

АКЦИОНЕРСКО ДРУШТВО ЗА ОСИГУРУВАЊЕ  
И РЕОСИГУРУВАЊЕ МАКЕДОНИЈА  
Скопје - Виена Иншуренс Груп

ОПШТИ УСЛОВИ  
ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ

Овие Општи Услови за доброволно здравствено осигурување ги донесе Управниот одбор на Друштвото, на 165-тата редовна седница одржана на 6.6.2017 година со одлука бр.02-5142/4, со примена од 1.9.2017 година.

Лектор  
Кристина Велевска

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

Општите услови за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст: Услови) се составен дел на договорот за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст: договор за осигурување), кој договарачот на осигурувањето го склучил со Осигурување Македонија а.д. Скопје - Виена Иншуренс Груп (во понатамошниот текст: осигурувач).

Со овие Општи услови се уредуваат меѓусебните права и обврски меѓу осигурувачот, договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот (договорните страни) во постапката на понуда и договарање на доброволното здравствено осигурување, траењето на осигурувањето, како и условите под кои се остваруваат одредени права, обемот на покритие и другите услови од значење за доброволното здравствено осигурување.

Сите известувања и пријави што договорните страни се должни да ги направат во смисла на одредбите од овие Услови задолжително треба да бидат доставени по писмен пат и сите пријави што се направени усно, преку телефон или на кој било друг начин треба да се потврдат писмено во рок од 3 дена.

Како ден на прием на известувањето, односно на пријавата, се смета денот кога осигурувачот, односно договарачот го примил известувањето, односно пријавата, во својата архива со приемен штембил или со препорачана пратка.

Ако известувањето, односно пријавата, се испраќа преку пошта препорачано, како ден на прием се смета денот на предавање во пошта.

Договорот за осигурување е полноважен само ако е склучен во писмена форма.

ЗНАЧЕЊЕ НА УПОТРЕБЕНИТЕ ИЗРАЗИ

Член 2

Значење на поделни поими во Општите услови:

Осигурувач: Осигурување Македонија а.д. Скопје - Виена Иншуренс Груп.

Договарач на доброволното здравствено осигурување (во понатамошниот текст договарач): Правно или физичко лице што во име и за сметка на осигуреникот, односно во свое име и за сметка на осигуреникот, ќе склучи договор за доброволно здравствено осигурување со осигурувачот и кое се обврзало да ја плаќа премијата за осигурување од свои средства или на товар на средствата на осигуреникот.

Понудувач: лице што на осигурувачот писмено ќе му упати понуда за склучување договор за доброволно здравствено осигурување.

Осигуреник: физичко лице што склучило договор за доброволно здравствено осигурување, или за кое, врз основа на негова согласност, е склучен договор за доброволно здравствено осигурување со осигурувачот и на кое му припаѓаат правата од договорот за осигурување и кое врз основа на настанат осигурен случај има право да побарува исполнување на договорната обврска на осигурувачот.

Понуда: пишан предлог на понудувачот упатен до осигурувачот за склучување договор за осигурување.

Полиса: исправа за склучен договор за осигурување и исправа за содржината на договорот.

Премија за осигурување: паричен износ што осигуреникот, односно договарачот го плаќа на Осигурувачот, врз основа на склучениот договор за доброволно здравствено осигурување за периодот на траење на договорот за осигурување.

Осигурена сума: износ до кој е осигурен имотниот интерес на осигуреникот и кој преставува максимална обврска на осигурувачот врз основа на склучениот договор за осигурување.

Осигурен случај: настан со чие настанување осигуреникот ги остварува правата од договорот за доброволно здравствено осигурување во согласност со овие Општи услови.

Период на чекање - каренца: период на почетокот на траењето на осигурувањето во кој договарачот плаќа премија за осигурување, а осигурувачот нема обврска за исплата на

надомест доколку настане осигурен случај или неговата обврска е намалена за процентуален износ определен со Дополнителните услови.

### ВИДОВИ ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 3

Видови на доброволно здравствено осигурување што ги врши осигурувачот се:

Приватно здравствено осигурување, и тоа:

- исплата на надомест во случај на дијагностицирање тешки болести определени со Дополнителните услови за колективно осигурување на лица во случај на тешки болести, и
- исплата на надомест за извршени операции определени со Дополнителните услови за колективно осигурување на лица во случај на операции.

### СПОСОБНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 4

Осигуреници во доброволното здравствено осигурување може да бидат лица на кои им е утврдено својство на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување во Република Македонија, во согласност со прописите од задолжителното здравствено осигурување. По исклучок, осигуреници во дополнителното здравствено осигурување може да бидат и лица што 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.

### СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 5

Договорот за здравствено осигурување се склучува врз основа на писмена понуда, која лицето што сака да склучи договор за осигурување (понудувач) ја поднесува до осигурувачот, на печатен образец на осигурувачот.

Писмената понуда доставена до осигурувачот за склучување договор за доброволно здравствено осигурување го обврзува понудувачот, ако тој не одредил пократок рок, за време од осум дена од денот кога понудата е примена кај осигурувачот. Ако во наведениот рок осигурувачот не ја одбил понудата, која во целост е во согласност со условите под кои се склучува ова осигурување, ќе се смета дека осигурувачот ја прифатил понудата и дека договорот е склучен.

Во случај на колективно осигурување, договарачот на осигурувањето може да поднесе единствена понуда, која содржи податоци за секое поединечно лице што сака да се осигура кај осигурувачот.

Договорот за доброволно здравствено осигурување може да го склучи и работодавец за своите вработени и за членовите на нивните семејства, здружение за своите членови или друго правно лице што има интерес да осигури одредена група луѓе. Во тој случај, потребна е согласност - писмена изјава за склучување договор за осигурување, за секој осигуреник поодделно.

Во понудата мора да бидат наведени точно, вистинито и потполно сите податоци потребни за склучување на договорот за осигурување, како и сите факти што се од значење за процена на ризикот.

По приемот на понудата за склучување на договорот, осигурувачот може да бара од потенцијалниот осигуреник дополнителни информации за здравствената состојба, односно да бара да се достави документација (лекарски или лабораториски извештаи, наоди и др.) или, ако е потребно, да се изврши лекарски преглед.

Осигурувачот за секој осигуреник одделно врши процена на ризикот, односно има право лицето за кое ќе утврди дека претставува зголемен ризик да го прифати во осигурување со зголемена премија.

Понудата дадена до осигурувачот за склучување договор

за осигурување го врзува понудувачот, ако тој не одредил пократок рок, за време од осум дена откако осигурувачот ја примил понудата, а ако е потребен лекарски преглед, за време од 30 дена.

Во случај кога по приемот на понудата осигурувачот бара дополнителни податоци, односно бара извршување лекарски преглед за потенцијалниот осигуреник, понудата се смета за примена оној ден кога осигурувачот ќе ги добие бараните дополнителни податоци, односно бараните медицински извештаи по извршениот лекарски преглед.

Доколку понудувачот на писмено барање на осигурувачот не ги достави бараните податоци во рок од осум дена, сметајќи од денот на прием на писменото барање од осигурувачот за достава на бараните податоци, ќе се смета дека понудувачот се откажал од својата понуда, односно од склучувањето на договорот за осигурување.

Доколку понудувачот на писмено барање на осигурувачот не ги достави резултатите од извршениот лекарски преглед во рок од 30 дена, сметајќи од денот на прием на писменото барање од осигурувачот за достава на бараните податоци, ќе се смета дека понудувачот се откажал од својата понуда, односно од склучувањето на договорот за осигурување.

Добиените здравствени податоци за евентуалниот осигуреник не може да бидат причина за одбивање на приемот во осигурување, туку на осигурувачот му служат за процена на ризикот заради пресметка на премијата за осигурување.

### ПОЧЕТОК И ТРАЕЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 6

Доколку не е договорено поинаку во полисата, осигурувањето почнува во 24:00 часот во денот што е наведен во полисата за осигурување како ден на почеток на доброволното здравствено осигурување, под услов до тој ден да е платена премијата за осигурување, односно првата рата на премијата за осигурување, ако не е договорено поинаку.

Договорот за доброволното здравствено осигурување престанува во 24:00 часот во денот што е наведен во полисата како ден на истекување на полисата, ако не е договорено поинаку.

#### Член 7

Договорот за осигурување престанува за секој поединечен осигуреник во 24:00 часот, без оглед на договореното траење, во случај на:

- смрт на осигуреникот - со денот на смртта;
- губење на статусот на осигурено лице во задолжителното здравствено осигурување, со денот на губење на статусот;
- други случаи во согласност со законските прописи, Општите и Дополнителните услови на осигурувачот.

### ПЕРИОД НА ЧЕКАЊЕ (КАРЕНЦА)

#### Член 8

Во договорот за доброволно здравствено осигурување може да биде предвиден период на чекање (каренца), во согласност со Дополнителните услови на осигурувачот.

Периодот на чекање - каренца е период на почетокот на траењето на осигурувањето, во кој договарачот ја плаќа премијата за осигурување, а осигурувачот нема обврска за исплата на надомест доколку настане осигурен случај или неговата обврска е намалена за процентуален износ определен со Дополнителните услови.

Со истекувањето на каренцата, настанува обврска на осигурувачот во согласност со склучениот договор за доброволно здравствено осигурување и Дополнителните услови за осигурување.

Каренцата не се применува во случај на обновување на договорот за осигурување, односно кога постои континуитет во осигурувањето.

**ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ****Член 9**

Висината на премијата за осигурување ја одредува осигурувачот, за секоја осигурителна година, во согласност со тарифата на премии (во понатамошниот текст: тарифа) и прописите што ја регулираат областа на доброволното здравствено осигурување, а во зависност од обемот на осигурително покритие, возраста на осигуреникот на почетокот на осигурителната година и видот на осигурувањето.

Осигурувачот не може да ја зголеми висината на премијата за осигурување во текот на осигурителната година.

Висината на премијата може да се зголеми во текот на траењето на осигурителната година доколку дојде до промена на законот и на подзаконските акти што се однесуваат на обемот и на содржината на доброволното осигурување и на други елементи што се значајни за утврдување на висината на премијата.

Договорувачот на осигурувањето, односно осигуреникот, е должен да ја плати премијата за секоја осигурена година однапред или во договорени рокови на начин утврден во полисата. Плаќањето на премијата може да се договори на рати, со тоа што првата рата се плаќа по потпишување на понудата, односно полисата, доколку не се договори поинаку.

Ако е договорено годишната премија да се плаќа во полугодни, во тримесечни или во месечни рати, осигурувачот има право на премија за осигурување за целата година на траењето на осигурувањето.

Осигурувачот е обврзан да ја прифати платената премија за осигурување и од секое лице што има правен интерес да ја плати премијата за осигурување.

**ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ****Член 10**

Осигурените ризици, обемот на осигурителното покритие, како и обврските на осигурувачот по договорите за осигурување се одредени со Дополнителните услови на осигурувачот.

Осигурената сума назначена во полисата за осигурување претставува максимална обврска на осигурувачот во врска со склучениот договор.

Осигурителното покритие важи 24 часа дневно во текот на договореното траење на осигурувањето, на територијата на Република Македонија, освен ако не е поинаку пропишано со Посебните услови.

**УЧЕСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ ВО НАДОМЕСТОТ ОД ОСИГУРУВАЊЕ****Член 11**

Ако со полисата е договорено осигуреникот сам да сноси еден дел од штетата (договорено самоучество - франшиза), кога ќе настане осигурен случај, осигурувачот надоместот од осигурување го намалува за износот на договореното самоучество - франшизата.

**ОБВРСКИ НА ОСИГУРУВАЧОТ****Член 12**

Осигурувачот е должен, во согласност со договорот, односно со полисата за осигурување и со Дополнителните услови, на осигуреникот да му го исплати надоместот од осигурување во рок од 14 дена од приемот на комплетната документација врз основа на која може да се утврди неоспорно постоење на обврската на осигурувачот и на нејзиниот износ.

**ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ****Член 13**

Осигурувачот нема обврска да исплати надомест од осигурување во следните случаи:

- доколку осигуреникот дал неточни и невистинити податоци, односно прикрил важни околности од значење за склучу-

вање на договорот за осигурување;

- во случај на злоупотреба на полисата за осигурување;

- ако отштетното барање е засновано на лажни - фалсификувани податоци и лажна - фалсификувана документација.

**ОБВРСКИ НА ДОГОВАРАЧОТ И НА ОСИГУРЕНИКОТ****Член 14**

Освен обврските утврдени со прописите што ја регулираат областа на доброволното здравствено осигурување и Дополнителните услови на осигурувачот, договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, е обврзан да го информира осигурувачот во најкраток разумен рок за сите промени во податоците за осигурените лица (како што се промена на адреса, занимање или брачен статус, престанување на работниот однос и сл.) или за сите други битни промени како што е промената на бројот на осигурени лица, кои влијаат на корекцијата на процената на ризикот од осигурувањето.

**ПРЕСТАНУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ****Член 15**

Ако договарачот на осигурувањето не ја плати доспеаната премија до договорениот рок, ниту тоа го направи некое друго заинтересирано лице, договорот за осигурување престанува со истекувањето на 30-тиот ден од денот кога договарачот на осигурувањето го примил препорачаното писмо од осигурувачот со известување за доспеаноста на премијата, но со тоа што тој рок не може да истече пред да изминат 30 дена од денот на доспеаност на премијата.

Во секој случај, договорот за осигурување престанува по сила на закон ако премијата не биде платена во рок од една година од денот на доспеаност.

Доколку осигуреникот направил неточна пријава или премолчил некоја околност што е од таква природа што осигурувачот не би склучил договор под истите услови кога би знаел за вистинската состојба на работите, осигурувачот може да бара поништување на договорот.

**ПРИГОВОРИ ОД ОСИГУРЕНИЦИТЕ****Член 16**

Осигуреникот што е незадоволен со одлуката на осигурувачот по отштетното барање може да поднесе приговор до комисијата за приговори на осигурувачот во рок од 15 (петнаесет) дена од денот на приемот на одлуката.

**ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИЦИТЕ****Член 17**

Осигурувачот има обврска да ги чува податоците од договорот за осигурување како доверливи податоци, во согласност со Законот за супервизија на осигурувањето и Законот за заштита на личните податоци.

Обврската на осигурувачот за чување на податоците за осигурениците не постои во следниве случаи:

1. ако податоците се потребни за утврдување факти во кривични постапки или во други судски постапки и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоците;

2. во случај предвидени со Законот за спречување на перење пари;

3. ако податоците се потребни за одредување на правните односи меѓу осигурувачот и негов осигуреник и/или друг корисник на осигурувањето при спроведување на законски постапки;

4. ако податоците се потребни заради извршување на присилни постапки над недвижен имот на осигуреник или на друг корисник на осигурувањето и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоците;

5. ако податоците се побарани од страна на Агенцијата за супервизија на осигурувањето или од друг надлежен орган за супервизија во рамките на утврдените одговорности;

6. ако податоците се побарани од страна на даночен орган, а во врска со водење постапки во негова надлежност.

За давање на податоците осигурувачот постапува исклучиво по писмено барање поднесено од барателот на информацијата.

Осигурувачот е должен да дава податоци на барање на осигуреникот (договарачот, корисникот) за неговите сопствени податоци што се чуваат во регистрите на осигурувачот, како и да коригира податоци во регистрите иницирани од осигуреникот.

#### ПРИМЕНА НА ЗАКОНСКИТЕ ПРОПИСИ

##### Член 18

Побарувањата од договорот застаруваат според одредбите од Законот за облигациони односи.

##### Член 19

На сите односи помеѓу договорните страни што не се регулирани со овие Услови директно се применуваат одредбите од Законот за облигациони односи и прописите со кои се уредува доброволното здравствено осигурување.

#### ПРАВО НА ЖАЛБА

##### Член 20

Договарачот, осигуреникот или корисникот на осигурувањето може да достават жалба во однос на осигурувачот до Агенцијата за супервизија на осигурувањето на Република Македонија, како орган надлежен за супервизија на друштвата за осигурување.

#### НАДЛЕЖНОСТ ВО СЛУЧАЈ НА СПОР

##### Член 21

Договорните страни ќе ги решаваат сите спорни прашања спогодбено, а ако тоа не го постигнат, договараат надлежност на Основниот суд Скопје 2, Скопје.

Претседател на Управен одбор

Бошко Андов