

**КРОАЦИЈА ОСИГУРУВАЊЕ АД - ДРУШТВО ЗА
НЕЖИВОТНО ОСИГУРУВАЊЕ СКОПЈЕ****Член 2****Дефинирање на термини**

- (1) Термините во Посебните услови го имаат следното значење:
 1. **Посебни услови** се Посебни услови за доброволно приватно здравствено осигурување CROCARE flexy;
 2. **Општи услови** се Општи услови за доброволно приватно здравствено осигурување CROCARE и CROCARE+.

Содржина и опсег на осигурувањето**Член 3****Обем на покритие**

- (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 висината на осигурените суми:
 1. Специјалистички прегледи до 30.750,00 ден;
 2. Болничко лекување од 430.500,00 ден до 1.230.000,00 ден;
 3. Лекување на малигни заболувања од 615.000,00 ден до 1.845.000,00 ден;
 4. Комплексна дијагностика до 123.000,00 ден;
 5. Лекови до 30.750,00 ден;
 6. Физикална терапија до 30.750,00 ден.
- (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 4**CROCARE flexy**

- (1) Со склучена полиса за CROCARE flexy, осигуреникот го составува самостојно своето покритие, кое мора минимално да ги содржи ризиците:
 - Трошоци за целосно лекување на малигно заболување од 615.000,00 ден до 1.845.000,00 ден и
 - Трошоци за болничко лекување со или без вршење на хируршки зафат од 430.500,00 ден до 1.230.000,00 ден.Дополнително може да го надопolni својот CROCARE flexy пакет со додавање на еден, повеќе или сите следни ризици:
 - Специјалистички прегледи до 30.750,00 ден;
 - Комплексна дијагностика до 123.000,00 ден;
 - Лекови до 30.750,00 ден;
 - Физикална терапија до 30.750,00 ден.
- (2) Како трошоци за вршење на специјалистички прегледи, влегува надомест на трошоци за вршење на прегледи од сите специјалистичко - консултативни области најмногу до сумата на осигурување определена со подлимит за ова осигурено покритие кој е изразен на полисата за осигурување. Прегледот може да вклучува и одредени едноставни дијагностички постапки како и лабораториски анализи. Остварување на правото за лекување за покритието дефинирано во овој став може да биде со причина за лекување или да биде дел од превентивна заштита заради проверка на здравствената состојба, без постоење на причина за лекување.
- (3) Како трошоци за вршење на комплексна дијагностика 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

**ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ДОБРОВОЛНО ПРИВАТНО
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ CROCARE flexy**

По одлука бр.02-4712/4 од 28.07.2020 година

Воведни одредби**Член 1****Флексибилно здравствено осигурување**

- (1) Флексибилно здравствено осигурување е доброволно здравствено осигурување согласно Општите услови за доброволно приватно здравствено осигурување CROCARE и CROCARE+ (во продолжение: Општи услови) и Посебните услови за доброволно приватно здравствено осигурување CROCARE flexy (во продолжение: Посебни услови).
- (2) Се што не е уредено со овие Посебни услови, во целост важат одредбите од Општите услови.

- (4) Соодветна едноставна дијагностичка анализа е на пример RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, спирометрија.
- (5) Комплексна дијагностичка постапка ги опфаќа сите дијагностички постапки кои се продолжение на специјалистичкото лекување и кои се потребни за поставување на дијагноза на новонастанатата болест или повреда. Комплексна дијагностичка постапка е компјутерска томографија (CT, CTA), магнетна резонанса (MR, MRA), позитронска емисиjsка томографија (PET), скинтиграфија, иригографија, УЗ водена биопсија на внатрешните органи и простатата, ендоскопски УЗ, артрографија, гастроскопија, колоноскопија, миелографија, патохистолошко испитување и сл.
- (6) Лекувањето дефинирано во ставовите 3, 4 и 5 се изведува на сите специјалистичко – консултативни области.
- (7) Како трошоци за надомест на лекови кои се препишани од страна на лекар - специјалист и содржани на специјалистичкиот извештај или розев рецепт најмногу до договорената сума на осигурување и одредени подлимити содржани во полисата за осигурување. Осигурувачот не врши надомест на трошоци за: витамини, минерали и додатоци кон исхрана.
- (8) Како трошоци за надомест на физикална терапија се опфатени трошоци за амбулантна физиотерапија, работна терапија кои се добиваат како услуги во делот на вонболничко лекување.
- (9) 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.
- (10) Под трошоците за целосно лекување на малигно заболување е опфатен секој вид на третман кој ќе биде медицински неопходен во различна фаза од лекување на болеста, согласно препораките од лекарот и тоа специјалистички прегледи, дијагностика (едноставна или комплексна), радиотерапија, хемотерапија, лекови, хируршки интервенции и друго.
- (11) 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.
- (12) 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.
- (13) Географското подрачје за покритие на трошоци за лекување на малигно заболување или болничко лекување е на територија на Република Северна Македонија и Европа. Во случај кога осигуреникот ќе се реши на лекување надвор од Република Северна Македонија за вршење на болничко лекување со хируршки зафат, осигурувачот исплаќа еднократен надомест на трансакциска сметка на осигуреникот во висина од просечната цена на чинење на болничкото лекување со хируршки зафат на територија на Република Северна Македонија. Со тоа, обврската на осигурувачот за исплата на трошоци поврзани со тој осигурен случај престанува. Во останатите случаи на лекување и кога не може да се утврди просечна цена на територија на Република Северна Македонија за болничко лекување со хируршки зафат, осигуреникот своето право на надомест на трошоци го остварува преку рефундација по завршена постапка на лекување и доставен превод од медицинската документација.
- (14) Во случај на малигно заболување, сите неопходни трошоци за лекување на малигното заболување се опфатени само по основ на поговорените пимити за лекување на малигно

заболување и истите не се предмет на осигурување преку покритијата за болничко лекување и специјалистички прегледи.

Договор за осигурување

Член 5

Посебни услови

- (1) Овие Посебни услови, заедно со Општите услови доброволно приватно здравствено осигурување CROCARE и CROCARE+, Прашалникот за здравствена состојба и Понудата се составен дел од договорот за осигурување со кој се регулирани односите меѓу Договорувачот, осигуреникот и осигурувачот.

Член 6

Стапување на сила

- (1) Овие Услови влегуваат во сила со денот на донесување, а се применуваат на договорите за осигурување склучени по 01.08.2020 година.