дејноста која ја врши договорувачот/осигуреникот

- еден систематски преглед со проширено покритие (дополнителни здравствени услуги покрај предвидените услуги со Законот за безбедност и здравје при работа) во зависност од претходно договорената дополнителна премија од страна на договорувачот/осигуреникот односно избраните и договорените ризици со договорот за приватно здравствено осигурување

2. Кај индивидуалното или семејното осигурување:

- еден превентивен преглед по избор во зависност од избраните и договорените ризици со договорот за приватно здравствено осигурување

(2) Правата од првиот став на овој член осигуреникот ги остварува во определени здравствени установи наведени во полисата за осигурување, во договор и според напатствијата на овластениот лекар на осигурувачот, освен доколку не е поинаку договорено.

Систематскиот преглед се состои од следните здравствени услуги:

1. Преглед од лекари со вклучено:

- снимање на целосен клинички статус;
- електрокардиограм;
- мерење на крвен притисок;
- мерење на БМИ,
- преглед од офталмолог за утврдување на абнормална визуелна острина.

2. Лабораториски испитувања, и тоа:

- целосна крвна слика, ДКК, СУЕ,
 - Биохемиски скрининг за дијабетеис – гликоза,
 - анализа на урина: уробилиноген, гликоза, билирубин, кетони, релативно тежина,
 - крв, рН, протеин, нитрати, леукоцити
3. Изготвување на извештај за здравствената состојба и препораки, при утврден ризик од заболување, со совети за почитување на одреден режим и начин на живот, дополнителни клинички прегледи и истражувања од соодветна медицинска специјалност

Превентивен систематски преглед вклучува еден преглед годишно чии трошоци може да се договараат максимум до лимитот наведен во листата на покритие наведен во полисата или договорот за осигурување (понуда) и може да се состои од некоја од следните здравствени услуги:

(1) за осигурени лица постари од 18 години старост :

- комплетна крвна слика,
- СЕА (тумор маркер), TSH, FT43,
- Квалитативен преглед на урина со седименти,
- Клинички кардиолошки преглед, ЕКГ, ултразвучни преглед на срце согласно медицинска индикација за овластен лекар,
- мерење на крвен притисок,
- целосна крвна слика, ДКК, СУЕ,
- биохемиски скрининг за дијабетеис – гликоза,
- профилатички преглед кај лекар - специјалист акушер гинеколог (превентивна програма) за рана дијагноза на карцином на дојка и рак на грло на матката),
- лабораториски и инструментални истражувања при спроведување на прегледот (ултрасонографски преглед)
- ПАП тест
- Ултрасонографија на дојки
- профилатички преглед кај лекар - специјалист по урологија / хирургија (превентивна програма за рана дијагноза на карцином на простатата)
- истражување на PSA,
- ултрасонографија на простата
- ултрасонографија на абдомен
- спирографија

Доколку е претходно договорена и платена дополнителна премија може да се договори пакет прегледи за лица под 18 години

(2) Доенче (до една година старост)

1. Крвна слика
2. Гликемија
3. Урина
4. Ултразвук ка кукови
5. Антропометријски мерења
6. Педијатриски преглед

(3) Дете од навршени една година до 18 години

1. Крвна слика
2. Гликемија
3. Урина
4. Копрокултура
5. ЕКГ
6. Клинички преглед од педијатар
7. Антропометријски мерења
8. Брис од нос и грло
9. Преглед кај офталмолог, оториноларинголог или ортопед специјалист
10. Спирографија

Член 18

Офталмолошки услуги

(1) За користење на офталмолошки услуги осигуреното лице има право на надомест на трошоци во износ до лимитот за офталмолошки услуги дефинирани во листата на покритие

(2) Офталмолошките услуги може да вклучуваат:

1. Специјалистички офталмолошки преглед и наредни офталмолошки услуги во текот на осигурителната година
2. Набавка на рамки за диоптерски очила и контактни леќи по медицинска индикација (само при прво констатирање на потреба за носење на очила) до договорената сума на осигурување и одредени подлимити содржани во Понудата и Договорот за осигурување , но не повеќе од 70 еур во денарска противвредност
2. Унифокално стакло
3. Бифокално
4. Трифокално
- (3) Хируршки интервенции како последица од повреда
- (4) Обврската на Осигурувачот е исклучена во следните случаи:

1. радијална кератомија или било која друга хируршка процедура (вклучувајќи лесерски третман) за подобрување на видот;
 2. очила за сонце и/или соодветен прибор за очила
 3. операција на катаракта и глауком (освен за осигурено лице до 49-годишна возраст и само со писмена согласност од осигурувачот)
- Доколку во периодот на осигурителното покритие кај осигуреникот настане промена на диоптрија, осигурувачот ги покрива трошоците единствено за набавка на нови стакла

Член 19

Стоматолошки услуги

За користењето на стоматолошки услуги осигуреното лице има право на надомест на трошоците до лимитот на стоматолог услуги дефинирани во листата на покритие.

(1) Под стоматолошки услуги се подразбира:

1. Превентивен третман – вклучува рутински преглед, утврдување на забен статус, со консултации и денални совети, составување на план за стоматолошки третман.
2. Основен ресторативен третман лекување на кариес на привремен или постојан заб преку експозиција – во рамки на договорениот лимит-подлимит (амалгам и композитни пломби)
3. Поголем ресторативен третман – екстирпација на коренова пулпа и/или механичка и медикаментозна обработка на коренскиот канал, дополнителна обработка на коренскиот канал, пополнување на коренскиот канал, експозиција, лекување на заби со пулпит и периодонтитис, вадење на умник, орална хируршка интервенција.
4. Ортодонтски третман – Модели за анализа (вклучувајќи панорамски рендгенски снимки), , мобилни жичани апарати (протези). Ортодонтски третман е дозволено само со писмена согласност од осигурувачот и тоа само за осигурено лице до 30-годишна возраст
5. Хируршка стоматолошка заштита:
 - екстракција на заби - една во една осигурителна година, на длабоко фрактуриран или силно уништен заб
6. Мали хируршки интервенции интраорални - инцизии и канализација, до висина на договорениот лимит

- (2) Обврската на осигуреникот е исклучена за трошоци поврзани со
1. козметички третман за белење на заби
 2. вештачки освен поради несреќен случај-незгода
 3. било какви керамички, циркониумски или титаниумски надградби и забни импланти;
 4. фиксни протези
 5. повеќе површински пломби (onlay)
 6. фасете и сите поврзани трошоци
 7. чистење на забен камен

Член 20

Лекови на рецепт

(1) Лекови на рецепт опфаќа лекови препишани од страна на овластен лекар. Максималниот износ на надместоци, односно лимитот на трошоците за лекови препишани на рецепт, утврден е во листата на покритие, по осигурено лице во текот на осигурителната година, со тоа што максимално е одеднаш да се препише лек во тераписката доза за наредните шеесет (60) дена.

(2) Лек се смета производ кој има добиено дозвола за пуштање во употреба во земјата на покритие и производ кој нема добиено дозвола за пуштање во употреба во земјата на покритие, а кој се увезува врз основа на одобрение од надлежен орган во согласност со законот на земјата на покритие.

Член 21

Физикална терапија

(1) Физикална терапија согласно медицинска индикација, и доколку се применува болничко или вонболничко (амбулантно) подразбира:

1. Кинезотерапија
2. Електротерапија
3. Ласерска терапија
4. Магнетотерапија
5. Ултразвучна терапија
6. Термо терапија

(2) Тераписки третман од областа на физикалната медицина може да се пружи од страна на квалификувани терапевти. Само во случај кога осигуреното лице е неподвижно, физикалната терапија може да се спроведе и во домашни услови, но со претходно задолжително одобрение од страна на лекар цензор осигурувачот.

(3) За користење на физикална терапија осигуреното лице има право, во текот на една осигурителна година, на надомест на трошоци до лимит за физикална терапија дефиниран во листата на покритие.

Член 22

Општи исклучоци на обврските на осигурувачот

(1) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за превентивна програма за вакцинација, имунопрофилактика и хемопрофилактика, кои се задолжителни според програмата за имунизација на населението против одредени видови заразни болести во Р. С. Македонија.

(2) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за лекување настанати како последица или поврзани со:

(1).1. Репродуктивни третман и тоа:

1. контрацепција за мажи и жени (контрацепција и нејзини последици);
2. вазектомија и стерилизација, враќање во претходна состојба после стерилизација;
3. лекови за лекување на еректилна дисфункција, лекови за отстранување на андрогена алопеција;
4. абортусот и неговите последици – ако тоа е направено поради за психолошки или социјални причини, освен во итни медицински случаи односно заради медицински причини како што се: структурни или хромозомски оштетувања на плодот, здравствена состојба каде се загрозува животот на мајката, спонтан абортус и медицински индициран абортус;
5. прегледи, лекови и медицински испитувања заради дијагностицирање и лекување на неплодност и подготовка за инсеминација или вештачко

оплодување

6. хируршки зафат за промена на полот;
7. лекување со вијагра или генеричка замена
8. трошоци поврзани со третман за замрзнување на сперма и јајце клетки и нивно чување, односно имплантација или реимплантација на живи клетки (криопрезервација), како и хируршки интервенции поврзани со истите;

(2) Хируршки зафат по сопствена желба, имплантанти и корективно медицинско – технички помагала и тоа:

1. кои служат за естетски цели, без разлика дали се користи од психолошки причини или, вклучувајќи и стоматолошки естетски третман, како и последица од истите, со исклучок на импланти кај тоталната мастектомија;
2. хируршки зафат и процедура по сопствена желба, третман и/или хируршки зафат кој не е медицински неопходен;
3. отстранување на бемки по сопствена желба и без медицинска индикација ;
4. обречување – освен ако не е медицински индицирано;
5. набавка на апарати за слушање;
6. користење на капацитет и здравствени услуги од итна служба за случај кој не е итен медицински случај;
7. Амбиентална терапија поради одмор и/или рехабилитација
8. Терапија за одвикнување од било кој вид зависност;
9. Услуги и третмани во рамките на болничко лекување во сите објекти за долгорочна нега, хидро клиника, стационарни здравствени установи специјализирани за рехабилитација (бањи), санаториуми или домови за стари лица (геријатриски установи) кои не се сметат како болници;
10. Набавка на ортопедски обувки, ортопедски влошки или други помагала за поддршка на стапала како што се: потпора за табани, сите помагала кои произлегуваат од дијагноза на слаби, преморени, нестабилни или рамни стапала или спуштени табани;
11. Сите трошоци поврзани со специфични состојби како што се: жулеви, клавус, израсоци сраснати нокти, брадавици и верувки;
12. Третман за намалување на тежина или програма за намалување на телесна тежина, операција за вградување на гастрични балони, нутриционистички советувања, тестови за интолеранција на храна (освен по медицинска индикација), обука поврзана со исхраната;
13. Третман за подмладување;
14. Сите видови на масажи;
15. Терапии за вежбање, освен кинезотерапија, без оглед дали се препишани од овластен лекар;
16. Долготрајна рехабилитациона терапија (која трае подолго од еден месец), без оглед дали истата е препишана од овластен лекар;
17. Надомест за лекување кое е понудено од лица кои немаат дозвола за вршење на здравствени услуги;
18. Услуги, препарати и средства кои не се препишани од страна на овластен лекар и кои не се наменети за лекување на осигуреното лице;
19. Здравствени услуги без одобрение од страна на овластен лекар на осигуреното лице, но само ако се однесува на итни медицински случаи кога овластениот лекар на осигуреното лице е целосно информиран за третманот
20. Експериментален медицински третман кој подразбира третман кој не е научно или медицински докажан;
21. Останати трошоци кои опфаќаат:
 1. сите трошоци кои се над стандард и обични трошоци во смисла на овие Дополнителни услови;
 2. сите трошоци за дополнително осигурително покритие која не е договорено и за која не е платено дополнителна премија;
 3. трошоци за купени предмети за лична нега за време на престој во болница;
 4. Трошоци на лекови со рецепт како што се витамини, лековити билки, лекови за настинка (пастили и спрејеви за грло и нос), лекови во експериментална и истражувачка фаза, како и сите други останати лекови кои може да се купуваат без рецепт, трошоци за лековита и

минерална вода, медицински масла и тинктури (вклучително и масло од канабис, супозитории и спрејови од канабис), хранливи препарати и средства за зајакнување на имунитетот, лекови кај геријатриски пациенти, средства за закрепнување, средства за контрацепција, средства наменети за лична хигиена, биолошки лекови, козметички средства, додатоци во исхраната, хилауронски или колагенски препарати, како и сите останати нерегистрирани лекови или препарати.

5. Трошоци за иновативни односно оригинални лекови на рецепт кога постои и генеричка замена, освен ако лекарот има назначено дека е неопходен назначениот лек;

6. Трошоци настанати затоа што болницата практично е или може да се третира како дом или стален престојувалиште на осигуреното лице;

7. Сите немедицински трошоци;

8. Трошоци поврзани со медицински третман настанат после датумот на истек на полисата, а кои се како последица од незгода, болест или бременост во текот на осигурителната година, освен ако полисата е обновена, или ако трошоците се настанати за медицински оправдан третман кај лице со континуитет во осигурување, исклучувајќи препишани лекови во терапевтска доза во дозволена количина за шеесет (60) дена, а препишани во текот на осигурителната година и ако овој тип на покритие е договорено;

9. Сервис за одржување на трајна медицинска опрема;

10. Прилагодување на возило, купатило или живеалиште за лични потреби;

11. Трошоци за сите медицинско технички помагала кои се издаваат без упат;

12. Медицинско технички помагала од групата на останати помошни помагала и санитарни справи за употреба во вонболнички услови и за одредена цел како: апарати за мерење на шеќер, инсулински пумпи, моторизирана инвалидска количка или кревет, болнички кревет со трапез, собна дигалка, антидекубитус душеци, појаси, предмети за зголемување на удобноста (како што се телефонски држачи / маси кои се поставуваат преку креветот), предмети кои се користат за промена на квалитетот на воздухот или температурата (како што се клима уред, навлажнувач, и пречистувач на воздух), материјали за еднократна употреба, статичен велосипед, ламба за сончање или греење, перници за греење, биде, седиште за тоалет, седиште за када, сауна, лифтови, џакузи, опрема за вежбање и слични предмети.

13. Малоклузивен третман или темпоромандибуларни заболувања на зглобови;

14. Болничко лекување во здравствени установи, болници, одделенија или слични стационарни установи за ментално здравје;

15. Лекарски и козметички третмани заради лекување на акни, алопеција и розацеа;

16. Логопедски и дефектолошки услуги;

17. Генетски испитувања;

18. Повреди и компликации после оперативни зафати, како и отстранување на внатрешен остеосинтетски материјал;

19. синдром на стекната имунодефициенција, полово преносливи болести (НРV, ХИВ, кламидија, сифилис, гонореа, микоплазма, уреоплазма, трихомонас), епилепсија и парализа;

20. психијатриски болести настанати како последица од општи физички нарушувања на мобилноста, нарушувања во исхраната, анксиозност и панични напади како и последици на акутна стресна реакција;

21. лекување на анорексија и булимија;

22. второ мислење по веќе утврдена дијагноза, освен по претходно добиена писмена согласност од страна на Осигурувачот.

23. Трошоци за регенеративна медицина (ПРП метод, метод со матични клетки, колаген, хилауронски инекции и сл.) и ортобиологија

Член 23

(1) Исклучени се сите обврски на осигурувачот:

1. ако осигурениот случај е настанат пред првото вклучување на договор за осигурување и трае до моментот на склучување на договорот за осигурување по кое осигуреното лице се стекнува со својство на

осигурено лице или доколку осигурениот случај трае после истекот на договорот за осигурување;

2. кога за осигурениот случај има потреба за болничко лекување како последица на претходна здравствена состојба кај лице пред првото склучување на договорот;

3. кај сите дополнителни покритија дефинирани во член 16 од овие Дополнителни услови, доколку не е договорено и платена дополнителна премија;

4. Осигурувачот нема да ги надомести трошоците за превоз до установа во Мрежата на здравствени установи, освен за возило на итна медицинска помош

Осигурувачот нема да ги надомести трошоците кои настанале од медицински третман или лекување кое започнато пред почетокот на осигурување;

(2) Исклучени се сите обврски на осигурувачот ако осигурениот случај е настанат:

1. како последица од намерни акти на осигуреното лице, како што се: самоубиство, обид за самоубиство или душевна болест (лудило) на осигуреното лице, намерно самоповредување, учество во кривично дело, лекување од алкохолизам, зависности од дрога и други наркотични (халуциногени) производи или состојба која настала како последица под дејство на алкохол или наркотици

2. кога осигуреното лице се занимава со ризични и опасни активности или спортови, како што се: лов, акробатика, нуркање, едрење, спелеологија, планинарење, ракување со пиротехнички средства, огномети, муниција и експлозивни, падобранство, ски скокови, возење, акробатски скијање, банџи скокање, автомобилски трки и слично;

3. како последица на војна, инвазија, дејства на странски непријатели, непријателства, терористички активности, граѓанска војна, актите на саботажа, тероризам или вандализам, бунт, револуција, воени или други видови на злоупотреба на власта, како и активно учество на осигуреното лице во немири се од било кој вид;

4. како резултат на природни катастрофи (на пример, вулкански ерупции, земјотреси и слично), елементарни непогоди, епидемии и пандемии;

5. како резултат на јонизирачко зрачење или контаминација со радиоактивноста од други радиоактивни отпади настанати од согорување на нуклеарно гориво, односно радиоактивни, отровни, експлозивни или други опасни својства на експлозивни нуклеарни материји или негови компоненти;

(3) Ако било кое штетно побарување по било кој основ е лага или основана на лажни податоци и информации, тоа не го обврзува Осигурувачот.

(4) Осигурувачот има право да исклучи од осигурување лице за кое утврди дека дал неточни и лажни изјави, поврзани со важни околности кои влијаат за заклучување на договорот за осигурување, како и осигурено лице кое не ги исполнува обврските предвидени со Општите услови и овие Дополнителни услови за осигурување.

(5) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на настанати трошоци за лекување на осигуреното лице кое боледува и се лекува од следните претходни здравствени состојби:

- хронична шеќерна болест со компликации
- алхајмерова болест
- аневризма на церебрални артерии и големи артерии од системската циркулација
- ангина пекторис
- состојба по кардио – васкуларна инсулта (срцев удар) со функционални пореметувања
- цироза на јетра
- тумор на мозок со неврални испади
- хронични бубрежни заболувања од умерен и тежок степен
- малигни болести на сите органи
- мултиплекс склероза
- заболување на моторни неурони

- парализа/параплегја
- Паркинсова болест
- хронични белодробни заболување
- мускулна дистрофија
- пресенилна деменција
- ревматоиден артритис
- душевни нарушувања
- епилепсија
- автоимуни заболувања
- СИДА, комплексен синдром поврзан со СИДА (АРЦС) и сите болести поврзани со вирусот ХИВ и/или во врска со него

Член 24

Остварување на права од осигурување и пријава на осигурен случај

(1) Во случај на настанување на осигурен случај Осигуреникот има обврска пред да користи медицински услуги да се поврзе со контакт центарот на Осигурувачот кој за осигуреното лице договара видот, датумот и времето на прегледот или други медицински услуги во рамките на здравствена установа која припаѓа на Мрежата на здравствени установи.

Оштетеното лице, корисникот на осигурување или друго заинтересирано лице по извршената здравствена интервенција надвор од Мрежата на здравствени установи може да достави отштетното побарување до Друштвото за осигурување во писмена форма, на образец предвиден од осигурувачот - Пријава на штета.

Отштетното побарување може да се поднесе лично или преку полномошник, директно во архивата на Друштвото на адресата на нејзиното седиште или во било која подружница на Друштвото.

Отштетното побарување може да се поднесе и преку пошта или по електронски пат на следната е-маил адреса: info@uniqa.mk

(2) Се смета дека осигуреното лице ја извршило својата обврска за пријавување по јавување во контакт центарот на Осигурувачот, односно доколку пред користење на медицински услуги поврзани со Уника одговорило на прашања поврзани со својата моментална здравствена состојба поставени од страна на одговорното лице во УНИКА, а поради реализација на договорот за осигурување.

(3) Доколку осигуреното лице од оправдани причини не е во можност да ја изврши својата обврска од став (1) и (2) од овој член, тоа ќе го направи овластено лице која ја пружи здравствената услуга.

(4) Право за надомест на трошоци, согласно овие Дополнителни услови и договорот за осигурување, Осигуреникот може да оствари во Мрежата на здравствени установи, освен во случај на покривање од член 14 став (7) и член 20 од овие Дополнителни услови.

Член 25

(1) После пружената медицинска услуга, установата од Мрежата на здравствени установи до Осигурувачот ја доставува документацијата утврдена во договорот за деловна соработка.

(2) Осигуреникот има право на рефундирање на трошоците кој сам ги има уплатено, во здравствени установи кои се надвор од Мрежата на здравствени установи, по комплетирање на целосната документација и во случаеви дефинирани во член 24 став (4) од овие Дополнителни услови.

(3) Во случај на рефундирање на трошоците, потребно е Осигуреникот да ги достави следните документи:

1. образец на пријава на осигурен случај
2. медицински извештај со наведена дијагноза
3. препишан рецепт за лекови/помагала од страна на овластен лекар
4. оригинал сметка за медицински услуги
5. фотокопија на картичка за доброволно здравствено осигурување
6. фотокопија на трансакциска сметка

(5) Осигурувачот, во постапката за решавање на отштетното побарување, и доколку процени за потребно, има право да побарува од осигуреникот да му обезбеди на овластените лица на осигурувачот извод од медицинската документација и прибирање на информации со кои располагаат трети лица, за фактичката и претходната здравствена состојба на Осигуреникот

(извод за медицинска документација за конкретен осигурен случај, извештај од специјалистичка ординација, копија односно извод од историја на болести во болничката установа и слично, во согласност со законот со кој се одредува евиденција во областа на здравството).

(6) По барање на Осигурувачот, Договорувачот на осигурувањето е должен да му овозможи на осигурувачот увид во сите евиденции кои води Договорувачот на осигурувањето, поради утврдување на важни околности во врска со осигурениот случај, согласно законот.

(7) Штетите поврзани со деца помали од 18 години треба да бидат поднесени и потпишани од страна на родителите или старателите.

(8) Доколку трошоците, кои произлегувале од користење на правата од осигурувањето се помали од наведениот максимален лимит за поединечно покривање, односно договорена осигурена сума на осигурување предвидена во полисата, односно договорот за осигурување, осигуреното лице нема право на исплата на разлика во случај на истек на договорот за осигурување.

Член 26

Одговорност на Осигурувачот

(1) Кога ќе настане осигурен случај, осигурувачот е должен да го исплати надоместокот или сумата определена со договорот во договорениот рок кој не може да биде подолг од 14 (четиринаесет) дена од денот кога осигурувачот добил известување дека настанал осигурениот случај.

(2) Обврската на осигуреникот е целосно завршена на денот на извршената уплата во банка.

(3) Доколку барањето за надомест на трошоци е некомплетно, осигурувачот во рокот од 14 дена, по писмен или електронски пат е должен до осигуреникот или од него овластено лице, да побара да се комплетира барањето.

(4) Осигурувачот може да донесе одлука за решавање на штетата и во случај кога осигуреникот не постапил по најмалку две последователни барања за доставување на дополнителна документација од став 6 на овој член, но ваквата одлука не може да биде донесена во рок пократок од 90 дена од денот на поднесување на барањето за штета.

(5) Осигурувачот нема обврска за исплата на настанатата штета, доколку побарувањето за истата е застарено согласно одредбите од Законот за облигационите односи.

(6) Осигурувачот нема да изврши исплата на надомест на штета или да обезбеди друг вид на надомест, по основа на оваа полиса, доколку плаќањето на штета или друг вид на надомест е во спротивност и/или го изложи осигурувачот на какво било санкции, забрани, рестрикции и 6 Општи услови за осигурување на живот во случај на смрт или доживување со повеќекратно плаќање на премија ембарго, определени со резолуции на Обединетите нации, трговски или економски санкции, закони или регулативи на Европската Унија, Република Северна Македонија, Соединетите Американски Држави, или кое било национално законодавство што важи за страните на овој договор.

III ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 27

(1) Овие Дополнителни услови може да се изменат по постапка и на начин на кои се донесени.

(2) Изменетите услови се применуваат само на ново склучени Договори за осигурување, односно полиси.

(3) За договорите за осигурување кои се на сила, до истек на осигурителната година важат Дополнителните и Општите услови, на основа како што се склучени тие договори, освен ако до промена на услови е дојдено како последица од промени во законската регулатива, на што Осигурувачот не може да влијае.

(4) Ако Осигурувачот ги промени Дополнителните услови за осигурување, должен е по писмен пат да ги известат Договорувачот на осигурување, односно Осигуреникот за кој е склучен повеќегодишен договор за осигурување.

(5) Во случај кога осигуреникот, односно корисникот на осигурувањето смета дека друштвото за осигурување не се придржува кон одредбите од

договорот за осигурување, истиот може да достави претставка до:

1. Организационата единица надлежна за решавање на спорови меѓу договорни страни во рамките на друштвото за осигурување (комисија за постапување по претставки);
 2. Службата за внатрешна ревизија во друштвото за осигурување;
 3. Организацијата за заштита на потрошувачи и
 4. Агенцијата за супервизија на осигурување.
- (6) Претставката може да се поднесе во писмена форма лично или преку полномошник, директно во архивата на Друштвото на адреса на седиштето „по пошта или електронски пат на маил адресата info@uniqa.mk, или во било која подружници на Друштвото.
- (7) Друштвото за осигурување преку воспоставен систем и интерни процедури одлучува по поднесените претставки во рок од 30 дена од денот на поднесување на претставката Друштвото води регистар на доставени и решени претставки и за истите во законските рокови е должно да ја известува Агенцијата за супервизија на осигурувањето.
- (8) Во случај на спор, надлежен е Основен граѓански суд Скопје

Член 28

Заштита на лични податоци

- (1) Друштвото за осигурување е должно сите податоци за осигурениците и/или други корисници на осигурување со кои се стекнале во текот на вршењето на работи на осигурување, да ги третираат како доверливи податоци.
- (2) Обврската за чување на доверливи податоци нема да се применува во следниве случаи:
- 1) ако податоците се потребни за утврдување на факти во кривични постапки или друга судска постапка и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;
 - 2) во случаи предвидени со Законот за спречување перење на пари и други приноси од казниво дело и финансирање на тероризам;
 - 3) ако податоците се потребни за одредување на правните односи меѓу друштвото за осигурување и негов осигуреник и/или друг корисник на осигурувањето при спроведување на законски постапки;
 - 4) ако податоците се потребни заради извршување на присилни постапки над недвижен имот на осигуреник или друг корисник на осигурувањето, и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;
 - 5) ако податоците се побарани од страна на Агенцијата за супервизија на осигурување или друг надлежен орган за супервизија, а заради спроведување на супервизија во рамките на утврдените одговорности;
 - 6) ако податоците се побарани од страна на даночен орган, а во врска со водење на постапки во негова надлежност
- (3) Осигурувачот постапува исклучиво по поднесено писмено барање од барателот на информацијата
- (4) Осигурувачот во однос на личните податоци кои ги поседува постапува согласно важечкиот Закон за заштита на личните податоци, Законот за супервизија на осигурување и други законски и подзаконски акти од оваа област, и истите ги обработува во роковите определени согласно интерните прописи.
- (5) Личните податоци наведени во договорот за осигурување на живот се чуваат од страна на Осигурувачот во периодот дефиниран со позитивните законски прописи.

Член 29

- (1) За односите помеѓу Осигурувачот и Договорувачот на осигурување кои не се регулирани со овие Дополнителни услови се преименуваат одредбите од Општите услови, доколку одредбите од Општите услови се во спротивност со одредбите од Дополнителните услови, се применуваат Дополнителните услови.
- (2) Согласно со Законот за супервизија на осигурувањето, член 107 и член 108, податоците за осигуреникот и полисата се доверливи.
- (3) Овие услови се донесени на редовна седница на Управен одбор одржана на 17.11.2022 година и со одлука бр. 0202-086 се применуваат од 01.12.2022 година.