

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

**ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛОВИ
ЗА ДОБРОВОЛНО КОЛЕКТИВНО
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ ЗА
СЛУЧАЈ НА ТЕШКИ БОЛЕСТИ**

Овие Дополнителни Услови за доброволно колективно здравствено осигурување за случај на тешки болести ги донесе Управниот одбор на Друштвото, на 165-тата редовна седница одржана на 6.6.2017 година со одлука бр.02-5142/6, со примена од 1.9.2017 год. и измените и дополнувањата донесени на 183-тата редовна седница одржана на 24.11.2017 год. со одлука бр. 02-10381/9, со примена од 1.12.2017 година.

Лектор
Кристина Велевска

ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Дополнителните услови за доброволно колективно здравствено осигурување за случај на тешки болести(во натамошниот текст: Дополнителни услови) заедно со Општите услови за здравствено осигурување се составен дел на договорот за доброволно колективно здравствено осигурување за случај на тешки болести што договаработот на осигурувањето ќе го склучи со Акционерското друштво за осигурување и реосигурување Македонија, Скопје - Виена Иншуренс Груп (во натамошниот текст: осигурувач).

Договарач на осигурувањето, доколку не се договори поинаку, во смисла на овие Дополнителни услови, може да биде секое правно лице што склучува колективно осигурување за своите работници, кои имаат способност за осигурување во согласност со одредбите на овие Дополнителни услови.

**НАЧИН НА СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ
ЗА ОСИГУРУВАЊЕ**

Член 2

Договорот за доброволно колективно здравствено осигурување за случај на тешки болести се склучува врз основа на пополнета и потпишана понуда со изјава за здравствената состојба на образец на осигурувачот за секое осигурено лице опфатено со договорот за осигурување.

Договорот за осигурување се склучува со назначување на осигурениците од полисата на список заверен од договаработот на осигурувањето, кој се приложува кон полисата. Списокот треба да ги содржи следните информации за осигурениците: име, презиме, матичен број, број на здравствена легитимација и адреса на живеење.

СПОСОБНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 3

Осигуреници, според овие Услови, може да бидат само лицата на кои им е утврдено својство на осигуреници или осигурени лица во согласност со прописите од задолжителното здравствено осигурување во Република Македонија.

Договор за осигурување договаработот на осигурувањето може да склучи за следниве лица:

- лица што со договаработот на осигурување имаат склучено договор за работа (заснован работен однос) на определено или неопределено време (вработени лица);
- членови на семејството на вработените лица, во согласност со членот 4 од овие Услови.

Со овие услови се осигуруваат лица од наполнети 18 години до наполнети 65 години живот, доколку не се договори поинаку.

Лицата кај кои пред склучување на договорот за осигурување е дијагностицирана една од тешките болести наведени во членот 6 од овие Услови се исклучени од осигурување за таа тешка болест.

Лицата со зголемен ризик, кои боледуваат или боледувале од одредени болести, исто така можат да се осигурат, само врз основа на извештај од лекарот на осигурувачот. Зголемениот ризик во поглед на осигурувањето од тешки болести се рефлектира со пораст на премијата за осигурување, во пропорција со постојниот зголемен ризик.

ОСИГУРУВАЊЕ НА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВОТО

Член 4

Со договорот за доброволно колективно здравствено осигурување за случај на тешки болести може да се осигурат и брачните другари и децата на осигурениците, доколку имаат утврдено својство на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување.

Може да се осигураат брачните другари што не се постари од 65 години, како и децата, ако живеат во заедничко семеј-

ство со осигуреникот.

За осигурување на членовите на семејството е потребна писмена согласност од членот на семејството што се осигурува. Во списокот на осигуреници приложен кон полисата, за членовите на семејството, покрај името, презимето и матичниот број, се запишуваат и бројот на здравствената легитимација и сродството со осигуреникот.

Осигурувањето за членовите на семејството започнува во 24:00 часот оној ден што во писмената пријава до осигурувачот е означен како почеток на осигурувањето, но не порано од 24:00 часот оној ден кога осигурувачот ја примил пријавата, а престанува во 24:00 часот оној ден кога му престанал работниот однос на осигурениот работник кај договараачот на ова осигурување или договорот престанал по некоја друга основа.

Со престанување на осигурувањето на осигуреникот престанува и осигурувањето на членовите на неговото семејство, без оглед на причината за престанување на осигурувањето.

ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 5

Ако во полисата не е договорено поинаку, осигурувањето започнува во 24:00 часот во оној ден што во полисата е означен како почеток на осигурувањето и престанува во 24:00 часот во оној ден што во полисата е наведен како ден на истекување на осигурувањето.

За новопријавените лица во групата, осигурителното покритие стапува во сила во 24:00 часот на денот што следува по денот на доставување на известување до осигурувачот, заедно со пополнета и потпишана понуда со изјава за здравствената состојба.

Без оглед на договореното траење на осигурувањето, осигурувањето престанува за секој одделен осигуреник во 24:00 часот оној ден кога:

1. ќе истече годината на осигурувањето во која осигуреникот ќе наполни 65 години живот, доколку не е договорено поинаку;

2. осигурувачот ќе ја исплати договорената осигурена сума за една од наведените тешки болести покриени со овие Услови. Во таков случај, договорената премија во целост му припаѓа на осигурувачот за таа осигурителна година;

3. ќе му престане работниот однос кај договараачот на осигурувањето;

4. осигуреникот ќе го изгуби својството на осигуреник или осигурено лице во системот на задолжително здравствено осигурување. Исклучок се осигурениците што го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, но не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.

ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ

Член 6

Според овие Услови, за осигурен случај се смета тешка болест наведена во ставот 2 од овој член, која кај осигуреникот првпат се дијагностицира во текот на траењето на осигурувањето.

Како тешки болести во смисла на овие Услови се сметаат:

1. Малигни тумори

За тешка болест - малигни тумори, според овие Услови, се сметаат сите малигни тумори чија основна карактеристика се неконтролирана делба и размножување на кој било тип на клетки и инфилтрација во околно ткиво и во лимфни жлезди, како и нарушување на нормалните ткива и на околните органи. Под оваа тешка болест, според овие Услови, се сметаат и малигни болести на крвта (органи што создаваат крв и лимфниот систем) како леукемии и малигни лимфоми. Оваа тешка болест се докажува со хистопатолошка анализа и со извештај за потребен сериозен медицински третман или хируршка интервенција, како и неопходна потреба од палија-

тивна нега.

Под тешка болест - малигни тумори, според овие Услови, не се сметаат:

- хистолошки потврдени предмалигни тумори;
- тумори ин-ситу (без тенденција за ширење во околно ткиво), вклучувајќи и дисплазија на утерус ЦИН-1, ЦИН-2 и ЦИН-3, или кои се хистолошки дефинирани како преанцерогени состојби;

- хронична лимфоцитна леукемија ако нема генерализирана дисемнација на клетките на леукемија во зоните на формирање крв во коскената срцевина;

- сите видови лимфоми во присуство на вирус на хумана имунодефициенција (освен во случаите наведени во точките 8 и 9 од овој став);

- сите видови на карциноми на кожа, во случаите кога нема докази за метастази или малиген меланом со помалку од 1,5 мм максимална дебелина, утврдени со хистолошки анализи и со примена на Breslow's методи;

- видови канцер што не се животозагрозувачки, според TNM (TNM - tumor, nodus, metastasis) класификацијата, кои одговараат на рани фази на малигни тумори;

- папиларна тироидна микрокарцинома.

2. Мозочен удар

За тешка болест - мозочен удар, според овие Услови, се смета ненадеен невролошки дефицит предизвикан од нарушување на крвниот проток во мозокот (исхемија и крвавење), со последователни периферни сензорни и моторни последици.

Под оваа тешка болест се смета и церебрален инфаркт што има предизвикано невролошки дефицит што води до перманентна и ирверзибилна онеспособеност на осигуреното лице, и тоа:

- да се движи во затворени простории, од една во друга или на површини поставени на исто ниво;

- да се храни самостојно, откако храната му е подготвена и сервирана, или

- да комуницира со лица околу него со вербален говор.

Процената на состојбите опишани погоре може да биде направена не порано од три месеци по настанот на церебрален инфаркт. Церебралниот инфаркт треба недвосмислено да се докаже и како индикации да постојат:

- инфаркт на церебралното ткиво, или
- интракранијална или субарахноидална хеморагија;
- извештај од специјалист и радиолог.

Како тешка болест - мозочен удар, според овие Услови, не се смета:

- транзиторна исхемија и вазоспастичниот синдром;

- церебрални симптоми поради мигрена;

- церебрална повреда предизвикана од траума или хипоксија;

- васкуларна болест што влијае на очите, очниот нерв или вестибуларната функција.

3. Инфаркт на миокардот

Тешка болест - миокарден инфаркт, според овие Услови, претставува трајно оштетување или изумирање (некроза) на дел од срцевиот мускул како резултат на прекин на доток на артериска крв и на кислород. Дијагнозата на оваа тешка болест се заснова на следниве докази:

- ненадејна и интензивна градна болка;

- електрокардиографски промени, карактеристични за инфаркт на срце;

- значаен пораст на срцеви ензими специфични за инфаркт на срце и

- ехокардиографски знаци за нарушена кинетика на срцевиот мускул.

4. Коронарен артериски байпас-графт

Тешка болест - коронарен артериски байпас-графт, според овие Услови, претставува хируршка интервенција на отворен граден кош за корекција на две или повеќе коронарни артерии, кои се стеснети или затворени преку байпас-графт на коронарните артерии (ЦАБГ). Неопходноста од оваа хируршка интервенција - операција мора да се докаже со претходно направена коронарна ангиографија. Според овие Услови, не

се смета за тешка болест ангиопластиката и/или други интраартериски процедури.

5. Хируршки третман на аорта

За тешка болест - хируршки третман на аорта, според овие Услови, се смета хируршка процедура со торакотомија или лапаротомија со цел хируршко отстранување или корекција на аневризма или дисекција на аортата, оклузија на аортата, коарктација на аортата. Во тешка болест - хируршки третман на аорта се вклучени асцендентна, торакална, десцендентна и лакот на аортата, но не и нејзините гранки. Според овие Услови, како тешка болест е исклучена трауматска промена на аортата.

6. Хируршки третман на срцеви залистоци

Тешка болест - хируршки третман на срцеви залистоци, според овие Услови, претставува хируршка замена на еден или повеќе срцеви залистоци со механички или со биолошки протези. Оваа тешка болест вклучува замена на аортниот, митралниот, пулмонарниот или трикуспидниот залисток поради стеноза или инсуфициенција, или комбинација на овие состојби. Според овие Услови, корекцијата на срцевите залистоци, валвулотомијата и валвулопластиката се исклучени од оваа тешка болест.

7. Трансплантација на органи

Тешка болест - трансплантација на органи, според овие Услови, претставува хируршко отстранување на оштетен орган во човечкото тело и негова замена со функционален орган од човечки давател (донор). Како тешка болест во смисла на овие Услови се смета трансплантацијата на коскена срцевина, на целосно срце, бубрег, црн дроб, бели дробови, панкреас или вклучување во официјална листа на чекање на таа процедура.

Според овие Услови, не се смета за тешка болест трансплантацијата на кои било други органи, делови од органи, ткива или клетки.

8. ХИВ предизвикан со трансфузија на крв

Тешка болест - ХИВ предизвикан со трансфузија на крв претставува инфекција со хуман вирус на имунодефициенција (ХИВ) на осигуреното лице, под следните услови (кумулятивно постоење на условите):

- инфекцијата да е предизвикана по пат на трансфузија на крв, извршена по датумот на почеток на договорот; и
- институцијата што ја извршила трансфузијата на крв да ја презела одговорноста или да постои правосилна судска пресуда со која е утврдена одговорност на институцијата; и
- инфицираното осигурено лице да не боледува од хемofil-ија.

Според овие Услови, како тешка болест не е опфатена инфекцијата предизвикана на друг начин, вклучувајќи и инфекција по пат на сексуален контакт или интравенозно инјектирање дрога. Осигуреникот се согласува осигурувачот да има слободен пристап до сите примероци на крв и да има можност да добие независно испитување на таквите примероци.

9. Инфекција со ХИВ во тек на извршување на професијата

За тешка болест - инфекција со ХИВ во тек на извршување на професијата се смета инфекција со вирусот на хумана имунодефициенција (ХИВ) на осигуреното лице, каде што вирусот е добиен како резултат на:

- повреда што настанала во текот на извршување на рутински професионални активности или
- работа со крв, крвни продукти или други телесни течности во рамките на професионалните работни задачи.

За да постои тешката болест предвидена во оваа точка, потребно е да бидат исполнети кумулативно следните услови:

- инфекцијата да настапила додека осигуреното лице ги извршувало своите професионални функции, а професијата на ова лице да е вклучена во листата наведена подолу;
- сероконверзијата да настане во период од 6 месеци по несреќниот случај;
- осигуреното лице да достави докази за негативни резултати од тестови за ХИВ вирусот или од тестови за антитела на ХИВ вирусот, кои биле направени во период од 5 дена по при-

јавениот несреќен случај;

- присуството на ХИВ вирусот или антитела на ХИВ вирусот да биде докажано во рамките на 12 месеци по несреќниот случај.

Листата на осигурени професии за оваа тешка болест е лимитирана на следните:

- медицински или стоматолошки доктори;
- помошници на докторите;
- медицински сестри;
- опстетричари;
- лабораториски персонал;
- помошен персонал во болниците;
- амбулантски персонал;
- пожарникари;
- полицајци;
- персонал (вработени) во казнено-поправни домови.

10. Мултиплекс склероза

Тешката болест - мултиплекс склероза, според овие Услови, мора да се докаже со дијагноза констатирана од страна на невролог вработен во лиценцирана болница во здравствениот систем на Република Македонија. За да се дијагностицира оваа тешка болест, кај осигуреникот мора да се манифестираат невролошки абнормалности што постоеле за континуиран период од најмалку шест месеци или мора да има најмалку две клинички документирани епизоди. Наведеното мора да биде докажано со типичните симптоми на демиелинизација и нарушување на моторните и на сензорните функции.

11. Алцхајмерова болест

Тешка болест - Алцхајмерова болест, според овие Услови, претставува прогресивно дегенеративно заболување на мозокот што води до деменција. На целуларно ниво, Алцхајмеровата болест се карактеризира со наод за нетипични хелични протеински филаменти во нервните клетки на мозокот. Тие увртени филаменти (влакненца) се нарекуваат неврофибриларна мрежа. Во мозокот, Алцхајмеровата болест се карактеризира со дегенерација на кортикалната регија, особено на фронталниот и на темпоралниот лобус. Болеста се карактеризира со губење на меморијата, нарушување на говорот, намалена ментална манипулација и визуелна информација, нарушено расудување, конфузија, замор, вртоглавица. Дијагнозата за Алцхајмеровата болест треба да биде поставена од специјалист невролог или психијатар.

Според овие Услови, со осигурување не е покриена Алцхајмеровата болест за лица постари од 60 години.

12. Паркинсонова болест

Тешка болест - Паркинсонова болест, според овие Услови, претставува бавно прогресивно невролошко заболување што се карактеризира со фиксиран лик, без мимика, тремор во мир, забавени движења, движење со куси и зачестени чекори, неприродни држења на телото и мускулна слабост (предизвикана со дегенерација во зоната на мозокот наречена базални ганглии) и намалена продукција на невротрансмитерот допамин. Паркинсоновата болест е е хронично и прогресивно заболување и дијагнозата за оваа болест мора да биде поставена од специјалист невролог.

Со овие Услови не е покриена Паркинсонова болест кај претходни зависници од дрога и од алкохол.

13. Енцефалитис

Тешка болест - енцефалитис, според овие Услови, е акутно воспаление на мозокот, најчесто предизвикано од вирусна инфекција или во тек на нарушување на имуниот систем поради што е атакуван мозокот. Настапува брзо и бара ургентен третман.

Енцефалитисот започнува со покачена телесна температура и главоболка. Симптомите брзо се влошуваат и се карактеризираат со конфузија, поспаност и губење на свеста и на крајот може да заврши со кома.

Дијагнозата ја поставува инфектолог или невролог според клиничка слика, лабораториски анализи, лумбална пункција. Во некои случаи е потребно да се направат компјутеризирана томографија и електроенцефалографија.

14. Хронична бубрежна слабост

Тешка болест - хронична бубрежна слабост претставува трајно откажување на функцијата на двата бубрега (терминален стадиум), која бара трајно лечење со дијализа или трансплантација на бубрег.

ОБВРСКИ НА ОСИГУРЕНИКОТ**Член 7**

Осигуреникот е должен, веднаш штом здравствената состојба тоа му го дозволува, да го извести осигурувачот за настапување на осигурениот случај. Доколку известувањето е направено усно, телефонски или на кој било друг сличен начин, осигуреникот е должен најдоцна во рок од 3 дена писмено да ја потврди пријавата на пропишан образец на осигурувачот.

Покрај пријавата, осигуреникот е должен на осигурувачот да му достави и комплетна медицинска документација (копија од здравствен картон и сл.) и други докази потребни за утврдување на причината, обемот и на висината на штетата.

На барање на осигурувачот, осигуреникот е должен да достави комплетна оригинална медицинска и друга документација, потребна за утврдување на релевантни факти.

Осигуреникот ќе му помогне на осигурувачот да изврши увид во целокупната медицинска документација што се наоѓа во здравствената установа во која се лечел осигуреникот ако тој оцени дека тоа е потребно за правилно решавање на штетата.

Дијагнозата на болеста ја дава лекар специјалист.

Осигурувачот има право да ја провери веродостојноста на доставената документација од страна на осигуреникот.

УТВРДУВАЊЕ НА ПРАВАТА НА ОСИГУРЕНИКОТ И ИСПЛАТА НА ОСИГУРЕНАТА СУМА**Член 8**

Кога ќе настане осигурен случај, осигуреникот е должен да достави документација за докажување на појавата на осигурениот случај покриен со овие Услови. Документите треба да бидат потврдени од:

- релевантни медицински лица - доктори специјалисти лиценцирани да практикуваат медицински активности, кои нема да бидат договорач, осигуреник, корисник или нивните партнери, маж/жена и роднина соодветно;

- медицински испитувања што ќе ја потврдат состојбата, како на пример клинички, радиолошки, хистолошки и лабораториски испитувања.

Кога осигурениот случај бара извшување на хируршка интервенција, таа треба да биде според стандарден медицински третман на соодветната состојба и да се смета за неопходна врз основа на медицински индикации.

Осигурениот случај ќе биде потврден од медицинскиот консултант на осигурувачот. Осигурувачот го задржува правото да бара осигуреното лице да се подложи на медицински тестови и на други разумни испитувања неопходни да се потврди појавата на осигурениот случај.

Осигурувачот го задржува правото да бара дополнителна документација потребна за процена на штетата и да донесе одлука во врска со исплата на осигурената сума.

Осигурената сума што се исплаќа во случај на штета е еднаква на осигурената сума наведена во полисата. Осигурената сума наведена во полисата за осигурување е најголемиот износ до кој осигурувачот има обврска за секој осигуреник по еден осигурен случај и во рамките на времетраењето на осигурувањето.

Осигурувачот му ја исплатува на осигуреникот осигурената сума најмногу еднаш во текот на траењето на осигурувањето.

Доколку осигуреникот почине по поднесувањето на барањето за исплата на надомест од ова осигурување, право на исплата на надомест од ова осигурување имаат неговите законски наследници.

КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО**Член 9**

Корисник на осигурувањето е самиот осигуреник и само тој има право на надомест од доброволното здравствено осигурување.

По исклучок од ставот 1 на овој член, паричниот надомест што доспеал за исплата, а е неисплатен поради смрт на осигуреникот опфатен со доброволното здравствено осигурување за случај на тешки болести, им се исплатува на законските наследници.

ОБЕМ НА ОБВРСКИ НА ОСИГУРУВАЧОТ**Член 10**

Ако настане осигурен случај, осигурувачот има обврска да го исплати надоместот во висина на осигурената сума што е наведена во полисата за осигурување за секој поединечен осигуреник, во согласност со осигурените ризици наведени во членот 6 став 2 од овие Услови.

Осигурувачот е должен обврската од ставот 1 од овој член да ја изврши во рок од 14 дена, сметано од денот на комплетирање на документацијата врз основа на која се утврдени постоење на обврската на осигурувачот и нејзиниот износ.

ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ**Член 11**

Ако настане осигурен случај - тешка болест предвидена со овие Услови, осигурувачот има обврска на осигуреникот да му исплати надомест од осигурување, и тоа:

- 50% од договорената сума на осигурување за тешки болести ако кај осигуреникот настапила тешка болест во првите 4 месеци од траењето на осигурувањето;

- договорената осигурена сума за тешки болести ако кај осигуреникот тешката болест настанала како последица на незгода;

- договорената сума на осигурување за тешки болести ако кај осигуреникот настапила тешка болест по истекувањето на 4 месеци од траењето на осигурувањето.

При обнова на осигурувањето, каренцата (исплата на 50 % од договорената сума на осигурување во првите 4 месеци од траењето на осигурувањето) не се применува, освен за вработени (новопријавени) што првпат го склучуваат ова осигурување.

Во текот на една година од траењето на осигурувањето, надомест од осигурување може да се исплати само за случај на настапување на една тешка болест.

Ако договорачот на осигурувањето не ја плати доспеаната премија во договорениот рок, за осигурен случај настанат по доспеаноста на премијата за плаќање, осигурувачот има обврска кон осигуреникот, односно корисникот, само за дел од осигурената сума сразмерно на платената премија за осигурување, односно само за толку 12 (дванесеттини) од утврдениот износ за исплата за колку што е платена премија за осигурување.

По наплатата на доспеаната премија за осигурување за осигурителната година во која настанал осигурениот случај, осигурувачот има обврска кон осигуреникот, односно корисникот, да го доплати неисплатениот дел од осигурената сума.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ**Член 12**

Осигурувачот не ги покрива ризиците од членот 6 на осигуреното лице кога:

- тешките болести се директно или индиректно резултат на состојба што не е пријавена во понудата за осигурување и за која медицински совет или медицински третман е даден од овластено медицинско лице пред склучувањето на договорот за осигурување;

- доказ за состојбата - тешката болест постоел пред склучувањето на договорот за осигурување, кој разумно би

предизвикал барање за дијагноза, медицинска нега или медицински третман од овластено медицинско лице.

Исклучени се сите обврски на осигурувачот ако осигурениот случај настанал како последица или во врска со кој било од следниве случаи:

- војна или воени активности, без разлика дали е објавена или не, и учество во вооружени сили;
- тероризам, бунт, револуција, граѓански немири, буна или вооружено востание;
- намерно самоповредување;
- земање лекарства што не се препишани од овластено медицинско лице, злоупотреба на алкохол или на наркотични супстанции или земање отровни супстанции;
- инфекција со вирус на хумана имунодефициенција (ХИВ) или присуство во организмот на осигуреното лице на антитела од вирус на хумана имунодефициенција (ХИВ), или ако осигуреното лице пати од синдром на стекната имунодефициенција (СИДА), освен во случаите наведени во членот 6, точки 8 и 9;
- кој било вид на радиоактивна или јонизирачка радијација;
- подготовка, обид или извршување на кривично дело со умисла, како и при бегство по такво дело;
- учество во екстремни спортови, како на пример: нуркање со апарат за кислород, трки со автомобили и мотори, скокови со падобран, летање со параглајдер, банџи-скокање, рафтинг и слично;
- професионално занимавање со спорт;
- вродени аномалии и оштетувања при раѓање.

ПРИГОВОРИ ОД ОСИГУРЕНИЦИТЕ

Член 13

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.

ПРАВО НА ЖАЛБА

Член 14

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

НАДЛЕЖЕН СУД

Член 15

Во случај на спор меѓу договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот и осигурувачот, месно е надлежен Основниот суд Скопје 2, Скопје.

Претседател на Управен одбор

Бошко Андов