

**КРОАЦИЈА ОСИГУРУВАЊЕ АД - ДРУШТВО ЗА
НЕЖИВОТНО ОСИГУРУВАЊЕ СКОПЈЕ****ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ДОБРОВОЛНО
ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ CROCARE
И CROCARE+**

По одлука бр.02-1157/1 од 13.02.2020 година
Воведни одредби

Член 1**Доброволно приватно здравствено осигурување**

- (1) Со доброволно приватно здравствено осигурување, согласно Законот за доброволно здравствено осигурување, се покриваат трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, повисок стандард на здравствените услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување,

трошоците за покривање на здравствените услуги користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствените услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во кои се врши здравствена дејност и кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помагала.

- (2) Договорувач на доброволното приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови, е осигуреникот, работодавачот за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови, родителот во својство на законски застапник за своите деца или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе.
- (3) Осигуреник на доброволно приватно здравствено осигурување, според одредбите од овие Услови е физичко лице кое склучило или за кое, е склучен договор за доброволно приватно здравствено осигурување и кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно приватно здравствено осигурување. Осигуреник може да биде само лице кое има утврден статус на осигуреник во системот на задолжителното здравствено осигурување согласно со Законот за здравствено осигурување.
- (4) Меѓусебните права и обврски се уредуваат со договорот за осигурување склучен помеѓу Кроација Осигурување АД - Друштво за неживотно осигурување, Скопје и договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот.
- (5) Општите услови се составен дел на понудата и договорот за доброволно приватно здравствено осигурување кое договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот ќе го склучи со Кроација Осигурување АД, Скопје.

Член 2**Асистентски Центар**

- (1) Асистентскиот центар на осигурувачот на договорувачот на

осигурувањето и осигуреникот им дава информации за осигурувањето и давателите на здравствени услуги.

- (2) Контакт со Асистентскиот центар се остварува преку:
1. Телефон,
 2. Електронска пошта и
 3. Личен контакт.
- (3) Осигурувачот, контактите од Асистентскиот центар ги објавува на својата интернет страна.
- (4) Работното време на Асистентскиот центар се објавува на интернет страницата на Кроација Осигурување АД, Скопје.

Член 3**Значење на поимите**

- (1) Во Општите услови сите изрази користени во машки род важат и за лица од женски пол и за лица од машки пол.
- (2) Изразите наведени во овие Општи услови го имаат следното значење:
1. **амбулантна рехабилитација** се услуги за физикална терапија;
 2. **розев рецепт** е службен образец за рецепт кој се издава за набавка на лекови надвор од системот на задолжителното здравствено осигурување;
 3. **акутна болест (состојба)** е ненадејна болест или повреда, односно сериозни симптоми на нарушување на здравјето што бараат лекарска помош;
 4. **болест** е абнормална состојба на организмот која ја отежнува функцијата на телото;
 5. **каренца** е временски период на почетокот на договореното траење на осигурувањето утврден од страна на осигурувачот, во кој што се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај;
 6. **амбулантно (вонболничко) лекување** е лекување во општа или специјалистичка ординација, дијагностичко

- терапевтски мерки, при што осигуреното лице не користи болнички кревет;
7. **дневна болница** се здравствени услуги кои траат помалку од дваесет и четири (24) часа и обично не преку ноќ;
 8. **медицински оправдан третман** е здравствена услуга, медицинско - технички помагала, импланти, санитарски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластен лекар и:
 - е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда;
 - е потребен за оздравување, подобрување на здравствената состојба или спречување на влошување на здравствената состојба на осигуреникот;
 - не го надминува обемот, траењето или интензитетот, нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лекување;
 - е настанат во текот на осигурителното покритие;
 - е во согласност со широко прифатените професионални стандарди на медицинска пракса во Република Северна Македонија;
 - не е наменет за личен комфорт или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги;
 - не е експериментален или во фаза на истражување;
 9. **давател на здравствените услуги во Република Северна Македонија** се здравствените установи (јавни и приватни) кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала како и здравствени установи и приватни здравствени работници кои се вклучени во мрежата за јавна здравствена служба, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област и се признати од страна на осигурувачот;
 10. **давател на здравствени услуги во странство** е здравствена установа во странство која има решение за дозвола за работа издадена од надлежен орган на странската држава;
 11. **хронична болест или состојба** е болест или состојба која:
 - се развива полека и долго трае;
 - се повторува или е веројатно дека ќе се повтори;
 - може, а и не мора да предизвика трајни здравствени последици, односно
 - потребен е постојан медицински надзор, ублажување на симптомите, лекување, рехабилитација, односно здравствена нега (во понатамошниот текст **хронична болест**).
 12. **годишна сума на осигурување** е највисок износ на обврската на осигурувачот по полисата за период од една година во агрегат, за сите осигурени лица заедно, за специфицирани трошоци за лекување;
 13. **мирување** на осигурување е период за кој договорувачот на осигурувањето нема обврска да плаќа премија за осигурување, а осигурувачот нема обврска да обезбеди осигурително покритие;
 14. **малигно заболување** е болест предизвикана со неконтролиран раст и размножување на абнормални клетки на одреден дел од телото, која е дијагностицирана како малигна болест според Меѓународната класификација на болести (МКБ);
 15. **упат** е образец за задолжително здравствено осигурување со кој избраниот личен лекар го упатува осигуреникот по нивоа и видови на здравствени услуги;
 16. **несреќен случај** е секој ненадеен и од волјата на осигуреникот независен настан кој дејствувајќи главно од надвор и одеднаш на телото на осигуреникот, има за поседица негова смрт, целосен или делумен инвалидитет, привремена неспособност за работа или нарушување на здравјето за кое е потребна лекарска помош, односно лекување во болница. За несреќни случаи се сметаат: прегазување, судир, удар со или од било каков предмет; удар од електрична струја или гром, пад, лизгање, тркалање, ранување со оружје или други предмети или експлозивни материји; увод од било каков предмет, удар или каснување од животни и увод од инсекти освен ако со таквиот увод е предизвикана некаква инфективна болест; труење со храна или хемиски средства од незнаење на осигуреникот, освен професионални заболувања; инфекција на повреди предизвикани од сообраќајна несреќа; труење заради вдишување на плин или отровни пареи, освен професионални заболувања; изгореници од оган или електрицитет, жешки предмети, течности или пареи, киселини, алкали и сл.; давење и потопување, гушење или загушување заради загушување;
 17. **новонастаната болест, состојба или повреда** е болест, состојба односно повреда која ќе настапи по склучување на осигурувањето, односно при склучувањето на осигурувањето постоела, но не е дијагностицирана, односно лекувања и осигуреникот не знаел за неа, односно не можел да знае, бидејќи немал здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми (во понатамошниот текст **новонастаната болест**);
 18. **болничко лекување** опфаќа медицински третман со и без вршење на хируршки зафат, односно лекување во здравствена установа каде осигуреното лице е под постојан надзор на медицински лица;
 19. **дете** е лице помладо од осумнаесет (18) години, односно лице помладо од 26 години кое е сеуште на редовни студии;
 20. **понувач** е лице кое сака да склучи договор за осигурување и за таа цел поднесува понуда до осигурувачот;
 21. **членови на семејство** се брачни или вонбрачни партнери и нивните деца;
 22. **хируршки зафати во дневна болница** се дијагностички и терапевтски зафати во склоп на дневна болница;
 23. **повреда** е промена или нарушеност на ткивото, органот, односно организмот која не содржи елементи на болест или дегенеративен процес кој ја зголемува склоноста кон повреди и настанува поради несреќен случај;
 24. **претходна здравствена состојба** е болест, состојба, односно повреда (вклучувајќи здравствени потешкотии, знаци на болест или симптоми) за која е утврдено дека настанала пред склучување на осигурувањето, односно постоела при склучувањето на осигурувањето, без оглед на тоа дали била дијагностицирана, односно лекувана и позната на осигуреникот или не можела да остане непозната;
 25. **вродена маана** е состојба или болест која постои при раѓање поради наследни фактори, односно околности кои се развиваат во тек на бременост и е откриена при раѓање или било кога подоцна;
 26. **причина за лекување** се секојдневни потешкотии, знаци на болести или симптоми поради кои осигуреникот остварува право од осигурување;
 27. **партICIPација** е дел од трошоците за здравствени услуги и лекови кои при остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, осигуреникот сам ќе ги сноси;
 28. **специјалистичко лекување** се специјалистички

29. **возраст на осигуреникот** е разликата помеѓу годината на почеток на осигурување и годината на раѓање на осигуреникот;
30. **комплексни дијагностички постапки** се комплексни дијагностички анализи;
31. **договорувач на осигурувањето** е лице кое склучува договор за осигурување со осигурувачот;
32. **премија за осигурување** е договорен износ кој договорувачот на осигурувањето му го плаќа на осигурувачот;
33. **осигурен случај** се трошоци за лекување, односно трошоци, односно трошоци за користење на одредени видови здравствени услуги како последица на осигурениот ризик;
34. **осигурен ризик** е нарушување на здравствената состојба на осигуреникот кое предизвикало потреба од користење на здравствени услуги опфатени со здравственото осигурување, настанато во периодот на осигурителното покритие или користење на здравствени услуги како превентивна заштита во рамките на договорените лимити;
35. **осигурувач** е КРОАЦИЈА ОСИГУРУВАЊЕ А.Д Друштво за неживотно осигурување, Скопје (во понатамошниот текст: Кроација Осигурување/Осигурувач);
36. **надомест од осигурување** е износ за здравствени услуги и лекови кој осигурувачот го исплаќа при настапување на осигурениот случај;
37. **осигурително покритие** е обврска на осигурувачот да ги исполни обврските од договорот за осигурување според договорените услови;
38. **осигурителна година** е период од една (1) година која почнува на денот на почеток на осигурување;
39. **осигуреник** е физичко лице чиј интерес е осигурен со договорот за осигурување;
40. **франшиза** е учество на осигуреникот во штета.

Кој може да се осигура

Член 4

Лица кои може да се осигураат

- (1) Со ова осигурување може да се осигура лице кое има престој во Република Северна Македонија и кое врз основа на Законот за здравствено осигурување има статус на осигурено лице со задолжително здравствено осигурување, како што е пропишано во член 1 став 3 од овие Услови, најмногу до 65 години возраст. Лицата постари од 65 години возраст се осигуруваат со Посебни договарања и премија.
- (2) Осигуреници од ставот 1 на овој член може да бидат и лица странски државјани кои не се опфатени со системот на задолжително здравствено осигурување, и тоа само за трошоци за здравствени услуги кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување и за користење на здравствени услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.
- (3) Осигурениците од став 2 на овој член со губење на својството на осигуреници или статус на осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување за осигурениците од став 1, го губат и својството на осигуреници во приватното здравствено осигурување.
- (4) Исклучок од ставот 3 на овој член се осигурениците во приватното здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.
- (5) Дете може да се осигура само доколку заедно со родителот се осигурени на иста полиса.

Содржина и опсег на осигурувањето

Член 5

Содржина на осигурувањето

- (1) Осигурувањето може да се склучи како индивидуално (едно лице) или семејно (два или повеќе члена) осигурување и за еден од следните видови на осигурително покритие, кои се разликуваат според видот на осигурените трошоци за здравствени услуги и висината на осигурените суми:
 - CROCARE - основно покритие дефинирано во член 6;
 - CROCARE+ - проширено покритие дефинирано во член 7.
- (2) Под семејно осигурување се подразбира осигурување на двајца (брачни или вонбрачни) партнери или родители и деца. Како семејно осигурување се смета и осигурување на самохран родител и дете/деца.

Член 6

CROCARE основно покритие

- (1) Со склучена полиса за „CROCARE“ основно покритие, осигуреникот добива покритие за:
 - Трошоци за целосно лекување на малигно заболување;
 - Трошоци за болничко лекување со или без вршење на хируршки зафат;
 - Трошоци за вршење на специјалистички прегледи.
- (2) Со трошоци за целосно лекување на малигно заболување опфатени се трошоци за лекување настанати во периодот на осигурувањето, за лекување на малигно заболување. Со осигурувањето се опфатени сите трошоци за дијагностички постапки и третман (лекување) на осигуреникот без оглед дали истите опфаќаат услуги од дневна болница, болничко лекување или лекување во домашни услови.
- (3) Под трошоците за целосно лекување на малигно заболување е опфатен секој вид на третман кој ќе биде медицински неопходен во различна фаза од лекување на болеста, согласно препораките од лекарот и тоа специјалистички прегледи, дијагностика (едноставна или комплексна), радиотерапија, хемотерапија, лекови, хируршки интервенции и друго.
- (4) Како трошоци за лекување во случај на болничко лекување опфатени се трошоци кои се настанати во периодот од осигурувањето, за нарушена здравствена состојба како последица од новонастаната болест или повреда.
- (5) Како трошоци опфатени со претходниот став од овој член се трошоци за дијагностика, лекување и здравствена нега преземени за време на престојот на осигуреникот во болницата во случај на вршење на хируршки зафат и во случај кога нема да се врши истиот.
- (6) Како трошоци за вршење на специјалистички прегледи, влегува надомест на трошоци за вршење на прегледи од сите специјалистичко - консултативни области најмногу до сумата на осигурување определена со подлимит за ова осигурено покритие кој е изразен на полисата за осигурување. Прегледот може да вклучува и одредени едноставни дијагностички постапки како и лабораториски анализи. Остварување на правото за лекување за покритието дефинирано во овој став може да биде со причина за лекување или да биде дел од превентивна заштита заради проверка на здравствената состојба, без постоење на причина за лекување.
- (7) Географското подрачје за покритие на трошоци за лекување на малигно заболување или болничко лекување е на територија на Република Северна Македонија и Европа, додека пак за специјалистичко лекување само на територија на Република Северна Македонија. Во случај кога осигуреникот ќе се реши на лекување надвор од Република Северна Македонија за вршење на болничко лекување со хируршки зафат, осигурувачот исплаќа еднократен надомест на трансакциска сметка на осигуреникот во висина од просечната цена на чинење на болничкото лекување со хируршки зафат на територија на Република

исплата на трошоци поврзани со тој осигурен случај престанува. Во останатите случаи на лекување и кога не може да се утврди просечна цена на територија на Република Северна Македонија за болничко лекување со хируршки зафат, осигуреникот своето право на надомест на трошоци го остварува преку рефундација по завршена постапка на лекување и доставен превод од медицинската документација.

- (8) Во случај на малигно заболување, сите неопходни трошоци за лекување на малигно заболување се опфатени само по основ на договорените лимити за лекување на малигно заболување и истите не се предмет на осигурување преку покритијата за болничко лекување и специјалистички прегледи.

Член 7

CROCARE+ - проширен пакет

- (1) Покрај осигурителното покритие дефинирано во член 6, доколку е посебно договорено и платена дополнителна премија осигурувањето покрива и трошоци за:
1. Соодветни едноставни дијагностички анализи (основни сликовни, функционални и лабораториски анализи и мерења) како продолжение на лекувањето започнато преку специјалистички преглед;
 2. Комплексни дијагностички методи (без ограничување на видот на постапка) како продолжение на лекувањето започнато преку специјалистички преглед и
 3. Контролен преглед по завршена постапка за дијагностика.
- (2) Соодветна едноставна дијагностичка анализа е на пример RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, спирометрија.
- (3) Комплексна дијагностичка постапка ги опфаќа сите дијагностички постапки кои се продолжение на специјалистичкото лекување и кои се потребни за поставување на дијагноза на новонастанатата болест или повреда. Комплексна дијагностичка постапка е компјутерска томографија (CT, CTA), магнетна резонанса (MR, MRA), позитронска емисиjsка томографија (PET), скинтиграфија, иригографија, УЗ водена биопсија на внатрешните органи и простатата, ендоскопски УЗ, артрографија, гастроскопија, колоноскопија, миелографија, патохистолошко испитување и сл.
- (4) Лекувањето дефинирано во овој член се изведува на сите специјалистичко – консултативни области.
- (5) Осигурувачот ги надоместува трошоците за лекување од овој член најмногу до сумата на осигурување и подлимитите дефинирани во полисата за осигурување.

Услови и начин на остварување на права од осигурување

Член 8

Користење на Асистентски центар

- (1) Осигуреникот ги остварува правата преку Асистентскиот центар на осигурувачот.

Член 9

Најава на лекување

- (1) Осигуреникот, лекувањето во здравствената установа однапред му го најавува на осигурувачот преку Асистентскиот центар на осигурувачот за што осигурувачот издава гаранција за лекување.
- (2) За итни случаи како и случаи кога осигуреникот нема да биде во можност да го најави однапред своето лекување, потребно е да поднесе барање за рефундација на трошоците.

Член 10

- (1) Осигуреникот го остварува правото од осигурување врз основа на документација која е доставена пред склучување на осигурувањето за утврдување на претходна здравствена состојба како и основана медицинска документација за извршено лекување и тоа:

1. Уредно и целосно пополнет Прашалник за здравствена состојба заедно со Потврда од матичен лекар од која документација се утврдуваат претходните болести, состојби и повреди;
 2. За специјалистичко лекување, вонболничко или болничко од наодот на лекар специјалист;
 3. За комплексна дијагностичка постапка од наодот на лекар специјалист.
- (2) Доколку во тек на важење на осигурувањето, осигурувачот утврди несоодветност на податоците содржани во Прашалникот за здравствена состојба и Потврдата од матичен лекар, со документацијата од извршено лекување во смисла на постоење на околност која не била пријавена пред склучување на осигурувањето, без оглед дали за молчењето постоела намера или не, осигурувачот го задржува правото да не изврши надомест на трошоците за лекување.
- (3) Осигурувачот врши утврдување на претходните состојби или болести преку Прашалникот за здравствена состојба и Потврдата од матичен лекар која е составен дел од Прашалникот за здравствена состојба, под услов истите да се уредно пополнети. Исклучок претставува прибавата на податоци од приватни здравствени установи кои се надвор од системот на задолжително осигурување.

Член 11

Начин на остварување на права од осигурување

- (1) Осигуреникот ги добива здравствените услуги кај давателите на здравствени услуги.

Член 12

Обврски на осигуреникот при изведување на лекувањето

- (1) Осигуреникот е должен да ги почитува инструкциите за изведување на лекувањето кои му ги препорачал давателот на здравствени услуги и при лекувањето да ја приложи медицинската документација согласно истите упати.

Член 13

Барање за поврат на трошоците за здравствени услуги (рефундација)

- (1) Барањето за поврат на трошоците за добиените здравствени услуги кај давателот кои не биле однапред најавени кај осигурувачот, осигуреникот го поднесува во рок од триесет (30) дена од датумот на добиените здравствени услуги.
- (2) Кон барањето за поврат на трошоците мора да приложи:
1. Копија од наодот (извештајот) од лекар специјалист кај давателот на здравствени услуги, копија од наодот за лекување и оригинална сметка од давателот на здравствените услуги со спецификација на добиените здравствени услуги.
 - 3) Во случај на остварување на правото на поврат на трошоци, осигурувачот во рок од четиринаесет (14) дена од комплетирање на целокупната документација извршува поврат на истите, на сметката која осигуреникот ја навел во барањето за поврат на трошоците.

Член 14

Документација за остварување на права од осигурување

- (1) Осигуреникот на свој трошок добива и му ги поднесува на осигурувачот сите информации и документација од истото поглавје како и друга документација на барање на осигурувачот за утврдување на обврските од договорот за осигурување.

Член 15

Одлучување за правото на исплата на надомест од осигурување

- (1) Осигурувачот во рок од четиринаесет (14) дена по примањето на целокупната документација одлучува за правото на исплата на надомест од осигурување и за тоа го известува осигуреникот.

Ограничувања и исклучоци на осигурувањето

Член 16

Каренца

- (1) За осигурувањето важи каренца од два (2) месеци во случај на дијагностицирање, односно лекување на болест или состојба.
- (2) Каренцата не се применува:
 - кај лица со осигурување во континуитет кај осигурувачот;
 - доколку настани несреќен случај (незгода), како и кај хируршки интервенции како последица од несреќен случај.
- (3) Доколку во периодот на каренца осигуреникот оствари лекување поради новонастаната болест или состојба, осигурувачот нема обврска за надомест на лекување за истата ниту по периодот на истек на каренца.
- (4) При обнова на осигурувањето доколку каренцата за осигурено лице, не е во потполност завршена за времетраење на претходната полиса, остатокот од периодот се пренесува на новата полиса.
- (5) Доколку новородено дете се осигура во рок од 14 дена од раѓање, периодот на каренца не важи.

Член 17

Франшиза

- (1) Осигурувањето се склучува без предвидено учество во штета од страна на осигуреникот.

Член 18

Ограничување на обврските на осигурувачот

- (1) Осигурувањето ги покрива трошоците за здравствени услуги кои настануваат во осигурителната година најмногу до висина на годишната сума на осигурување и одредените подлимити изразени во полисата за осигурување, изразени во годишен агрегат.
- (2) Не е можно пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година.

Член 19

Исклучување на обврските на осигурувачот

- (1) Осигурувачот нема обврски:
 1. во врска со претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето на осигурувачот му биле пријавени и ако осигурувачот ги прифатил;
 2. во врска со болест, состојба односно повреда која во договорот за осигурување е наведена меѓу исклучените обврски на осигурувачот;
 3. заради лекувања кои не се медицински индицирани или се последица на лекарска грешка или нивната цел била подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот.
- (2) Осигурувачот нема обврска во случај на трошоци поврзани со:
 1. трансплантација, повреди и компликации после оперативни зафати како и отстранување на внатрешниот остеосинтетски состав;
 2. вродени маани и професионални болести;
 3. синдром на стекната имунодефициенција, инфекција со ХИВ, полово преносливи болести, епилепсија и парализа;
 4. душевни болести, општи физички отежнувања и

5. бременост, неплодност, стерилизација, вештачко оплодување и породување;
 6. абортус и негови последици доколку е извршен поради психолошки или социјални причини; исклучок е абортусот во итни медицински случаи односно поради медицински причини како што се: структурно, односно хромозомско оштетување на плодот, здравствена состојба која го загрозува животот на мајката, спонтан абортус и медицински индициран абортус.
 7. рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астигматизам) освен ако е последица од повреда;
 8. прекумерно уживање во алкохол, односно други психоактивни материи;
 9. промена на пол;
 10. жуљеви, задебелени односно сраснати нокти;
 11. стоматолошки услуги, освен стоматолошки услуги поради несреќен случај - незгода;
 12. состојби кои произлегуваат од перинаталниот период (период веднаш по породување додека родилката е сеуште во болница);
 13. пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и пореметување на вниманието со хиперактивност);
 14. аутизам.
- (3) Осигурувањето не ги покрива трошоците за :
 1. здравствени услуги добиени кај давател кој е член на потесното семејство на осигуреникот, односно живее во исто домаќинство со осигуреникот;
 2. второ мислење (повторување на постапка за која веќе еднаш е остварено правото од осигурување);
 3. услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување;
 4. медицински помагала или импланти, освен ако се составен дел на болничко лекување;
 5. превоз на јавни служби за спасување и итна медицинска помош организирана од страна на јавни служби;
 6. дијализа;
 7. редовна вакцинација;
 8. генетски испитувања;
 9. придружба на осигуреникот (освен трошоци за родител/законски застапник во случај на хоспитализација на дете до 14 години), патни трошоци, како и трошоци за комуникациски услуги.
 - (4) Исклучени се обврските на осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло заради или е поврзано со:
 1. воени или на нив слични дејствија, саботажа, терористички активности, инциденти, востанија, револуции и друго, без оглед на тоа дали осигуреникот во нив учествувал;
 2. епидемија, пандемија, загадена средина (освен лекување поради аерозагадување на територија на Република Северна Македонија), радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија како и природни катастрофи;
 3. подготвување, обид или извршување кривично дело, како и за бегство после такво дело;
 4. физичка пресметка, освен во случај на службено докажана самоодбрана, што осигуреникот сам ја докажува со своерачно потпишана изјава;
 5. самоповредување или обид за самоубиство;
 6. управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;
 7. екстремни спортови како и професионално спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување.
 - (5) Обврската за исплата на надомест од осигурување е исклучена во случај на:

1. неогворно однесување, односно недостаток на правилно однесување на осигуреникот во случај да не се придржува на упатствата на лекарот кој го лекува;
 2. давање на невистинити податоци, премолчување, измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договорувачот односно осигуреникот.
- (6) Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците за:
1. медицинско испитување и медицинска документација вклучувајќи ги преводите како и копиите на иста документација кои осигуреникот е должен да ги поднесе како доказ за настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и
 2. трошоците за правно односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај.
- (7) Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

Склучување, траење и престанок на осигурувањето

Член 20

Склучување на договор за осигурување

- (1) Договорот за осигурување се склучува врз основа на понуда и склучен е кога ќе го потпишат двете договорени страни.
- (2) Понудувачот со потпишување на понудата изјавува дека пред склучување на договорот бил запознаен со условите на склучување и изведување на осигурувањето и дека договорните одредби се усогласени со договорот на договорните страни.
- (3) Осигуреникот при склучување на договорот за осигурување пополнува и потпишува прашалник за здравствената состојба кој е составен дел на понудата. Врз основа на прашалникот за здравствената состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува висината на премијата за осигурување, односно исклучување на сите обврски, поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при склучувањето. Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена после раѓање, не е потребно пополнување на прашалник за здравствена состојба.
- (4) Ако за склучување на осигурување е потребен лекарски преглед, осигуреникот, по барање на осигурувачот го прави во рок од четиринаесет (14) дена од денот на поднесување на Понуда. Ако за склучување на осигурувањето е потребна дополнителна здравствена документација, осигуреникот му посредува на осигурувачот на негово барање во рок од четиринаесет (14) дена од денот на поднесување на Понуда.
- (5) Потпишана понуда за склучување на договорот за осигурување која му била поднесена на осигурувачот го обврзува понудувачот во рок од осум (8) дена од денот кога пристигнала кај осигурувачот, а ако е потребен лекарски преглед, триесет (30) дена. Ако осигурувачот во тој рок не ја одбие понудата која не отстапува од условите по кои се склучува осигурувањето, се смета дека понудата е прифатена и дека договорот за осигурување е склучен истиот ден кога пристигнала кај осигурувачот.
- (6) Ако осигурувачот е подготвен да ја прифати понудата само под посебни или променети услови, договорот за осигурување ќе биде склучен оној ден кога осигуреникот ќе се согласи со потпис на тие услови. Се смета дека понудувачот се откажал од понудата ако на посебните или променети услови од осигурувачот не се потпише во рок од осум (8) дена од денот на прием на известувањето од осигурувачот.
- (7) Ако договорувачот и осигуреникот не се исто лице, понудата мора да содржи писмена согласност од осигуреникот за склучување на осигурувањето.

Член 21

- (1) Договорувач на осигурувањето, односно осигуреникот е должен при склучувањето на договорот да му ги пријави на осигурувачот сите суштествени околности што се од значење за оценка на ризикот, а што му се познати или не можеле да му останат непознати. Суштествени се сите околности за кои осигурувачот поставил прашање во прашалникот и понудата за осигурување или дополнително писмено побарал податоци.
- (2) Ако договорувач на осигурувањето, односно осигуреникот намерно или ненамерно направил неточна пријава или околност од таква природа што осигурувачот би склучил договор под променети околности кога би знаел за истата, осигурувачот го задржува правото да не изврши исплата на трошоците за лекување поврзана со таа околност.
- (3) Ако договорувач на осигурувањето, односно осигуреникот, намерно направил неточна пријава или намерно премолчил некоја околност од таква природа што осигурувачот не би склучил договор ако знаел за вистинската состојба на работите (датум на раѓање, здравствена состојба), осигурувачот може да бара поништување на договорот, особено ако осигуреникот според вистинската возраст или според здравствената состојба нема способност за осигурување.
- (4) Во случај на поништување на договорот од причините наведени во став (3) на овој член, осигурувачот ги задржува наплатените премии и има право да бара исплата на премијата за периодот на осигурувањето во кој побарал поништување на договорот.
- (5) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена неточноста или нецелосноста на пријавата или по тоа, но пред поништувањето на договорот, осигурувачот нема обврска да исплати надомест на штета.
- (6) Ако договорувач на осигурувањето направил неточна пријава за годината на раѓање, а тоа не го сторил намерно, осигурувачот може по свој избор, во рок од еден месец од дознавањето за неточноста или нецелосноста на пријавата, да изјави дека го раскинува договорот или да предложи зголемување на премијата сразмерно со поголемиот ризик.
- (7) Договорот во тој случај престанува по истекот на 14 дена од кога осигурувачот својата изјава за раскинување му ја соопштил на договорувач на осигурувањето, а во случај на предлог од осигурувачот премијата да се зголеми, раскинувањето настапува според самиот закон ако договорувач на осигурувањето не го прифати предлогот во рок од 14 дена од кога го примил.
- (8) Во случај на раскинување, осигурувачот е должен да го врати делот од премијата што отпаѓа на времето до крајот на периодот на осигурувањето.
- (9) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена неточноста или нецелосноста на пријавата или по тоа, но пред раскинувањето на договорот, односно пред постигнувањето на спогодба за зголемување на премијата, надоместот се намалува во сразмер меѓу стапката на платените премии и стапката на премиите што би требало да се платат според вистинскиот ризик.

Член 22

Предлог за склучување на договор за осигурување под изменети услови

- (1) Ако врз основа на податоците од прашалникот за здравствена состојба, односно поради некоја претходна или моментална здравствена состојба се утврди дека некое лице претставува зголемен ризик, осигурувачот има право ова лице да го прими во осигурување под променети услови.
- (2) Зголемен ризик претставува зголемен ризик од настанување на осигурен случај проценет врз основа на здравствената состојба на осигуреникот, а кој осигурувачот го утврдува врз основа на податоците во прашалникот и потврдата од матичен лекар, а во согласност со процедурата за процена на ризик.

- (3) Доколку осигурувачот за некое лице утврди дека претставува зголемен ризик должен е да во рок од 8 дена од прием на прашалникот, му достави на договорувачот писмен предлог за осигурување под променети услови и за истото да го информира осигуреникот.
- (4) Изменети услови за склучување на договор за осигурување на лица кои претставуваат зголемен ризик, може да бидат:
 1. Ограничување, односно исклучување на осигурително покритие за одредени болести и состојби или последици од претходната здравствена состојба;
 2. Примена на одредени посебни каренци за надомест на трошоци за лекување за одредено осигурително покритие;
 3. Доплаток на премијата за осигурување за лице кое претставува зголемен ризик.
- (5) Исклучување на одредени покритија за лицето кое претставува зголемен ризик се наведуваат на самата полиса и се наведени на прашалникот за здравствена состојба.
- (6) Доколку договорувачот на осигурување не ја прифати предложената измена добиена по писмен пат во рок од осум (8) дена од денот на прием на препорачаното писмо, односно од денот на прием на електронска пошта, се смета дека истиот се повлекува од договорот за осигурување на лицето со зголемен ризик.
- (7) Условите под кои што се осигуруваат лицата со зголемен ризик како и премијата за осигурување ја одредува Служба за прием во осигурување.

Член 23

Времетраење на осигурувањето

- (1) Осигурувањето започнува во 24:00 часот на оној ден чиј датум е запишан на полисата како датум на почеток на осигурувањето и завршува во 24:00 часот на оној ден чиј датум е запишан на полисата како датум на истекување на осигурувањето.
- (2) По правило осигурувањето секогаш започнува на 1-ви од месецот.
- (3) Осигурувањето се склучува за период од една (1) година.

Член 24

Обнова на осигурување

- (1) Осигурувањето може да се обнови со еднакво траење. При обновување, осигурувачот може повторно да ја процени здравствената состојба на осигуреникот и да ја одреди висината на премија за осигурување, односно исклучување на обврските на осигурувачот поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при обнова. Осигурувачот за обновата на осигурувањето и за промените на осигурувањето при обнова на пригоден начин го известува осигуреникот барем еден (1) месец пред истекот на осигурувањето. Ако договорувачот односно осигуреникот не се согласува со обновата на осигурувањето, има право, пред почетокот на обновувањето на осигурувањето со изјава да не го прифати. Осигурувачот нема право да предложи исклучување на неговите обврски за лекување на новонастаната болест, состојба или повреда кое лекување во периодот на обнова сеуште трае.
- (2) Осигурувањето не се обновува ако осигурувачот престанал со осигурување, ако договорувачот односно осигуреникот постапил спротивно на договорот за осигурување или настанале околности заради кои осигурувачот не би го склучил договорот за осигурување. Осигурувачот за тоа го известува осигуреникот во рок од осум (8) дена пред истекот на осигурувањето.

Член 25

Престанок на договорот за осигурување

- (1) Договорот за осигурување престанува со завршување на периодот за кој е склучено осигурувањето.
- (2) Ниту осигурувачот ниту договорувач во текот на траењето

раскинат. Раскинувањето на договорот е можно само со спогодба и ако за тоа постојат оправдани причини.

- (3) Во случај на склучен договор на подолго време, договорувачот, согласно Законот за заштита на потрошувачи, има право во рок од петнаесет (15) дена од денот на склучување на осигурувањето, без образложение да го откаже договорот за осигурување.
- (4) Договорот за осигурување, без разлика на одредбата од член 23 став (1) од Општите услови престанува да важи во 24:00 часот од оној ден кога осигурувањето е раскинато или прекинато.
- (5) Договорот за осигурување предвремено престанува со смрт на осигуреникот.
- (6) Договорот за осигурување престанува и со искористување на вкупната сума на осигурување.

Осигурително покритие

Член 26

Осигурително покритие

- (1) Осигурителното покритие започнува со датумот на почеток на осигурувањето ако:
 1. за осигурувањето во целост е платена доспеаната премија за осигурување согласно одредбите од договорот за осигурување, и
 2. осигурувањето не е во каренца.
- (2) Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена после раѓање, осигурителното покритие започнува еден (1) месец после раѓањето без примена на периодот на каренца.
- (3) Ако осигуреникот во осигурителната година веќе ја искористил годишната сума на осигурување, осигурувањето до почетокот на следната осигурителна година ќе нема осигурително покритие.
- (4) Ако осигурувањето се обнови во рок од еден (1) месец по истекот на претходното осигурување, осигурувањето ќе нема каренца.
- (5) Осигурителното покритие престанува со прекин на осигурувањето.

Член 27

Мирување на осигурувањето

- (1) Мирување на осигурувањето не е можно да се договори.

Премија за осигурување

Член 28

Премија за осигурување

- (1) Премијата за осигурување е годишна. Договорувачот ја плаќа премијата одеднаш, ако поинаку не се договори. Ако е договорено плаќање на рати, договорувачот ја плаќа првата рата во моментот на склучување на договорот за осигурување, најдоцна до 15 дена.
- (2) Премијата за осигурување е евидентирана во важечката тарифа за осигурување.
- (3) Премијата за осигурување е одредена по старосни класи. Врз основа на прашалникот за здравствената состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува премијата за осигурување, односно исклучување на своите обврски, поврзани со здравствената состојба на осигуреникот. Во случај на преминување во повисока старосна класа, пред почетокот на новата осигурителна година висината на премијата за осигурување за следната година се ускладува со важечката Тарифа за осигурување.
- (4) Согласно законските одредби, на премијата за осигурување не се пресметува данок.
- (5) Во случај на заостанато плаќање на премијата за осигурување, обврските се подмируваат по редот на доспеаност.

Член 29

Последна од неплаќање на премијата за осигурување

- (1) Ако премијата за осигурување не е платена до денот на доспеаност, осигурувачот може да го извести договорувачот да ја плати премијата за осигурување. Ако премијата за осигурување не е платена во рок кој е наведен во известувањето и кој не е пократок од триесет (30) дена, осигурувачот може да го раскине договорот за осигурување без отказан рок, при што на осигурувачот му припаѓа доспеаната премија за осигурување.
- (2) Во случај на доцнење при плаќањето на премијата, осигурувачот може да побара поврат на трошоците кои заради доцнењето предизвикале законска казнена камата.
- (3) Осигурувачот е овластен сите доспеани неплатени рати на премијата да му ги одбие на осигуреникот при исплатата на штета.
- (4) Договорувачот со неплаќање на премијата за осигурување не може еднострано да го раскине осигурувањето.
- (2) Осигурувачот може во случај на измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договорувачот или осигуреникот да го раскине договорот за осигурување без отказан рок и да побара поврат на исплатениот надомест од осигурување, заедно со законската казнена камата како и настанатата штета и трошоците, при што осигурувачот може да го задржи поголемиот дел од платената премија за осигурување и има право да побара плаќање на премијата за осигурување за осигурителниот период во кој побарала раскин на договорот за осигурување.
- (3) Ако осигурувањето престане со смрт на осигуреникот, осигурувачот има право на премијата за осигурување до крајот на месецот во кој настапила смртта, а пропорционален дел на однапред платената премија за осигурување во случај да е повисок од трошоците кои осигурувачот ги има со поврат на пропорционалниот дел, го враќа на договорувачот.
- (4) Осигурувачот во случај на промени кои се важни за осигурувањето, на примерен начин (по писмен пат, телефонски, на интернет страната, преку медиуми и слично) го известува договорувачот односно осигуреникот.
- (5) Осигурувачот не превзема никаква одговорност за квалитетот на добиените здравствени услуги кај давателите на здравствени услуги.

Лични податоци

Член 30

Обработка на лични податоци

- (1) Договорувачот на осигурувањето - физичко лице, односно осигуреникот му дозволува на осигурувачот согласно прописите што го регулираат осигурувањето, правата на потрошувачите и заштитата на личните податоци, да ги обработува неговите лични податоци од договорот за осигурување во земјата и во странство. Осигуреникот му дозволува на осигурувачот за потребите за спроведување на договорот за осигурување да собира и обработува податоци за неговата здравствена состојба во земјата и во странство, вклучувајќи со тоа и овластените лица на осигурувачот да ја обработуваат здравствената документација на осигуреникот, да ги доставуваат податоците до осигурувачот како и проверка на точноста и промените на личните податоци во здравствените установи и други правни и физички лица, кои располагаат со тие податоци.
- (2) Договорувачот на осигурувањето - физичко лице, односно осигуреникот му дозволува на осигурувачот и неговиот договорен обработувач на личните податоци во согласност со прописите што ја регулираат заштитата на личните податоци, да ги користи личните податоци од првиот став на овој член, само за потребите за спроведување на договорот за осигурување. Договорувачот на осигурувањето му дозволува на осигурувачот согласно со прописите што ја регулираат заштитата на личните податоци, да ги користи личните податоци од првиот став на овој член, освен податоците за здравствената состојба, во цели за обработка и непосреден маркетинг за себе и поврзани друштва во земјата и странство.
- (3) Договорувачот на осигурувањето – физичко лице, односно осигуреникот може дозволата од претходниот став на овој член во секој момент бесплатно, трајно или привремено да ја отповика со писмено барање, пратено на адреса на осигурувачот.
- (4) Личните податоци од став 1 и 2 од овој член освен податоците за здравствената состојба можат да ги обработуваат и овластени лица за застапување и посредување како и договорните обработувачи на лични податоци.

Член 31

Чување на личните податоци

- (1) Личните податоци осигурувачот ги чува во согласност со прописите за заштитата на личните податоци и интерните акти за обезбедување тајност и заштита на обработката на личните податоци.

Останати права и обврски на договорните страни

Член 32

Останати права и обврски на договорните страни

- (1) Осигурувачот е должен да ја прифати премијата од секое

Член 33

Останати права и обврски на договорувачот и осигуреникот

- (1) Ако договорувачот и осигуреникот не се исто лице, договорувачот го запознава осигуреникот со одредбите на договорот за осигурување. Се смета дека осигуреникот е запознаен со условите на склучување и изведување на осигурувањето.
- (2) Договорувачот односно осигуреникот должен е кон осигурувачот:
 1. при склучување на договорот за осигурување да ги пријави сите околности кои се неопходни за процена на ризикот и кои му се познати или не можеле да му останат непознати. Особено важни се сметаат оние околности без кои не е можно да се склучи, односно се такви да осигурувачот би го склучил осигурувањето под посебни или изменети услови, односно не би го склучил осигурувањето;
 2. за времетраењето на осигурувањето ажурно да посредува со лични и други податоци како и околности и нивната промена важна за изведување на осигурувањето.
- (3) Договорувачот е должен да го обезбеди плаќањето на премијата за осигурување на начин и во рокови кои се одредени во договорот за осигурување.
- (4) Осигуреникот должен е:
 1. правата од осигурувањето да ги оствари на начин и под услови кои се одредени во договорот за осигурување како и
 2. на сопствен трошок, на осигурувачот да му ја достави целата документација и да ги даде сите информации потребни за утврдување на настанувањето и постоењето на осигурен случај како и правото за надомест од осигурување.
- (5) Ако осигуреникот не постапува согласно договорот за осигурување, особено ако правото од осигурување не го остварува на начин и по условите кои се одредени во договорот за осигурување или не се почитуваат упатите за давање здравствена услуга кои претходно му ги препорачал давателот на здравствени услуги, осигурувачот ќе си ја надомести штетата и трошоците настанати заради неговото постапување или пропуст.
- (6) Ако осигуреникот при остварување на правата од осигурување ја надмине годишната сума на осигурување, на осигурувачот му го враќа надминатиот износ и трошоците настанати заради неговото постапување.

- (7) Ако по остварување на правото од осигурување се утврди дека не настанал осигурен случај, на осигурувачот му се враќа платениот надомест од осигурување како и трошоците настанати заради неговото постапување.

Договор за осигурување

Член 34

Договор за осигурување

- (1) Со договорот за осигурување договорувачот се обврзува дека на осигурувачот ќе му ја плати премијата за осигурување, а осигурувачот се обврзува дека при настанување на осигурен случај ќе ги исполни условите на осигурителното покритие и на осигуреникот ќе му ги надомести трошоците за добиените здравствени услуги во договорениот износ како и ќе понуди асистенција при остварување на правото од осигурување.

Член 35

Општи услови

- (1) Општите услови се составен дел на договорот за осигурување со кој се уредени односите меѓу договорувачот, осигуреникот и осигурувачот.
- (2) Осигурувачот ги објавува Општите услови на својата интернет страница.

Член 36

Останати документи кон договорот за осигурување и нивна хиерархија

- (1) Составни делови на договорот за осигурување се покрај Општите услови, исто така понуда, прашалник за здравствената состојба заедно со Потврда од матичен лекар, полиса за осигурување како и здравствената документација и други пријави, изјави или документи од договорените страни, а можат да бидат и посебните услови односно клаузули во полисата за осигурување.
- (2) Во случај кога одредбите на посебните услови се спротивни на одредбите од Општите услови, важат посебните услови. Во случај кога клаузулата во полисата за осигурување е спротивна на одредбите од Општите услови, односно на посебните услови, важи клаузулата од полисата за осигурување.

Член 37

Облик на договорот за осигурување и меѓусебно известување

- (1) Документацијата кон договорот за осигурување и во врска со договорот за осигурување мора да биде на македонски јазик и во пишана форма или во договорена електронска форма и е на сила од денот на прием.
- (2) Ден на прием се смета следниот работен ден после препорачано предадената пратка, пратена на последната дадена адреса од страна на примателот.

Член 38

Измени во договорот за осигурување

- (1) За времетраење на договорот за осигурување, осигурувачот го задржува правото да ги измени Општите услови, висината на премија за осигурување, односно тарифата на премии, висината на франшизата и висината на годишната сума на осигурување, при што направените измени ќе важат со почеток на новата осигурителна година.
- (2) Осигурувачот, за сите промени го известува договорувачот на соодветен начин, барем еден (1) месец пред стапувањето на промената на сила. Ако договорувачот не се согласува со промената, има право во рок од триесет (30) дена по известувањето, со изјава да го прекине договорот за осигурување, при што промените од договорот за осигурување ќе стапат на сила со завршувањето на тековната осигурителна година. Ако договорувачот во тој рок не го прекине договорот за осигурување ќе се смета дека се согласил со промените.

- (3) Договорувачот нема право да се откаже од договорот за осигурување ако промената е во негова односно во корист на осигуреникот или ако промената на висината на премијата е заради преминување на осигуреникот во повисока старосна класа.
- (4) Останатите промени на договорот за осигурување важат со почетокот на новата осигурителна година, ако со осигурувачот не е поинаку договорено.

Член 39

Проширување на здравствените услуги

- (1) Листата на здравствени услуги на лекување, осигурувачот може да ги прошири и објави на својата интернет адреса.

Преодни и завршни одредби

Член 40

Вонсудско решавање на спорови

- (1) Странките се согласни дека сите спорови што произлегуваат од овој договор ќе се решаваат по мирен пат.
- (2) Договорувачот на осигурувањето и осигуреникот се согласни дека за сите спорни прашања, жалби и несогласувања кои произлегуваат од односот со осигурувачот ќе го известат истиот без одложување. Известувањата во форма на приговор од овој став се доставуваат во писмен облик, од што со сигурност може да се утврди содржината на известувањето и времето на неговото праќање.

Член 41

Поднесување на приговор, односно жалба против работењето на друштвото за осигурување

- (1) 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 преставка до:
1. Организационата единица надлежна за решавање на спорови меѓу договорни страни во рамките на друштвото за осигурување (комисија за постапување по преставки).
 2. Службата за внатрешна ревизија во друштвото за осигурување.
 3. Организацијата за заштита на потрошувачи и
 4. Агенцијата за супервизија на осигурување.
- (2) Друштвото за осигурување преку воспоставен систем и интерни процедури одлучува по поднесените преставки во рок од 30 дена од денот на поднесување на преставката.
- (3) Друштвото води регистар на доставени и решени преставки и за истите во законските рокови е должно да ја известува Агенцијата за супервизија на осигурувањето.

Член 42

Надлежност во случај на спор

- (1) Во случај на судски спор, стварно и месно надлежен е судот според седиштето на осигурувачот.

Член 43

Компензација, залог и отстапување на побарувања

- (1) Осигурувачот може да ја компензира доспеаната премијата при исплата на надомест од осигурување и останатите обврски на договорувачот и осигуреникот, вклучувајќи ги и оние од претходното осигурување, заедно со законска казнена камата како и настанатата штета и трошоци.
- (2) Ако договорувачот односно осигуреникот прими надомест кој се однесува на надомест на трошоците за здравствени услуги и лекови согласно Општите услови од лице одговорно за штетата, осигурувачот може од надоместот за осигурување да го задржи износот на таквиот надомест.
- (3) Побарувањата меѓу осигурувачот и договорувачот односно

Член 44**Надзор над друштвото за осигурување**

- (1) Надзорно тело надлежно за надзор на осигурителното друштво е Агенцијата за супервизија во осигурување.

Член 45**Стапување на сила**

- (1) Овие Услови влегуваат во сила со денот на донесување, а се применуваат на договорите за осигурување склучени по 30.04.2020 година.