

## **Општи услови за осигурување на доброволно приватно здравствено осигурување CROCARE и CROCARE+**

### **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.

## **Opći uvjeti osiguranja dobrovoljno privatno zdravstveno osiguranje CROCARE и CROCARE+**

### **Uvodne odredbe**

#### **Članak 1. – Dobrovoljno privatno zdravstveno osiguranje**

- [1] Dobrovoljnim privatnim zdravstvenim osiguranjem, suglasno Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranjem, poriveni su troškovi zdravstvenih usluga koji nisu u obsegu obveznog zdravstvenog osiguranja, viši standard zdravstvenih usluga koje proizlaze iz obveznog zdravstvenog osiguranja, troškove za pokriće zdravstvenih usluga korišćene u dopunskoj djelatnosti, kao i korišćenje zdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama izvan mreže zdravstvenih ustanova u kojim se vrši zdravstvena djelatnost i kod pravnih osoba koji vrše izrada, izdavanje i servisovanje ortopedskih i drugih pomagala.
- [2] Ugovaratelj dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovih Uvjeta, smatra se osiguranik, poslodavac svojih uposlenih i članova njihovih obitelji, udruženja u ime svojih članova, roditelj u svojstvo zakonski zastupnik svoje djece ili druge pravne osobe koji imaju interes osigurati određenu skupinu ljudi.
- [3] Osiguranikom dobrovoljnog privatno zdravstvenog, prema odredbama ovih Uvjeta, smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, sklopljen ugovor o dobrovoljnom privatno zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom privatno zdravstvenom osiguranju. Osiguranik može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u sustavu obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o zdravstvenom osiguranju.
- [4] Međusobna prava i obveze uređuju se ugovorom o osiguranju između Kroacija Osigurivanje AD – Društvo za neživotno osiguranje Skopje i ugovaratelja osiguranja, odnosno osiguranika.
- [5] Opći uvjeti sastavni su dio ponude i ugovora o dobrovoljnom privatnom zdravstvenom osiguranju kojeg ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik sklopi s Kroacija Osigurivanje AD – Društvo za neživotno osiguranje Skopje.

## 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 уврден 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,

## Članak 2. Asistencijski Centar

- [1] Asistencijski centar Osiguratelja, na ugovaratelju osiguranja i osiguraniku pruža informacije o osiguranju i izvođačima.
- [2] Kontakt sa Asistencijski Centar ostvaruje se preko:
  1. Telefon,
  1. Elektronička pošta i
  2. Osobni kontakt.
- [3] Osiguratelj kontakte svojeg Asistencijskog centra objavljuje na svojoj internetskoj stranici.
- [4] Radno vreme Asistentnog centra objavljuje se na internet stranici Kroacija Osiguruvanje AD Skopje.

## Članak 3. Značenje pojmova

- [1] U Općim uvjetima svi izrazi korišteni u muškom rodu vrijede i za osobe ženskog spola i za osobe muškog spola.
- [2] Izrazi navedeni u ovim Općim uvjetima imaju sljedeće značenje:
  1. **ambulantna rehabilitacija** su usluge ambulantnih terapija;
  2. **ružičast recept** je službeni receptni obrazac koji se izdaje za nabavku lijekova izvan sustava obaveznog zdravstvenog osiguranja;
  3. **akutna bolest (stanje)** je nenadejna bolest ili повреда, односно озбиљне simptome narušenog zdravlja koji traže lekarsku pomoć;
  4. **bolest** je abnormalno stanje organizma koje otežava funkcija tjela;
  5. **karenca** je od strane Osiguratelja određeno vremensko razdoblje na početku ugovorenog trajanja osiguranja u kojem su isključene obaveze osiguratelja ukoliko nastupi osigurani slučaj;
  6. **ambulantno (vanbolničko) lečenje** je lečenje u opštoj ili specijalističkoj ordinaciji, dijagnostičko-terapevtske merke, prišto osigurano lice ne koristi bolnički ležaj;
  7. **дневна болница** su zdravstvene usluge koje traju manje od dvadeset i četiri (24) sata i obično ne preko noći;
  8. **medicinski opravdan tretman** je zdravstvena usluga, medicinsko-tehnički pomagala, implantate, sanitetski materijal

импланти, санитарски материјал или лек кој е медицински оправдан доколку е препишан од овластен лекар и:

1. е неопходен за дијагностицирање или лекување на болест во акутна фаза или повреда;
2. е потребен за оздравување, подобрување на здравствената состојба или спречување на влошување на здравствената состојба на осигуреникот;
3. не го надминува обемот, траењето или интензитетот, нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на безбедно, адекватно и соодветно лекување;
4. е настанат во текот на осигурителното покритие;
5. е во согласност со широко прифатените професионални стандарди на медицинска пракса во Република Северна Македонија;
6. не е наменет за личен комфорт или удобност на пациентот, семејството, лекарот или друг давател на здравствени услуги;
7. 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.

или lijek koji je medicinski opravdan ukoliko je prepisan sa strane ovlaštenog lekara i:

1. je neophodan za dijagnosticiranje ili lečenje na bolest u akutnoj fazi ili povredu;
2. potreban je za ozdravljenje, poboljšanje na zdravstveno stanje ili sprečivanje na ugroženje na zdravstveno stanje osiguranika;
3. ne nadmašuje obem, trajanje ili intenzitet, nivo zaštite koje je potrebno za omogućiti bezbedno, adekvatno i sukladno lečenje;
4. nastao je u okviru osiguranog pokrića;
5. je u suglasnost sa široko prihvaćene profesionalna standarde na medicinsku praksu u Republici Severnu Makedoniju;
6. nije namenjen za lični komfort ili udobnost pacijenta, porodicu, lekara ili drugi izvođač zdravstvenih usluga;
7. nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja.

9. **izvođač zdravstvenih usluga u Republici Severna Makedonija** su zdravstvene ustanove (javne ili privatne) koji poseduju važeću dozvolu za rad izdate sa strane Ministarstvo zdravstva i pravne osobe koje vrše izradu, izdaje i servis ortopedskih i drugig pomagala kao i zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici koji su uključeni u mrežu javne zdravstvene službe, a sukladno pozitivnih zakonskih propisa iz ovog područje koji su priznane sa strane Osiguravatelja.

10. **Izvođač zdravstvenih usluga u inozemstvu** je zdravstvena ustanova u inozemstvo koja ima rešenje za dozvolu rada sa strane nadležnog organa te strane države;

11. **kronična bolest ili stanje** je bolest, stanje, odnosno ozljeda koja:

- se razvija polako i dugo traje,
- se ponavlja ili je vjerojatno da će se ponavljati,
- uzrokuje trajne zdravstvene posljedice, a i ne mora odnosno

(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 последица 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; убод од било каков предмет, удар или каснување од животни и убод од инсекти освен ако со таквиот убод 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 пари, освен професионални заболувања; изгореници од оган или електрицитет, жешки предмети, течности или пари, киселини, алкали и сл.; давење и потопување, гушење или загушување заради затрупување.
17. **новонастаната болест, состојба или повреда** е болест, состојба односно повреда која ќе настапи по склучување на осигурувањето, односно при склучувањето на осигурувањето

- треба stalan medicinski nadzor, ublažavanje simptoma, liječenje, rehabilitaciju, odnosno zdravstvenu njegu. (u daljnjem tekstu **kronična bolest**);

12. **годиšnji osigurani iznos** je najviši iznos obavaze osiguratelja po polisu za period od godinu dana, za sve osiguranike, za specificirane troškove lečenja;
13. **mirovanje** je radoblje u kojem ugovaratelj osiguranja nema obveza da plaća premiju osiguranje, a osiguravatelj nema obvezu da omogući osigurateljno jamstvo.
14. **maligno zaboljenje** je bolest uzorkovana sa nekontroliranim rastom i razmnožavanje abnormalne kletke na određeni deo tijela, koja je dijagnosticirana kao maligna bolest suglasno Međunarodna klasifikacija bolesti (МКБ);
15. **uputnica** je obrazac obveznog zdravstvenog osiguranja s kojom izbrani lični liječnik uputuje osiguranika po nivou i vrsti zdravstvenih usluga;
16. **nesretnim slučajem** smatra se svaki iznenadan i o volji osiguranika nezavisan događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, privremenu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć, odnosno liječenje u bolnici. Nesretnim slučajem smatraju se: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet; udar električne struje ili грома, пад, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim tvarima; ubod kakvim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest; trovanje hranom ili kemijskim sredstvima zbog neznanja osiguranika, osim profesionalnih oboljenja; infekcija ozljede prouzročene nesretnim slučajem; trovanje uslijed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja; opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.; davljenje i utapanje, gušenje ili ugušenje uslijed zatrpavanja.
17. **novonastala bolest, stanje ili ozljeda** je bolest, stanje, odnosno ozljeda koja nastupi nakon zaključivanja osiguranja, odnosno prilikom zaključivanja osiguranja jer postoji, ali nije dijagnosticirana, odnosno liječena i osiguranik za nju nije znao, односно nije mogao znati, jer nije imao zdravstvene poteškoće, znakove bolesti ili

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. **понудувач** 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. **партиципација** 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 амбулантни услуги;

симptome (у daljnjem tekstu **novonastala bolest**);

18. **болничко леčenje** обухвата медицински третман са и без хируршки зафат, односно леčenje у здравствenu ustanovu gde osiguranik je pod postojani nadzor medicinskog osoblja;
19. **dijete** je osoba mlađa od osamnaest (18) godina, односно osoba mlađa od 26 godina koja još uvek studira;
20. **ponuditelj** je osoba koja želi zaključiti ugovor o osiguranju i u tu svrhu Osiguratelju podnosi ponudu;
21. **članovi obitelji** su bračni ili vanbračni partneri i njihova djeca;
22. **hirurški zahvati u dnevnoj bolnici** su dijagnostički i terapijski zahvati u sklopu dnevne bolnice;
23. **ozljeda** je promjena ili narušenost tkiva, organa, односно organizma koja ne sadrži elemente bolesti ili degenerativnog procesa koji povećava sklonost ozljedama te nastane zbog nesretnog slučaja;
24. **prethodno zdravstveno stanje** je bolest, stanje, односно ozljeda (uključujući zdravstvene poteškoće, znakove bolesti ili simptome) za koja je utvrđeno da je nastupila prije zaključenja osiguranja, односно prilikom zaključivanja osiguranja postoji, bez obzira na to je li bila dijagnosticirana, односно liječena i osiguraniku je poznata ili mu nije mogla ostati nepoznata;
25. **urođena mana** je stanje ili bolest koje postoji prilikom rođenja zbog nasljednih faktora, односно oколности koje se razviju tijekom trudnoće i otkrivena je prilikom rođenja ili bilo kada kasnije;
26. **razlog liječenja** su zdravstvene poteškoće, znakovi bolesti ili simptomi zbog kojih osiguranik ostvaruje pravo iz osiguranja;
27. **participacija** je dio troškova zdravstvenih usluga i lijekova koje prilikom ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranik sam snosi;
28. **specijalističko liječenje** su specijalističko ambulantne usluge;
29. **starost osiguranika** je razlika između godine početka osiguranja i godine rođenja osiguranika;
30. **zahtjevni dijagnostički postupak** su zahtjevne dijagnostičke pretrage, određene u članku 8. Općih uvjeta;
31. **ugovaratelj osiguranja** je osoba koja s Osigurateljem zaključuje ugovor o osiguranju;

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

32. **премија осигуранја** је уговорни износ који уговарателј осигуранја плаќа Осигурателју;
33. **осигурани случај** су трошкови леčenja, т.е трошкови коришћенја одредене видове здравствених услуга као последица осигураног ризика;
34. **осигурани ризик** је последица нарушеног здравља осигураника које заштјева кориштенје здравствених услуга обухваћени са овим здравственим осигуранјем, настало у осигурано раздробље или коришћене здравствених услуга у оквиру превентивне заштите у рамких уговорених лимита;
35. **осигурателј** је КРОАЦИЈА ОСИГУРУВАНЈЕ А.Д. Скопље (у далјнем тексту :Кроација Осигурување/Осигурателј);
36. **осигурнина** је износ здравствених услуга и лијекова које Осигурателј исплаћује приликом наступа осигураног случаја;
37. **осигурателјно јамство** је обвеза Осигурателја да према договореним увјетима из уговора о осигуранју, испуни обвезе из уговора о осигуранју;
38. **осигурателјна година** је раздобље од једне (1) године која почиње даном почетка осигуранја;
39. **осигураник** је физичка особа чији је интерес осигуран уговором о осигуранју;
40. **франшиза** је учешће осигураника у штети;

#### Тко се може осигурати

#### Чланак 4. Особе које се могу осигурати

[1] Ovim osiguranjem može se osigurati osoba koja ima prebivalište u Republiku Severnu Makedoniju i koja temeljem Zakona o zdravstvenom osiguranju ima status osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja, kao što je propisano u

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 осигурено 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

čl.1. stav 3.ovih Uvjeta. Osobe starije od 65 godina, mogu se osigurati sa Posebne uvjete i premiju.

- [2] Osiguranike iz stav 1 ovog člana mogu biti i stranci koji nemaju pokriče iz javnog zdravstvenog Sistema I toa samo za one troškove zdravstvene usluge koji nisu pokriveni sa zadolžiteljnim zdravstvenim osiguranjem I za korisčenje zdravstvene usluge izvan mreže zdravstvenih ustanova I sa firmama koji vrše izrada, najam I servis ortopedskih pomagala.
- [3] Osiguranike iz stav 2 ovog člana, gubljenem statusa osiguranika ili status osiguranih osoba u sustav obveznog zdravstvenog osiguranja za osobe iz stav 1 ovog člana, gube i status osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju.
- [4] Isključak iz stav 3 ovog člana su osiguranike privatnog zdravstvenog osiguranja koi su izgubili status osiguranike i osigurane osobe u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja ne dulje od 60 dana, sa prekidom ili bez, u toku kalendarske godine.
- [5] Dijete se može osigurati samo zajedno s roditeljem na istoj polisi.

#### **Sadržaj i opseg osiguranja**

##### **Članak 5. Sadržaj osiguranja**

- [1] Može se zaključiti individualno (jedno lice) ili porodično (dva ili više članova) osiguranje i za jedan od sledećih vidova osiguranog pokriča, koji se razlikuju po vidu osiguranih troškova za zdravstvene usluge i visine osigurane svote:
- CROCARE – osnovno pokriče definisano u član 6
  - CROCARE+ - prošireno pokriče definisano u član 7
- [2] Kao porodično osiguranje podrazumeva se osiguranje oba (bračna ili vanbračna) partnera i djeca. Takođe kao porodično osiguranje podrazumeva se i osiguranje samohranog roditelja i njegovod djeteta/djecu.

##### **Članak 6. CROCARE osnovno pokriče**

- [1] Sa zaključenom policu za „CROCARE“ osnovno pokriče, osiguranik dobija pokriče za:
- Troškove za cjelosno lečenje malignog zaboljenja;
  - Troškove za bolničko lečenje sa i bez vršenje hirurškog zahvata;
  - Troškove za obavu specijalističke preglede

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Трошоци за болничко лекување со или без вршење на хируршки зафат</li> <li>- Трошоци за вршење на специјалистички прегледи</li> </ul> <p>[2] Со трошоци за целосно лекување на малигно заболување опфатени се трошоци за лекување настанати во периодот на осигурувањето, за лекување на малигното 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.</p> <p>[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.</p> <p>[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.</p> <p>[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.</p> <p>[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 подlimit 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.</p> <p>[7] Географското подрачје за покритие на трошоци за специјалистичко лекување, болничко лекување и лекување на малигно заболување е на територија на Република Северна Македонија, додека пак за болничко лекување со хируршки зафат и лекување</p> | <p>[2] Као троškovi за cjelosno lečenje malignog zaboljenja obuhvaćeni su troškove za lečenje koje su nastale u okviru trajanja osiguranja, za lečenje malignog zaboljenja. Sa ovim osiguranjem obuhvaćenu su svi troškovi za dijagnostičke postapke i tretman (lečenje) osiguranika bez obzira na time dali lečenje obuhvata usluge iz dnevnoj bolnici, bolničko lečenje ili lečenje u domašne uslove.</p> <p>[3] Pod troškove za lečenje malignong zaboljenja, obuhvaćen je svaki vid tretmana koji će biti medicinski neophodan u različitu fazu od lečenje same bolesti, suglasno lekarske preporuke i to: specijalsitički pregled, dijagnostiku (jednostavna ili kompleksna), radioterapija, hemoterapija, lijekovi, hirurških intervencija.</p> <p>[4] Као троškove lečenja u slučaju bolničkog lečenja, obuhvaćene su troškove koji su nastali u osigurani period, zbog narušeno zdravstveno stanje kao posledice novonastanatu bolest ili ozljedu.</p> <p>[5] Као троškove koje krije osiguranje suglasno prethodnog stava ovog člana su i троškove за дијагностику, леčenje и здравствenu negu pružene u okviru preстоja osobe u bolnici u slučaju izvršenog hirurškog zahvata, a i u slučaji kad ne bude hirurškog zahvata.</p> <p>[6] Као троškove за izvođenje specijalističkih pregleda, ulazi nadomest troškova за izvođenje ovih pregleda iz sve specijalističko-konsultativne oblasti najviše do osigurane svote koja je opredeljena kao podlimit за ovog osiguranog pokrīča izražen на policu osiguranja. Ovaj pregled uključе još i jednostavne dijanogstičke postupke kao i laboratoriske analize. Osoba može ostvariti svoje pravo lečenja за pokrīče definirano u ovoj člana sa uzorak lečenje и bez postojenje uzorak lečenja u okviru preventivne zdravstvene zaštite.</p> <p>[7] Geografsko područje pokrīča troškova specijalističkog liječenja, bolničkog liječenja и liječenja malignih bolesti je на području Republike Sjeverne Makedonije, dok je за bolničko liječenje s operacijom и liječenje malignih bolesti s hospitalizacijom на području Europe. U slučaju da se osiguranik odluči за bolničko liječenje kirurškim zahvatom или liječenje maligne bolesti uz hospitalizaciju izvan Republike Sjeverne Makedonije, osiguratelj isplaćuje naknadu troškova liječenja на transakcijski račun osiguranika u iznosu od prosječna cijena predmetnog liječenja на području Republike Sjeverne Makedonije. Pravo на naknadu troškova osiguranik ostvaruje putem refundacije nakon završenog postupka liječenja uz prijevod medicinske dokumentacije и доказ о уплати izvršenoj u zdravstvenoj ustanovi u inozemstvu. U slučaju da se prosječna cijena ne može utvrditi на području Republike Sjeverne Makedonije или je prosječna cijena koštanja veća od stvarnih troškova nastalih u inozemstvu,</p> |
|--|--|



на малигно заболување со хоспитализација и на територија на Европа. Во случај кога осигуреникот ќе се реши на лекување надвор од Република Северна Македонија за вршење на болничко лекување со хируршки зафат или лекување на малигно заболување со хоспитализација, осигурувачот надоместот за трошоците за лекување го исплаќа на трансакциска сметка на осигуреникот во висина од просечната цена на чинење на предметното лекување на територија на Република Северна Македонија. Осигуреникот своето право на надомест на трошоци го остварува преку рефундација по завршена постапка на лекување со доставен превод од медицинската документација и доказ за извршено плаќање во медицинската установа во странство. Во случај кога не може да се утврди просечна цена на територија на Република Северна Македонија или просечната цена на чинење е повисока од реално направениот трошок во странство, осигурувачот има обврска за надомест до износот кој осигуреникот го платил во медицинската установа во странство. Со тоа, обврската на осигурувачот за исплата на трошоци поврзани со тој осигурен случај престанува.

[8] Во случај на малигно заболување, сите неопходни трошоци за лекување на малигното 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.

осигурателј има обвезу надокнадити штету до износа који је осигураник платил у медицинска установа у иностранству. Тиме престaje осигурателјева обвеза плаќања трошкова везаних уз тај осигурани случај.

[8] Kada se radi za леќenje malignog заболjenja, sve neophodne трошкове за леќenje malignog заболjenja су обухваќени само на основу уговорене лимите леќенја malignog заболjenja и ови трошкови нису предмет осигуранија преко покривања за болничко леќenje и специјалистичке прегледи.

#### **Їланак 7. CROCARE+ - проширени пакет**

[1] Ukoliko је посебно уговорено и платена додатна премија, поред покривања дефинисано у члан 6, осигураник крије трошкове за:

1. Jednostavne дијагностичке анализе (основне сликовне, функционалне и лабораториске анализе и мерења) као проузетак леќенја која је започело преко специјалистичко прегледи;
2. Kompleksne дијагностичке методе (без ограничења вида постапка) као проузетак леќенја које је започело преко специјалистичког прегледи и
3. Kontrolni преглед након завршетак дијагностички поступак.

[2] Pripadajuća једноставна дијагностичка претрага је посебиче RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, лабораториска претрага, спирометрија.

[3]Zahtjevni дијагностички поступак обухваќа заhtjevne дијагностичке претраге које су наставак специјалистичког лијеќенја и које су потребне за постављање дијагнозе новонастале болести или повреду. Zahtjevni дијагностички поступак је раћунална томографија (CT, CTA), магнетна резонанца (MR, MRA), позитронска емисијска томографија (PET), scintigrafija, irigografija, UZ водена биопсија

[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 (СТ, СТА), магнетна резонанса (MR, MRA), позитронска емисиjsка томографија (PET), сцинтиграфија, 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. Основ за остварување на права од осигурување**

[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;

унутарних органа и prostate, ендоскопски УЗ, артрографија, гастроскопија, колоноскопија, мијелогрaфија и патохистолошка претрага.

[4] Леčenje дефинирано у овим чланом изводи се на све специјалистичко – консултативних подручја.

[5] Осигуравач враќа накнаду трошкова леčenja од овог члана највише до своту осигурања и подлимите, дефинисане у полису осигурања.

#### **Увјети и начин остваривања права из осигурања**

##### **Чланак 8. Кориштење Асистенцију**

[1] Осигураник остварује права из осигурања преко Асистентског центра.

##### **Чланак 9. Најава лијечења**

[1] Осигураник лијечење код извођача унапријед најављује Осигурателју преко асистентског центра, за што осигурателј издаје гаранцију за леčenje.

[2] У итним случајима као и случаје у које осигураник неће бити у могућности унапред да дојави своје леčenje, мораће поднети заштјев за рефундацију.

##### **Чланак 10. Темелј за остваривање права из осигурања**

[1] Осигураник остварује права из осигурања на темелју документације која је достављена прије него што је уговор за осигурање склопљен због утврђивање претходна здравствена стања као и основане медицинске документације и то:

1. Уредно и комплетно попунјени Упитник за здравствено стање скупа са Потврду од особног лекара из које документације се виде претходна стања, болести и озлједи;
2. За специјалистичко леčenje, ванболничко или болничко из наода лекара специјалиста;
3. За комплексну дијагностичку поступку из наода лекара специјалиста.

[2] Уколико у току важења осигурања, Осигурателј утврди несаодветност податке које су садржани у Упитник о здравствено стање и Потврду матичног лекара у упоредбу са документацији од извршено леčenje у смислу постојенје околност која није била пријављена прије склапање уговора о осигурање, без обзира на time дали је на стране

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 фискална сметка од давателот на здравствените услуги со спецификација на добиените здравствени услуги. Во секој случај осигурителот го задржува правото да побара и дополнителна медицинска документација;

осигураника postojala namera ili ne, osiguravač zadrži svoje pravo da ne isplati naknadu za troškove lečenja.

[3] Osiguratelj utvrđuje prethodna stanja i bolesti preko Upitnika za zdravstvenog stanja i Potvrdu osobnog lekara koja ja sastavni deo Upitnika, pod uvjet da su oni uredno popunjeni. Izuzetak pretstavlja situacija kad osiguratelj pribavlja podatke iz privatne izvođače zdravstvenih usluga koji su uzvan sistema obaveznog osiguranja.

#### **Članak 11. Način ostvarivanja prava iz osiguranja**

[1] Osiguranik prima zdravstvene usluge kod izvođača zdravstvenih usluga.

#### **Članak 12. Obveze osiguranika prilikom izvođenja liječenja**

[1] Osiguranik je dužan poštivati upute za izvođenje liječenja koje mu je preporučio izvođač zdravstvenih usluga, i prilikom izvođenja liječenja predočiti medicinsku dokumentaciju sukladno istim uputama.

#### **Članak 13. Zahtjev za povrat troškova zdravstvenih usluga (refundacija)**

[1] Zahtjev za povrat troškova pruženih zdravstvenih usluga kod izvođača, koji nisu bili unapred najavljeni kod osiguratelja, osiguranik podnosi u roku od trideset (30) dana od datuma pruženih zdravstvenih usluga.

[2] Zahtjevu za povrat troškova moraju biti priloženi:  
1. preslik uputnice izbranog liječnika ili nalaza liječnika specijalista izvođača, preslik nalaza liječenja i fiskalni račun izvođača sa specifikacijom pruženih zdravstvenih usluga. U svakom slučaju, osiguravatelj zadržava pravo zatražiti dodatnu medicinsku dokumentaciju;

[3] U slučaju ostvarivanja prava na povrat troškova, Osiguratelj u roku od četrnaest (14) dana od kompletiranja dokumntacije, osiguraniku na račun koji navodi na zahtjevu za povrat troškova, izvršava povrat istih.

[3] Во случај на остварување на правото на поврат на трошоци, Осигурувачот во рок од четринаесет (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 четринаесет (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 настапи 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**

#### **Чланак 14. Документација за остваривање права из осигурања**

[1] Осигураник на свој трошак добива и подноси Осигурателју све информации и документацију из истог поглавља те другу документацију на заштјев Осигурателјата utvrđivanje obveze iz ugovora o osiguranju.

#### **Чланак 15. Одлучивање о праву на исплату накнаде из осигурања**

[1] Осигурателј у року од четрнаест (14) дана по primitku cjelokupne dokumentacije одлучује о праву на исплату накнаде из осигурања и о томе обавјештава осигураника.

#### **Ограничења и изузеци осигурања**

##### **Чланак 16. Каренца**

[1] За осигурање вриједи каренца од два (2) мјесеца у случају дијагностичирања, односно liječjenja болести или stanja.

[2] Каренца се не применује:

- код особе које имају осигурање у континуитету код Осигурателја;
- уколико наступи несрећни случај (nezogda) као и код hirurških zahvata као posledice nesretnog događaja.

[3] Уколико у периоду каренца, осигураник оствари леčenje zbog novonastala boest или stanje, Осигурач нема обавезу за надомест леčenje за та болест или stanje, ни по истек периода каренце.

[4] При обнову осигурања, уколико каренца за осигурано лице, није у потпуности истекла за времетрајање prethodne police, остатак периода преноси се на нову policu.

[5] Ако се новородено дијете осигура у року од четрнаест (14) дана након рођења, каренца не вриједи.

##### **Чланак 17. Франшиза осигураника**

[1] Осигурање се склопи без уговореног učešće у штету са стране осигураника.

[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 пореметувања во исхраната, нарушување во исхрана, како и последица од акутна стресна ситуација;
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.

#### **Чланак 18. Ограниčenja obveze Osiguratelja**

[1] Osiguranje pokriva troškove zdravstvenih usluga koji nastanu u osigurateljnoj godini najviše do visine godišnje osigurane svote i određene podlimate sadržane u polici za osiguranje, izražene u godišnji agregat.

[2] Prijenos neiskorištene godišnje osigurane svote iz prethodne osigurateljne godine nije moguć.

#### **Чланак 19. Isključenje obveze Osiguratelja**

[1] Osiguratelj nema obveza:

1. u svezi s prethodnim stanjima, osim ako su, prilikom zaključivanja osiguranja, Osiguratelju bila prijavljena i ako ih je Osiguratelj prihvatio;
2. u svezi s bolešću, stanjem, odnosno ozljedom koja je u ugovoru o osiguranju određena među isključenja obveze osiguravajuće kuće;
3. zbog razloga liječenja koji nisu medicinski indicirani ili su posljedica liječničke pogreške ili je njihova svrha poboljšanje psihofizičkog stanja osiguranika.

[2] Osiguratelj nema obvezu u slučaju troškova povezanih s:

1. transplantacijama, ozljedama i komplikacijama nakon operativnih zahvata te odstranjivanjem unutarnjeg osteosintetskog sustava;
2. urođenim manama i profesionalnim bolestima;
3. sindromom stečene imunodeficijencije, infekcija s HIV-om, spolno prenosivim bolestima, epilepsijom i paralizom;
4. duševnim bolestima, općim psihičkim poteškoćama, poremećajima u prehrani te posljedicama akutne stresne reakcije;
5. trudnoćom, неплодношћу, sterilizacijom, umjetnom oplodnjom, umjetnim prekidom trudnoće, spontanom pobačajem i porodom;
6. abortus i njegove posledice ukoliko je obavljen iz psiholoških ili socijalnih razloga; isključak je abortus u itni medicinskih slučajeva kao što su: структурно, т.е. хромозомско оштећење плода, здравствено stanje koje угрожава живот мајке, спонтани abortus i медицински indiciran abortus;

|  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>7. рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астигматизам) освен ако е последица од повреда;</li> <li>8. прекумерно уживање во алкохол, односно други психоактивни материи;</li> <li>9. промена на пол;</li> <li>10. жуљеви, задебелени односно сраснати нокти, акни, брадавици, папиломатозни формации, невуси и сл. кои не се од малигна природа, односно не претставуваат малигно заболување;</li> <li>11. стоматолошки услуги, освен стоматолошки услуги поради несрекен случај-незгода.</li> <li>12. состојби кои произлегуваат од перинаталниот период (период веднаш по породување додека родилката е сеуште во болница);</li> <li>13. пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и пореметување на вниманието со хиперактивност);</li> <li>14. аутизам;</li> <li>15. Специјалистички лекувања, интервенции и трошоци од козметички и естетски причини.</li> </ol> <p>[3] Осигурувањето не ги покрива трошоците за :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. здравствени услуги добиени кај давател кој е член на потесното семејство на осигуреникот, односно живее во исто домаќинство со осигуреникот;</li> <li>2. второ мислење (повторување на постапка за која веќе еднаш е остварено правото од осигурување);</li> <li>3. услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување. Не се покриваат трошоци за кинези терапии;</li> <li>4. медицински помагала или импланти, освен ако се составен дел на болничко лекување;</li> <li>5. превоз на јавни служби за спасување и итна медицинска помош организирана од страна на јавни служби;</li> <li>6. дијализа;</li> <li>7. редовна вакцинација;</li> <li>8. генетски испитувања;</li> <li>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.</li> </ol> <p>[4] Исклучени се обврските на Осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло заради или е поврзано со:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воени или на нив слични дејствија, саботажа, терористички активности, инциденти, востанија,</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. рефракциским аномалијамa ока (кратковидост, далјековидост, астигматизам), осим ако су послједика озлједје;</li> <li>8. прекомјерним уживањем алкохола, односно других психоактивних твари;</li> <li>9. промјеном спола;</li> <li>10. жуљјевима, одебљјаним, односно ураслим ноктима, акне, брадавике, папиломатозне твoревине, невуси itd. који нису малигне природе, односно не предстaвљјaju malignu болест;</li> <li>11. stomatoloških usluga, осим они који су последика несретног догађаја;</li> <li>12. stanja која произлазе из perinatalnog razdoblja (period odmah nakon сами порађај);</li> <li>13. poteškoća u развоју дјетета (disleksija, poteškoće u ученју, nizak раст i poremećaji pažnje s hiperaktivnošću).</li> <li>14. autizam;</li> <li>15. Specijalistički tretmani, zahvati i troškovi iz kozmetičkih i estetskih razloga.</li> </ol> <p>[3] Osiguranje ne pokriva troškove:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. здравствених услуга обављених код извођача који су чланови уђе обителји осигураника, односно живе у истом домаћинству с осигураником;</li> <li>2. другачијег мишљенја (ponovljivanje поступак за која је већ један пут остварено право из осигурање);</li> <li>3. usluge alternativnog, komplementarnog или експерименталног liječenja. Troškovi kineske terapije нису покривени;</li> <li>4. medicinskih pomagala или implantata, осим ако су составни dio болничког леčenja;</li> <li>5. спасилачких служби prijevoza, hitne medicinske pomoći organizirane са strane javnih služba;</li> <li>6. dijalize;</li> <li>7. redovna cijepljenja;</li> <li>8. genetskih pretraga;</li> <li>9. pratitelja osiguranika (осим троškova за родителја/zakonskog zastupnika у случају hospitalizacije дјете до 14 godina), putnih троškova, те троškova komunikacijskih usluga.</li> </ol> <p>[4] Isključene су обвезе Osigurateljakada до болести, stanja, односно озлједје дође због или повезано с:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ratnim или ratu sličnim догађајима, sabotажом, terorističkim активностима, изгредом, ustankom, revolucijom, itd., без обзира на то је ли осигураник у njима судјеловао;</li> <li>2. epidemijom, pandemijom, onečišćenјem okoliša (осим леčenje због aerozagađenje на</li> </ol> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| <p>револуции и друго, без оглед на тоа дали осигуреникот во нив учествувал;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>3. подготвување, обид или извршување кривично дело, како и за бегство после такво дело;</li> <li>4. физичка пресметка, освен во случај на службено докажана самоодбрана, што осигуреникот сам ја докажува со своерачно потпишана изјава;</li> <li>5. самоповредување или обид за самоубиство;</li> <li>6. управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;</li> <li>7. екстремни спортови како и професионално спортски активности, освен ако не е поинаку договорено во договорот за осигурување; За екстремни спортови согласно овие Услови се сметаат: авто трки, искачување по карпи, планинарење на планини над 3000 метри височина, одење во пештери, спелеологија, алпинизам, авијација, параглајдерство, падобрански и банџи скокови, веслање на диви води, ски алпинизам, нуркање и сите видови борачки вештини и сл.</li> </ol> <p>[5] Обврската за исплата на надомест од осигурување е исклучена во случај на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неодговорно однесување, односно недостаток на правилно однесување на осигуреникот во случај да не се придржува на упатствата на лекарот кој го лекува;</li> <li>2. давање на неистинити податоци, премолчување, измама, фалсификат или злоупотреба од страна на договорувачот односно осигуреникот.</li> </ol> <p>[6] Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците за:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. трошоците за правно односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај.</li> </ol> <p>[7] Осигурувањето исто така не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства</p> | <p>територији Republiku Severne Makedonije), radioaktivnim zračenjem, direktnim ili indirektnim djelovanjem nuklearne energije te prirodnim katastrofama;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. pripremom, pokušajem ili počinjenjem krivičnog djela, kao i zbog bijega nakon takvog djela;</li> <li>4. fizičkim obračunavanjem, osim u slučaju službeno dokazane samoobrane, što osiguranik dokazuje sam sa potpisanom svojerачnom izjavom;</li> <li>5. samoozljeđivanjem ili pokušajem samoubojstva;</li> <li>6. upravljanjem vozilima, zračnim letjelicama, plovnim objektima i mehanizacijom bez zakonski obveznih dozvola;</li> <li>7. ekstremnih sportova te profesionalnih sportskih aktivnosti, osim ako nije drugačije ugovoreno u ugovorom o osiguranju. Ekstremnim sportovima prema ovim Uvjetima smatraju se: automobilske utrke, penjanje po stijenama, planinarenje iznad 3000 metara, speleologija, speleologija, alpinizam, zrakoplovstvo, paragliding, padobranstvo i bungee jumping, rafting na divljim vodama, skijaško planinarenje, ronjenje. sve vrste borilačkih vještina itd.</li> </ol> <p>[5] Obveza isplate naknade iz osiguranja je isključena u slučaju:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. neodgovornog ponašanja, odnosno propusta pravilnog ponašanja osiguranika u slučaju da se osiguranik ne drži uputa liječnika koji ga liječi;</li> <li>2. davanja neistinitih podataka, prešućivanja, prijevare, krivotvorenja ili zlouporabe od strane ugovaratelja, odnosno osiguranika.</li> </ol> <p>[6] Osiguranje također ne pokriva troškove:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. medicinskih pretraga i medicinske dokumentacije, uključujući prijevode te preslike iste dokumentacije koje je osiguranik dužan podnijeti kao dokaze o nastanku i postojanju osiguranog slučaja, te</li> <li>2. troškove pravnog, odnosno drugog zastupanja osiguranika u postupku rješavanja osiguranog slučaja.</li> </ol> <p>[7] Osiguranje također ne pokriva troškove na ime sudjelovanje osiguranika sa osobnih novčanih sredstava (participacija) pri korišćenje zdravstvenih usluga od obveznog zdravstvenog osiguranja.</p> |
|--|--|

(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

#### **Zaključivanje, trajanje i prestanak osiguranja** **Članak 20. Zaključivanje ugovora o osiguranju**

- [1] Ugovor o osiguranju se zaključuje na temelju ponude i zaključen je kada ga potpišu obje ugovorne strane.
- [2] Ponuditelj potpisivanjem ponude izjavljuje da je prije zaključivanja ugovora bio upoznat s uvjetima zaključivanja i izvođenja osiguranja i da su ugovorne odredbe sukladne dogovoru ugovornih strana.
- [3] Osiguranik prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju ispunjava i potpisuje upitnik o zdravstvenom stanju koji je sastavni dio ponude. Na temelju upitnika o zdravstvenom stanju, Osiguratelj m u ugovoru o osiguranju određuje visinu premije osiguranja, odnosno isključivanje svojih obveza, povezano s zdravstvenim stanjem osiguranika prilikom zaključivanja. Ako se novorođeno dijete osigura u roku od četrnaest (14) dana nakon rođenja, ispunjavanje upitnika o zdravstvenom stanju nije potrebno.
- [4] Ako je za zaključivanje osiguranja potreban liječnički pregled, osiguranik ga, na zahtjev osiguravajuće kuće, radi u roku od četrnaest (14) dana od dana dostavljanje Ponude. Ako je za zaključivanje osiguranja potrebna dodatna zdravstvena dokumentacija, osiguranik je Osiguratelju posreduje na njen zahtjev u roku od četrnaest (14) dana od dana dostavljanje Ponude.
- [5] Potpisana ponuda za zaključivanje ugovora o osiguranju koji je bio podnesen Osiguratelju obvezuje ponuditelja u roku od osam (8) dana od dana kada je pristigla u osiguravajuću kuću, a ako je potreban liječnički pregled, trideset (30) dana. Ako Osiguratelj u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uvjeta po kojima zaključuje osiguranje, smatra se da je ponuda prihvaćena i da je ugovor o osiguranju zaključen isti dan kada je pristigla Osiguratelju.
- [6] Ako je Osiguratelj spremna ponudu prihvatiti samo pod posebnim ili izmijenjenim uvjetima, ugovor o osiguranju zaključen je tek s onim danom kada osiguranik na te uvjete pristane s potpisom. Smatra se da je ponuditelj odustao od ponude ako na posebne ili izmijenjene uvjete Osiguratelj nije pristala potpisom u roku od osam (8) dana od dana primitka obavijesti osiguravajuće kuće.



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 - Пријавување на околности значајни за оцена на ризикот**

[1] Договорачот на осигурувањето, односно осигуреникот е должен при склучувањето на договорот да му ги пријави на осигурувачот сите суштествени околности што се од значење за оцена 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 договарачот 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 договарачот 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 договарачот 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

[7] Ако осигурателј и осигураник nisu ista osoba, ponuda mora sadržavati pisanu suglasnost od osiguranika za zaključivanje osiguranja.

#### **Članak 21. Prijavljivanje okolnosti značajni za ocjenu rizika**

[1] Ugovarač osiguranje t.e osiguranik je dužan prije zaključivanje osiguranja da prijavi kod osiguratelja sve suštествene okolnosti koje utiču na ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili nisu mogli da ostaju neznani. Kao suštествene okolnosti smatraju se sve okolnosti za koji je osiguratelj postavio pitanje u upitnik za zdravstveno stanje i ponudu o osiguranje ili dodatno pismeno zatražio podatke.

[2] Ukoliko ugovarač osiguranja t.e osiguranik sa namerom ili bez namerom uradio je netočnu prijavu ili okolnost iz takve prirode da osiguratelj bi zaključio ugovor pod promenjene okolnosti kada bi znao za tu okolnost, osiguratelj zadržuje svoje pravo da ne uradi naknadu troškova lečenja povezane sa tu okolnost.

[3] Ukoliko ugovarač osiguranja t.e osiguranik sa namerom prijavio okolnost koja nije tačna ili namerno prešutao neku okolnost od takve prirode da osiguratelj ne bi sklopio ugovor kada bi znao za pravo stanje podataka (datum rojstva, zdravstveno stanje), osiguratelj može da zatraži poništenje ugovora, naročito ako osiguranik sporedbeno sa vistinsku vozrast, zdravstveno stanje nema spobnost da bude osiguranik.

[4] U slučaju poništenje ugovora o osiguranju iz razloga navedena u stav (3) ovog člana, osiguratelja zadrži naplaćene premije i ima pravo da traži isplatu premiju za perioda osiguranja u koji je tražio prekin ugovora o osiguranju.

[5] Ukoliko osigurani slučaj je nastao prije da je utvrđena netačnost ili neurednost na prijavu ili nakon toga, ali pred poništenje ugovora, osiguratelj nema obavezu da izvrši nadomest štete.

[6] Ukoliko ugovaratelj osiguranja uradio netočnu prijavu za godinu rojstva, a toa nije uradio namerno, osiguvarač može po sopstveni izbor u roku od jednog meseca od dana kada je saznao za tu okolnost prijave i toa da izjavi da raskinuje ugovor ili da predloži povećena premija sugasno postojeći rizik.

[7] U slučaj definiran u prethodni stav, ugovor o osiguranju prestaje po istek 14 dana od kad je osiguratelj svoja izjava za raskin ugovora saopštio na ugovaratelj, a u slučaju da na predlog osiguratelja bude potrebno povećanje premije, raskin ugovora

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 договарачот на осигурувањето, а во случај на предлог од осигурувачот премијата да се зголеми, раскинувањето настапува според самиот закон ако договарачот 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;

nastupi po sila zakona ukoliko ugovaratelj ne prihvati ugovor u roku od 14 dana otkada je primio obaveštenje.

- [8] U slučaju raskin ugovora, osiguratelj je dužan da vrati deo premije koji otpada na vreme do kraja perioda osiguranje.
- [9] Ukoliko osigurani slučaj je nastao prije nego što je utvrđena netačnost ili necelosnost prijave ili nakon toga, ali prija raskin ugovora t.e prije postizanje suglasnost o spogodbu za povećanje premije, naknada se namaljuje u srazmer stapku platene premije kao i stapku premije koja je trebala da bude plaćena spored vistiniski rizik.

#### **Član 22 - Predlog za zaključivanje ugovora o osiguranju pod izmenjenje uvjete**

- [1] Ukoliko na osnovu podatke u upitnik o zdravstvenom stanju, ili zbog neku prethodnu ili trenutno zdravstveno stanje utvrdi se povećani rizik kod neku osobu, osiguratelj ima pravo da uredi prijem u osiguranju za tu osobu pod promenjenim okolnostima.
- [2] Povečani rizik pretstavlja povećani rizik od nastanak osiguranog slučaja procenjen na bazi zdravstveno stanje osiguranika, a koji povećani rizik osiguratelj ocjenjuje na osnovu podatke u upitnik o zdravstvenom stanju i potvrdu matičnog lekara, a u suglasnosti procedure za procenu rizika.
- [3] Ukoliko osiguratelj za neku osobu utvrdi da postoji povećani rizik, dužan je u roku od 8 dana od prijem upitnika, da dostavi do ugovaratelja pismeni predlog za osiguranje pod promenjenje uvjete i za isto da informiše osiguranika.
- [4] Promenjenje uvjete za zajljučenje osiguranja na osobe koje pretstavljaju povećani rizik, su:
1. Ograničenje t.e isključenje od osiguranog pokrića za određenu bolest i stanje kao i posledica od prethodno zdravstveno stanje;

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, од 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

2. Примена posebne karence za naknadu troškova lečenja za određeno osigurano pokriče;
3. Doplata premije za osiguranje osobe koja pretstavlja povećani rizik.

[5] Isključena određenih pokriča za osobu koja pretstavlja povećani rizik navode se na samoj polisi i su navedeni na upitnik o zdravstveno stanje.

[6] Ukoliko ugovaratelj osiguranja ne prihvati ponudenu izmenu pokriča ponudena po pismenom putu u roku od 8 dana od dana prijem preporučenog pisma ili od dana prijema e-pošte, smatra se da se osoba povlači od osiguranje osobe sa povećanim rizikom.

[7] Uvjete pod koje se osiguravaju osobe sa povećim rizikom kao i premiju za osiguranje određuje Služba za prijem u osiguranje.

#### **Članak 23. Trajanje osiguranja**

- [1] Osiguranje počinje u 24:00 sati onog dana čiji je datum na polici osiguranja zapisan kao datum početka osiguranja, i ističe u 24:00 sati onog dana čiji je datum na polici osiguranja zapisan kao datum isteka osiguranja.
- [2] Po pravilu osiguranje uvek počinje na 1-vi u mjesecu.
- [3] Osiguranje se zaključuje za razdoblje od jedne (1) godine.

#### **Članak 24. Obnova osiguranja**

- [1] Osiguranje se može obnoviti na jednako trajanje. Prilikom obnavljanja, Osiguratelj može ponovno ocijeniti zdravstveno stanje osiguranika te odrediti visinu premije osiguranja, odnosno isključenja obveze Osiguratelja povezane sa zdravstvenim stanjem osiguranika prilikom obnove. Osiguratelj o obnovi osiguranja i izmjenama osiguranja prilikom obnove osiguratelja na prigodan način obavještava barem jedan (1) mjesec prije isteka osiguranja. Ako se ugovaratelj, odnosno osiguranik s obnovom osiguranja ne slaže, ima pravo, prije početka obnovljenog osiguranja, izjavom obnovu ne prihvatiti. Osiguratelj nema pravo predložiti isključenje negovih obaveza za lečenje

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 договарачот во текот на траењето на договорот за осигурување не може еднострано да го 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.

novonastalu bolest, stanje ili povredu, koje lečenje u periodu obnovu osiguranja još traje.

- [2] Osiguranje se ne obnavlja ako je Osiguratelj s izvođenjem osiguranja prestala, ako je ugovaratelj, odnosno osiguranik postupao protivno ugovoru o osiguranju ili ako su nastale okolnosti zbog kojih Osiguratelj ugovor o osiguranju ne bi zaključila. Osiguratelj o tome obavještava osiguratelja u roku od osam (8) dana prije isteka osiguranja.

#### **Članak 25. Prestanak ugovora o osiguranju i osiguranja**

- [1] Ugovor o osiguranju prestaje istekom razdoblja na koje je osiguranje zaključeno.
- [2] Osiguratelj ni ugovaratelj tijekom trajanja osiguranja ugovor o osiguranju ne može jednostrano raskinuti. Raskidanje je moguće samo sporazumno i ako za to postoje utemeljeni razlozi.
- [3] U slučaju zaključivanja ugovora na daljinu, osiguratelj, sukladno zakonu koji uređuje zaštitu potrošača, ima pravo u roku od petnaest (15) dana od dana zaključivanja osiguranja, bez obrazloženja odustati od ugovora o osiguranju.
- [4] Ugovor o osiguranju, bez obzira na odredbu (1) stavak članka 23. Općih uvjeta, prestaje u 24:00 sati onog dana kada je osiguranje raskinuto ili ukinuto.
- [5] Ugovor o osiguranju prijevremeno prestaje smrću osiguranika.
- [6] Ugovor o osiguranju prestaje i sa iskorištenje ukupne svote osiguranja.

#### **Osigurateljno jamstvo**

##### **Članak 26. Osigurateljno jamstvo**

- [1] Osigurateljno jamstvo počinje s datumom početka osiguranja ako:
1. je za osiguranje u cijelosti plaćena dospjela premija osiguranja sukladno odredbama ugovora o osiguranju, i
  2. osiguranje nije u karenici.
- [2] Ako se novorođeno dijete osigura u roku od četrnaest (14) dana nakon rođenja, osigurateljno

[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. Последица 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

jamstvo stupa na snagu jedan (1) mjesec nakon rođenja.

[3] Ako je osiguranik u osigurateljnoj godini već iskoristio godišnju osiguranu svotu, osiguranje do početka sljedeće osigurateljne godine nema osigurateljnog jamstva.

[4] Ako se osiguranje obnovi u roku od jednog (1) mjeseca nakon isteka prethodnog osiguranja, osiguranje nema karence.

[5] Osigurateljno jamstvo prestaje prekidom osiguranja.

#### **Članak 27. Mirovanje osiguranja**

[1] Mirovanje osiguranja nije moguće dogovoriti.

#### **Premija osiguranja**

#### **Članak 28. Premija osiguranja**

[1] Premija osiguranja je godišnja. Ugovaratelj plaća premiju odnaprijed, ukoliko nije drugačije ugovoreno. Ukoliko je ugovoreno da premija bude plaćana na rate, ugovaratelj plaća prvu ratu u momenat kada se sključuje ugovor o osiguranju, najkasnije za 15 dana.

[2] Premija osiguranja je evidentna iz važećeg premijskog cjenika osiguranja.

[3] Premija osiguranja je određena po starosnim razredima. Na temelju upitnika o zdravstvenom stanju, Osiguratelj u ugovoru o osiguranju određuje premiju osiguranja, односно исклучивање својих обвеза, повезано са здравственим стањем осигураника. U slučaju prelaska u viši starosni razred, prilikom počeka nove osigurateljne godine se visina premije osiguranja za sljedeću osigurateljnu godinu usklađuje s važećim premijskim cjenikom osiguranja.

[4] Sukladno zakonskim odredbama, na premiju osiguranja se ne obračunavaju porezi.

[5] U slučaju zaostataka u plaćanju premije osiguranja, obveze se podmiruju redom po dospelosti.

#### **Članak 29. Posljedice neplaćanja premije osiguranja**

[1] Ako premija osiguranja nije plaćena do dana dospijeća, Osiguratelj može pozvati ugovaratelja da плати премију осигурања. Ako premija osiguranja nije plaćena u roku koji je postavljen u

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.

#### 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

позиву и koji nije kraći od trideset (30) dana, Osiguratelj smije raskinuti ugovor o osiguranju bez otkaznog roka, pri čemu Osiguratelju pripada dospjela premija osiguranja.

- [2] U slučaju kašnjenja u plaćanju premije osiguranja, Osiguratelj može zatražiti povrat troškova koji su joj kašnjenjem bili uzrokovani te zakonske kaznene kamate.
- [3] Osiguratelj je ovlašten da sve dospele neplaćene rate premije, odbije osiguraniku pri isplatu šteta.
- [4] Ugovaratelj neplaćanjem premije osiguranja ne može jednostrano raskinuti osiguranje.

#### Osobni podaci

##### Članak 30. Obrada osobnih podataka

- [1] Ugovaratelj osiguranja – fizička osoba, odnosno osiguranik dozvoljava osiguratelju da u skladu sa propisima koje se odnose na osiguranje, zaštitu potrošača i zaštitu osobnih podataka obrađuje njegove osobne podatke iz ugovora o osiguranju u tuzemstvu i inozemstvu. Osiguranik dozvoljava da osiguratelj za potrebe provođenja ugovora o osiguranju pribavlja i obrađuje i podatke o njegovom zdravstvenom stanju u tuzemstvu i inozemstvu, uključivo s tim da ovlaštenih osoba osiguratelja u svezi s obvezama osiguratelja obrađuju zdravstvenu dokumentaciju osiguranika, podatke dostavljaju osiguratelju te da se točnost i promjene osobnih podataka provjeravaju kod zdravstvene ustanove i drugih pravnih i fizičkih osoba koje raspolažu s tim podacima.
- [2] Ugovaratelj osiguranja – fizička osoba, odnosno osiguranik dozvoljava osiguratelju i njegovom ugovornom izvršitelju obrade osobnih podataka da u skladu sa propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka koristi osobne podatke iz 1. stavka ovog članka isključivo u svrhu provođenja ugovora o osiguranju. Ugovaratelj osiguranja dozvoljava osiguratelju da u skladu sa propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka koristi osobne podatke iz 1. stavka ovog članka, osim podataka o zdravstvenom stanju, u svrhu obrade i neposrednog marketinga za sebe i povezana društva u tuzemstvu i inozemstvu.
- [3] Ugovaratelj osiguranja – fizička osoba, odnosno osiguranik dozvolu iz prethodnog stavka ovog članka može u bilo koje doba besplatno, trajno ili

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 лице за чие плаќање има правен интерес.
- [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.

#### **Член 33. Останати права и обврски на договорувачот и осигуреникот**

привремено опозвати писаним заhtjevom poslanim na adresu osiguratelja.

- [4] Особне податке из 1. и 2. stavka ovog članka, osim podataka o zdravstvenom stanju, mogu obrađivati i ovlaštene osobe za zastupanje i posredovanje te ugovorni izvršitelji obrade osobnih podataka.

#### **Članak 31. Čuvanje osobnih podataka**

- [1] Особне податке ќе осигурателј чувати u skladu sa propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka i internim aktama za obezbeđenje tajnosti i zaštitu obrade ličnih podataka.

#### **Ostala prava i obveze ugovornih strana**

#### **Članak 32. Ostala prava i obveze ugovornih strana**

- [1] Осигурателј је dužan prihvatiti premiju od svake osobe koja za njeno plaćanje ima pravni interes.
- [2] Осигурателј може u slučaju prijave, krivotvorenja ili zloporabe od strane ugovaratelja, odnosno osiguranika, raskinuti ugovor o osiguranju bez otkaznog roka i zatražiti povrat isplaćene naknade iz osiguranja, zajedno sa zakonskim kaznenim kamatama te time nastalu štetu i troškove, pri čemu Осигурателј може zadržati već plaćene premije osiguranja i ima pravo zatražiti plaćanje premije osiguranja za osigurano razdoblje u kojem je zatražila raskid ugovora o osiguranju.
- [3] Ако осигурање престане sa smrću osiguranika, Осигурателј има право на премију осигурања до kraja mjeseca u kojem je nastupila smrt, a razmjerni dio unaprijed plaćenog iznosa premije osiguranja se, u slučaju da je viši od troška koji Осигурателј има s povratom razmjernog dijela, vraća u imovinu ugovaratelja.
- [4] Осигурателј u slučaju promjena koje su važne za izvođenje osiguranja, o tome na primjeren način (pisanim putem, telefonski, na svojoj internetskoj stranici ili preko medija i slično) објављује osiguratelja, odnosno osiguranika.
- [5] Осигурателј не preuzima odgovornost za kvalitetu pružene zdravstvene usluge kod izvođača zdravstvenih usluga.

- [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

### **Članak 33. Ostala prava i obveze ugovaratelja i osiguranika**

- [1] Ako ugovaratelj i osiguranik nisu ista osoba, ugovaratelj s odredbama ugovora o osiguranju upoznaje osiguranika. Smatra se da je osiguranik upoznat s uvjetima zaključivanja i izvođenja osiguranja.
- [2] Ugovaratelj, odnosno osiguranik je dužan Osiguratelju :
1. prilikom zaključivanja ugovora prijaviti sve okolnosti koje su nužno potrebne za procjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Nužno potrebnima smatraju se okolnosti bez poznavanja kojih osiguranje nije moguće zaključiti, odnosno su takve da bi Osiguratelj osiguranje zaključila pod posebnim ili izmijenjenim uvjetima, odnosno osiguranje ne bi zaključila;
  2. tijekom trajanja osiguranja ažurno posredovati osobne i druge podatke te okolnosti i njihove promjene važne za izvođenje osiguranja.
- [3] Ugovaratelj je dužan osigurati plaćanje premije osiguranja na način i u rokovima koji su određeni u ugovoru o osiguranju.
- [4] Osiguranik je dužan:
1. prava iz osiguranja ostvariti na način i pod uvjetima koji su određeni u ugovoru o osiguranju te
  2. na vlastiti trošak Osiguratelju podnijeti svu dokumentaciju i pružati sve informacije potrebne za utvrđivanje nastanka i postojanja osiguranog slučaja te pravo na naknadu iz osiguranja.
- [5] Ako osiguranik ne postupa sukladno ugovoru o osiguranju, posebno ako prava iz osiguranja ne ostvaruje na način i po uvjetima koji su određeni u ugovoru o osiguranju ili ne poštuje upute za pružanje zdravstvene usluge koje mu je prethodno preporučio izvođač zdravstvenih usluga, Osiguratelju nadoknađuje štetu i troškove nastale zbog njegovog postupanja ili propusta.
- [6] Ako osiguranik prilikom ostvarivanja prava iz osiguranja prekorači godišnju osiguranu svotu, Osiguratelju vraća iznos prekoračenja i troškove nastale zbog njegovog postupanja.
- [7] Ako se nakon ostvarivanja prava iz osiguranja utvrdi da osigurani slučaj nije nastao, osiguranik Osiguratelju vraća plaćenu naknadu iz osiguranja te troškove nastale zbog njegovog postupanja.



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.

#### **Ugovor o osiguranju**

##### **Članak 34. Ugovor o osiguranju**

[1] Ugovorom o osiguranju ugovaratelj se obvezuje Osiguratelju plaćati premiju osiguranja, a Osiguratelj se obvezuje da će kod nastupanja osiguranog slučaja i uz ispunjene uvjete osigurateljnog jamstva, osiguraniku platiti troškove pruženih zdravstvenih usluga u dogovorenoj visini te nudi asistenciju pri ostvarivanju prava iz osiguranja.

##### **Članak 35. Opći uvjeti**

[1] Opći uvjeti su sastavni dio ugovora o osiguranju kojima su uređeni odnosi između ugovaratelja, osiguranika i osiguravajuće kuće.

[2] Osiguratelj objavljuje Opće uvjete na svojoj internetskoj stranici.

##### **Članak 36. Ostali dokumenti ugovora o osiguranju i njihova hijerarhija**

[1] Sastavni dijelovi ugovora o osiguranju su, uz Opće uvjete, također ponuda, upitnik o zdravstvenom stanju zajedno sa potvrdu ličnog lekara, polica osiguranja te zdravstvena dokumentacija i druge prijave, izjave ili dokumenti ugovornih strana, a mogu biti i posebni uvjeti odnosno klauzule police osiguranja.

[2] U slučajevima kada su odredbe posebnih uvjeta protivne odredbama Općih uvjeta, važeći su posebni uvjeti. U slučajevima kada je klauzula police osiguranja u suprotnosti s odredbama Općih uvjeta, odnosno posebnih uvjeta, važeća je klauzula police osiguranja.

##### **Članak 37. Oblik ugovora o osiguranju i međusobno obaveštavanje**

[1] Dokumentacija ugovora o osiguranju i u svezi s ugovorom o osiguranju mora biti na makedonskom jeziku i u pisanom obliku ili dogovorenom elektroničkom obliku te je na snazi od dana primitka.

### **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.

- [2] Даном primitka smatra se sljedeći radni dan nakon dana preporučene predaje pošiljke, poslane na posljednju od strane primatelja posredovanu adresu.

### **Članak 38. Izmjene ugovora o osiguranju**

- [1] U vremenu trajanja ugovora o osiguranju, Osiguratelj pridržava pravo izmijeniti Opće uvjete, visinu premije osiguranja, odnosno premijskog cjenika osiguranja, visinu franšize i visinu godišnje osigurane svote, pri čemu su izmjene važeće s početkom nove osigurateljne godine.
- [2] Osiguratelj o izmjenama na primjeren način obavještava ugovaratelja, barem jedan (1) mjesec prije stupanja na snagu izmjene. Ako se ugovaratelj ne slaže s izmjenom, ima pravo u roku od trideset (30) dana nakon obavijesti izjavom odstupiti od ugovora o osiguranju, pri čemu odstupanje od ugovora o osiguranju stupa na snagu istekom tekuće osigurateljne godine. Ako ugovaratelj u tom roku ne odstupi od ugovora o osiguranju, smatra se da se s izmjenama slaže.
- [3] Ugovaratelj nema pravo odstupiti od ugovora o osiguranju ako je izmjena u njegovu, odnosno korist osiguranika ili ako se izmjeni visina premije osiguranja zbog prelaska osiguranika u viši starosni razred.
- [4] Ostale izmjene ugovora o osiguranju važeće su s početkom nove osigurateljne godine, ako s Osigurateljem nije drugačije dogovoreno.

### **Članak 39. Proširenje zdravstvenih usluga**

- [1] Popise zdravstvenih usluga liječenja Osiguratelj može proširiti objavom na svojoj internetskoj stranici.

### **Preodne i završne odredbe**

#### **Članak 40. Izvansudsko rješavanje sporova**

- [1] Stranke su suglasne da će sve sporove proizašle iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.
- [2] Ugovaratelj osiguranja i osiguranik suglasni su da će o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s osigurateljem izvijestiti osiguratelja bez odgađanja. Obavijesti u obliku prigovora iz ovog stavka strane dostavljaju u pisanom obliku, iz

**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 престапка 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 надоместокот за осигурување да го задржи износот на таквиот надомест.
- [3] Побарувањата меѓу Осигурувачот и Договорувачот односно осигуреникот не можат да се заложат нити отстапат.

**Член 44. Надзор над друштвото за осигурување**

kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.

**Članak 41. Podnasak prigovora, odnosno žalbu protiv rada društvo osiguranja**

- [1] U slučaju kad osiguranik, odnosno korisnik osiguranja smatra da društvo za osiguranje se ne pridržava kon odredbe ugovora o osiguranju, isti može dostaviti prstavku do:
1. Organizaciske jedinice nadležnu za rešavanje sporova između ugovorne strane u okviru društvo za osiguranje (komisija za postupanje po pretstavke).
  2. Služba za unutarnje revizije u društvu osiguranja.
  3. Organizacija za zaštitu prava potrošača i
  4. Agencija za superviziju osiguranja.
- [2] Društvo za osiguranje preko vospostavljenog sistema i interne procedure odlučuje po podnešenje pretstavke u roku od 30 dana od dana prijema iste.
- [3] Društvo vodi registar dostavljenje i rešene prstavke i za iste u okviru zakonskih rokova je dužno da obavesti Agenciju za superviziju osiguranja.

**Članak 42. Nadležnost u slučaju spora**

- [1] U slučaju sudkog spora, stvarno i mjesno nadležan je sud prema sjedište osiguratelja.

**Članak 43. Prijebaj, zalaganje i ustupanje potraživanja**

- [1] Osiguratelj može prebiti prilikom isplate naknade iz osiguranja dospjele premije osiguranja i ostale obveze osiguratelja i osiguranika, uključujući one po prethodnom osiguranju, zajedno sa zakonskim kaznenim kamatama te time nastalu štetu i troškove.
- [2] Ako ugovaratelj, odnosno osiguranik primi naknadu koja se odnosi na povrat troškova zdravstvenih usluga i lijekova prema Općim uvjetima od osobe odgovorne za štetu, Osiguratelj može od naknade iz osiguranja odbiti iznos te naknade.
- [3] Potraživanja prema Osiguratelju osiguratelj, odnosno osiguranik ne može založiti ni ustupiti.

|  |  |
|--|--|
| <p>[1] Надзорно тело надлежно за надзор на осигурителното друштво е Агенцијата за супервизија во осигурување.</p> <p><b>Член 45. Стапување на сила</b></p> <p>[1] Овие Услови влегуваат во сила со денот на донесување, а се применуваат од 01.08.2023 година.</p>   | <p><b>Članak 44. Nadzor nad osiguravajućem društvu</b></p> <p>[1] Nadzorno tijelo nadležno za nadzor osiguravajućem društvu je Agencija supervizije osiguranja.</p> <p><b>Član 45. Stupanje na snazi</b></p> <p>[1] Ove Uvjete stupaju na snazi sa dan njihovog donošenja, a primenjuju se od 01.08.2023 godine.</p> |
| <p><b>Кроација Осигурување АД -Друштво за неживотно осигурување Скопје/<br/>Kroacija Osigurivanje AD – Društvo za neživotno osigurivanje Skopje<br/>Претседател на Одбор на директори/ Pretsedatel na Odbor na direktori<br/>Роберт Вучковиќ/Robert Vučković</b></p> |  |