

I. ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

(1) Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување за болничко и вонболничко лекување (во понатамошен текст: Дополнителни услови) и Општите услови за доброволно здравствено осигурување (во понатамошен текст: Општи услови) се составен дел од договорот за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување (во понатамошен текст: Договор за осигурување) што Договорувачот на осигурувањето го склучува со УНИКА А.Д. Скопје (во понатамошен текст: Осигурувач).

(2) Општите услови за доброволно здравствено осигурување, Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување, полисата за доброволно здравствено осигурување која претставува писмена потврда за склучено осигурување, како и понудата за склучување на договорот за осигурување, претставуваат составен дел од договорот за осигурување.

(3) Во случај на несогласување на некои одредби од Општите услови и Дополнителните услови ќе се применуваат одредбите од Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување. Во случај на несогласување на некои одредби од условите и полисата за осигурување ќе се применуваат одредбите од полисата, а во случај на несогласување на печатени одредби од полисата и некои од нејзините ракописни одредби, ќе се применува последната.

(4) Одделни поими кои се користат во овие Дополнителни услови го имаат следното значење:

1. Давател на услугата (во понатамошен текст: Осигурувач) – УНИКА АД Скопје која во согласност со законот организира и спроведува доброволно здравствено осигурување.

2. Договорувач на осигурување – е правно или физичко лице кое на име и за сметка на Осигуреникот склучува договор за осигурување со Осигурувачот и кој е обврзан да ја плати премијата за осигурување од свои средства или од средствата на Осигуреникот (о негова дозвола)

3. Осигуреник – е физичко лице кое има склучено договор за осигурување, или за кого врз основа на негова согласност е склучен договор за осигурување со Осигурувачот и кои ги користи правата утврдени со договорот за осигурување, како и членови на семејство. Кај колективното осигурување осигуреник е физичко лице кои имам статус на студент или лице во работен однос вработен кај Договорувачот на осигурувањето, член на здружението со Договорувачот на осигурувањето или корисник на услугите на Договорувачот на осигурување, и кој по основ на склучениот договор за осигурување во случај на настанување на осигурен случај, ги користи правата утврдени во договорот за осигурување. Осигуреници можат да бидат само лицата на кои им е утврдено својство на осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, согласно со прописите од задолжителното здравствено осигурување.

4. Членови на семејство – се брачни другари, биолошки и/или посвоени деца на Осигуреникот до навршени 18 години, односно до навршени 26 години во случај да се на редовни студии.

5. Осигурително покритие – подразбира договорено основно покритие а доколку е посебно договорено и платена дополнителна премија и дополнително осигурително покритие.

6. Ново осигурено лице – е лице кое за време траење на договорот за осигурување се приклучува во доброволното здравствено осигурување.

7. Лимит – е максималниот износ кој претставува обврска за осигурувачот по поединечен медицински оправдан третман во рамките на договореното осигурително покритие за секое осигурено лице во текот на периодот на осигурување, а која е наведена во полисата, односно договорот за осигурување согласно овие Дополнителни услови.

8. Период на осигурување – е период од дванаесет (12) месеци кој се

пресметува од денот на почетокот на осигурување назначен во полисата.

9. Овластен лекар – е секое лице кое поседува диплома од признат факултет за медицински науки, кој има дозвола и е овластен за вршење на лекарска професија.

10. Медицински оправдан третман – здравствена услуга, медицинско – технички помагала, имплантанти, санитарски материјали или лек кој е медицински оправдан ако:

1. е соодветен и неопходен за дијагноза или лечење на болест или повреда покриена со полисата и дефинирана во овие Дополнителни услови;

2. е неопходен со цел спречување за настанување на болест (превентивна заштитна нега), оздравување, подобрување на здравствената состојба и/или спречување на влошување на здравјето на осигуреното лице;

3. не го надминува нивото на заштита кое е потребно за обезбедување на соодветно и безбедно лекување во количина, траење или интензитет

4. е пропишан од овластен лекар;

5. е во согласност со прифатените професионални стандарди од медицинската пракса;

6. ако не е експериментален или во фаза на истражување;

7. е пуштен во широка употреба за времетраење на договорот за осигурување.

11. Итен медицински случај – е болест или повреда која без неопходна медицинска помош може да го доведе осигуреникот до животна опасност. Под итна медицинска помош се подразбира и медицинска помош која се пружи во текот од 12 часа од моментот на прием на осигуреното лице со што би се избегнало настанување на итен медицински случај.

12. Несреќен случај – е секој ненадеен, неочекуван и непредвиден настан кој се случува вон волјата на осигуреникот, кој може да се идентификува за време и место на случување, и кој има директно надворешно и насилно влијание врз телото на осигуреникот, има за последица нарушување на здравјето кое бара медицинска помош.

13. Претходна здравствена состојба – подразбира секоја здравствена состојба која е последица од било која претходно дијагностицирана болест или за која претходно имало болничко лекување, лекување или лекови пред започнување на договорот за осигурување, т.е пред датумот назначен како почеток на осигурување во полисата, а за кое Осигуреникот знаел во моментот на склучување на договорот за осигурување. Претходната здравствена состојба особено се смета за хронична болест, повреда, болест или состојба за кое може да се очекува дека ќе трае подолг временски период од предвидениот датум на завршување и која може да доведе до трајна или привремена нега, во зависност од потребите.

14. Хируршка интервенција – значи секоја медицинска постапка, која се врши за време на операцијата, која е преземена за потребите на поставената дијагноза или третман на заболено осигуреното лице.

15. Вонболничко (амбулантно) лекување – е случај кога осигуреното лице добива медицински третман во болница, ординација за специјалистички консултации или во друга медицинска институција која е основана и регистрирана во согласност со законот и правниот систем на државата во која ја врши својата регистрирана дејност, и која официјално е призната како место каде што овој вид на лекување може да се врши и ги ограничува медицинските услуги кои не се признати како научни методи, и каде осигуреното лице не останува 24 часа непрекинато.

16. Болничко лекување – е случај каде осигуреното лице е примено во болница, сместен во болнички кревет за вршење на дијагностички прегледи или за лекување како последица од болест или повреда.

17. Болница – институција која е основана и регистрирана во согласност

со законот и правниот систем на државата во која ја врши својата регистрирана дејност лекување и пружење на медицински третман на болни и повредени лица, и каде осигуреното лице е под континуиран (дваесет и четири часа) надзор од медицински персонал, која има доволен број на дијагностички, лабораториска, хируршка и терапевтска опрема и со медицински услуги по признати научни методи.

18. Здравствени установи – се установи во Република Македонија или во странство кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерство за здравство или друг соодветен надлежен орган во странство како и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помага и други помагал.

19. Франшиза – иницијален (издвоен износ) на покриен трошок кој мора да биде платен од страна на Осигуреникот пред Осигурувачот да ја исплати штетата.

II ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 2

Договор за осигурување

(1) Договорот за осигурување може да се склучи како индивидуално, семејно или колективно осигурување, со едногодишен или повеќегодишен период на траење.

(2) Со Договорот за осигурување Договорувачот е обврзан да ја плати премијата на Осигурувачот, а Осигурувачот се обврзува кога ќе настане осигурен случај во смисла на овие Дополнителни услови, ќе ги надомести медицинските трошоци или трошоците за оправдан медицински третман договорени со осигурителното покритие.

(3) Трошоците за надоместоци за лекувањето кои ги обезбедува Осигурувачот, не може да бидат повисоки од максималната договорена осигурена сума наведена во полисата за осигурување за време на договорениот период на осигурување, или на максималниот лимит дефиниран со Дополнителните услови за секој поединечен третман во рамките на осигурителното покритие.

(4) Во рамките на овие Дополнителни услови, договорот за осигурување може да биде склучен како покритие за трошоците за лекување и медицински услуги како:

1. основно осигурително покритие
2. дополнително осигурително покритие

(5) Осигуреното лице е должно, во согласност со договореното осигурително покритие, да ги користи договорените медицински оправдани третмани во здравствени установи, на начин како што е дефинирано во договорот за осигурување.

(6) Осигурителното покритие важи на географската област која е јасно специфицирана и назначена во полисата за осигурување.

(7) Договорувачот на осигурувањето е должен да ги запознае сите осигурени лица со овие Дополнителните услови и покритието според издадена полиса.

Член 3

Договор за индивидуално и семејно осигурување

(1) Договорот за осигурување се склучува врз основа на писмена понуда, образец на Осигурувачот, во чии состав е и Прашалникот за здравствената состојба (во натамошниот текст: Прашалник).

(2) Понудата е дел од договорот за доброволно здравствено осигурување, и двете страни имаат обврска да го потпишат. Доколку Договорувачот и Осигуреникот не се исто лице, за договорот биде валиден потребен е и потписот на осигуреникот. Ако осигуреникот е малолетно дете, понудата ја потпишува родител или старател.

(3) Осигуреникот е должен правилно да го извести Осигурувачот за својата возраст и здравствена состојба.

(4) Осигурувачот го задржува правото од лица за кои, врз основа на прашалникот утврди дека постои зголемен ризик, да побара дополнителни медицински испитувања и анализи со цел комплетирање на сликата за здравствената состојба пред склучување на договорот за доброволно здравствено осигурување.

(5) Лекарски преглед е задолжителен за сите лица за кои Осигурувачот или лекар цензор и проценител на ризик процени дека постои потреба за дополнителна проценка на здравствената состојба во согласност со процедурите за преземање на ризик во случај на склучување на договор за индивидуално здравствено осигурување.

(6) Осигурувачот го задржува правото во писмена форма, да побара дополнителни информации кои што смета дека се неопходни за проценка на ризикот пред склучување на договорот за осигурување, наведени во став (5) од овој член.

Член 4

Колективен договор за осигурување

(1) Составен дел од договорот за осигурување е список на лица кои се опфатени во осигурување.

(2) Во колективниот договор за осигурување, секое осигурено лице може да вклучи во осигурување и членови на семејството и да ги сноси трошоците на премиите за членовите на семејството.

(3) Идентитетот на членовите на семејството може да се додаде во списокот на осигуреници во постоечката полиса за колективно осигурување, или може да се изготви посебна полиса која опфаќа само членовите на семејството на осигуреникот.

(4) Во случај на колективен договор за осигурување, полисата за осигурување на членови на семејството се издава во истиот период на осигурување како и полисата за колективно осигурување.

Член 5

Почеток и траење на обврските на осигурувачот

(1) Обврската на Осигурувачот започнува по истек на 24:00 часа од денот кој во полисата е назначен како почеток на осигурување, под услов да е платена премијата или рата од премијата, освен ако поинаку не е определено.

(2) Ако првата договорена премија не е платен до денот кој е назначен во полисата како почетокот на осигурување одговорноста на Осигурувачот започнува по истек на 24:00 часот од денот кога е платена во целост првата договорена премија.

(3) Доколку е договорен период на чекање (каренца) обврската на Осигурувачот почнува по истек на 24:00 часот од денот по истекување на периодот на чекање, под услов да е платена премијата, освен ако поинаку не е договорено.

(4) Обврските на осигурувачот за случај дефиниран во член 7 став (5) на Дополнителните услови ќе започне по истекот на 24:00 часот од денот кога се истечени осум (8) дена од денот кога Осигурувачот ја добива понуди за осигурување, под услов да е платена премијата или рата од премијата, доколку поинаку не е договорено.

(5) Обврските на Осигурувачот престануваат по истек на 24:00 часот од денот кој во полисата е назначен како ден на истек на осигурување, или во други случаи утврдени со овие Дополнителни и Општите услови.

(6) Осигурувачот нема да ги надомести трошоците направени во врска со медицински третман или лекување по истек на обврските на Осигурувачот согласно ставот (5) на овој член, без оглед на тоа дали лекувањето е започнато во текот на периодот на важење на договорот за осигурување. (7) Осигурувањето престанува да важи за секој осигурено лице, без разлика на кои период е договорено времето на траењето на договорот за осигурување, ако:

1. настапи смрт на осигуреникот, освен за осигурени членовите на семејството на осигуреникот до истекот на полисата ако премијата е платена за преостанатиот период на осигурување;
 2. осигуреното лице го изгуби статусот на осигурено лице во системот на задолжително здравствено осигурување;
 3. на осигуреникот му престанува работниот однос или членството кај Договорувачот, или престанува статусот на корисникот на услугите на Договорувачот кој беше основа за стекнување на својството осигурено лице, кај колективното осигурување;
- (8) Во секој случај, во колективното осигурување, со престанување на осигурувањето на осигуреникот престанува и осигурувањето на членовите

на семејството на осигуреникот, без оглед на причината за раскинување на осигурувањето, освен како што е дефинирано во претходниот став, точка 1 овој член.

Член 6

Стекнување на својство на Осигурено лице

(1) Според овие Дополнителни услови, по индивидуално или семејно осигурување може да се осигуруваа едно или повеќе лица, доколку се вклучуваат членови на семејството на осигуреникот.

(2) Според овие Дополнителни услови по колективно осигурување може да се осигуруваат група на лица, не помалку од пет (5) лица кои се во работен однос, или корисниците на услугите, или членови на Договорувачот на осигурување.

(3) Секое лице кое сака да се стекне со својство на осигурено лице е должно да пополни образец на понуда и прашалникот за здравствена состојба, освен за колективно осигурување.

(4) Прашалникот за здравствената состојба кај индивидуалните здравствено осигурување (во натамошниот текст: Прашалникот) се пополнува само при првото склучување на договор за здравствено осигурување кај истиот Осигурувач.

(5) Осигурувачот има право за лицето за кое врз основа на прашалникот од став (4) од овој член, утврди зголемен ризик, да го прифати во осигурување со зголемена премија, како што е дефинирано во член 7 овие Дополнителни услови. Исто така, Осигурувачот има право да ограничува или исклучува одредено покритие за овие лица или да им понуди променети услови во согласност со членот 7 овие Дополнителни услови.

(6) Договорено осигурително покритие предвидено со овие Дополнителни услови се однесува и за членови на семејство на осигуреникот, ако нивниот идентитет е наведен во полисата, договорот за осигурување, или листа на осигурени лица и ако за нив е платена премијата.

(7) По влегувањето во сила на договорот за осигурување, во осигурителното покритие може да се вклучуваат нови лица само ако лицето вклучено во осигурување е:

1. Кај колективното осигурување како ново лице кое е во работен однос, станува корисник на услугите на Договорувачот, односно станува член на Договорувачот – во тој случај Осигурувачот се доставува заверена потврда од страна на Договорувачот, односно работодавачот дека оваа лице влегува во работен однос, и станува член на Договорувачот на осигурување или корисник на услугите на Договорувачот по започнување на договорот за осигурување;

2. Во својство на брачен другар или вонбрачен партнер на Осигуреникот – со поднесување на документи до Осигурувачот во форма на извод од матична книга на венчани со што се докажува дека брачниот другар се здоби со тоа својство по започнување на договорот за осигурување, или доставување на документација со која се докажува пријава на живеалиштето на адресата на Осигуреникот во случај на вонбрачно заедништво;

3. Во својство на новородено дете на Осигуреникот – исклучиво само ако Осигуреникот и сите негови претходни деца (доколку ги има) се вклучени во осигурување и со доставување на изводот од матична книга на родени, се докажува дека детето е родено по започнување на договорот за осигурување, или Решение за посвојување, добиено од Центарот за Социјална Работа, како доказ дека посвоеното дете се стекна со овој својство по започнување на договорот за осигурување;

(8) Во случаите дефинирани во ставот (7) на овој член, Договорувачот на осигурувањето е должен во рок од триесет (30) дена од денот на настанатата промена да ја достави до Осигурувачот наведената документација

(9) Исклучување на одредени осигурени лица од осигурување пред истекот на период на осигурување е можно во случаите дефинирани во член 5 став (7) и (8) од овие Дополнителни услови, при што Договорувачот има обврска да го известува Осигурувачот за престанување на осигурувањето за одредени осигурени лица и да достави потврда на Осигурувачот дека настапил еден од случаите утврдени во член 5 став

(7) и (8) на овие Дополнителни услови како и да ја врати картичката за доброволно здравствено осигурување (во натамошниот текст: картичка) за тоа осигурено лице.

(10) Во случај на исклучување на лица од осигурување пред истек на договорениот период на осигурување, Осигурувачот пресметува премија само до датумот до кога трае осигурувањето за тоа лице, освен ако поинаку не е договорено.

(11) Во случај на злоупотреба на Картичката која не е навремено вратена на Осигурувачот по исклучување на одредено осигурено лице од осигурување, трошоците настанати за осигурен случај се на товар на осигуреникот односно Договорувачот.

(12) Во секој случај, исклучување или вклучување на лица во договорот за осигурување, по започнување на истиот, Осигурувачот го задржува правото да побара дополнителна документација која докажува постоене на основ за престанок или почетокот на осигурување.

Член 7

Предлог за осигурување со измена на условите

(1) Осигурувачот има право лицето кое во рамките на овие Дополнителни услови задолжително пополнува прашалник за здравствената состојба со цел прием во индивидуално здравствено осигурување, и за кого врз основа на прашалникот се утврдува дека постојат причини односно состојба поврзана со претходната или сегашната здравствена состојба и со тоа кај лицето се појавува зголемен ризик, го прифати во осигурување со измена на условите.

(2) Стандарден ризик преставува лице кое во моментот на пополнување на Прашалникот нема никакви болести или согласно мислењето на Осигурувачот има болест со незначителен ризик, односно болести кои немаат последици или болести кои се повторуваат.

(3) Зголемен ризик преставува лице кое нема повеќе субјективни физички или п лошки тегоби, и ги извршува сите животни и работата активности преку привремено или редовно лекување.

(4) Степенот на зголемен ризик во согласност со став (3) од овој член го утврдува лекар цензор и проценител на ризик на Осигурувачот врз основа на податоците од Прашалникот, во согласност со процедурите за проценка на ризик.

(5) Доколку Осигурувачот за некое лице утврди дека има зголемен ризик, Осигурувачот е должен, во рок од осум (8) дена од денот на приемот на Прашалникот, да се обрати до Договорувачот на осигурување во писмена форма, предлог за осигурување, со измена на условите и за истото да го известува Осигуреникот.

(6) Изменетите услови за склучување на договорот за осигурување за лицата кои преставуваат зголемен ризик можат да бидат:

1. ограничување односно исклучување на одредени осигурителни покритија за болести и состојби, имајќи во предвид отстапувања од стандардниот ризик или последица од претходната здравствена состојба,

2. примена на одредени Дополнителни каренци за надоместување на медицински трошоци за одредени покритија а кои се дефинирани во процедурата за проценка на ризик,

3. зголемување на премијата за лице кое претставува зголемен ризик.

(7) Исклучување на поединечни покритија за лице кое претставува зголемен ризик, во овој случај се наведени во полисата за осигурување, или на посебен документ кој е составен дел од полисата.

(8) Доколку Договорувачот на осигурувањето не ги прифати во писмена форма предложените измени во условите во рок од осум (8) дена од денот на приемот на препорачано писмо со предлогот на Осигурувачот, ќе се смета дека се откажал од осигурувањето за лицето кое претставува зголемен ризик.

Член 8

Период на чекање (каренца)

(1) Период на чекање (во натамошниот текст: каренца) подразбира временски период кога се исклучени обврските на Осигурувачот доколку настапи осигурен случај, без оглед дека договорот за осигурување е на сила. (2) Каренца се смета од почетокот на договорот за осигурување,

односно од почетокот на осигурување за ново осигурено лице, под услов до тој датумот да е платена првата доспеана договорена премија, освен ако поинаку не е договорено.

(3) Доколку доспеаната премија не е платен до почетокот на договорот за осигурување, каренца се смета по истек 24:00 часот од денот кога е платена првата договорена премија.

(4) Општата каренца е четири (4) месеци, освен во случаи дефинирани во член 15 од овие Дополнителни услови.

(5) Каренцата не се применува за лица со континуитет во осигурување, односно не се однесува на лица кои се здобиле со статус осигурено лице со претходната полиса за осигурување и за која е веќе истечена каренцата во периодот на траење на претходната полиса.

(6) Каренца не се применува доколку настапи несреќен случај (незгода), како и кај хируршки интервенции како последица од несреќен случај.

(7) За време на обновување на осигурувањето, доколку за одредено лице, каренцата не е целосно истечена во период на траење на претходната полиса, преостанатиот период на претходната каренца се пренесува на следниот период на осигурување според новата полиса.

Член 9

Известување на Осигурувачот

(1) При склучување на договорот за индивидуално здравствено осигурување, осигуреното лице е должно во Прашалникот на Осигурувачот да ги наведе сите релевантни околности кои се значајни за проценка на ризикот, а кои му се познати или кои не можат да му останат непознати.

(2) Како важна околност се смета секоја околност за која Осигурувачот поставил прашање во писмена форма преку Прашалник и секоја друга околност која е позната на осигуреното лице и е значења за предметот на осигурување.

(3) За времетраење на договорот за осигурување, Договорувачот е должен да пријави кај Осигурувачот ново настанатите околности поврзани со осигуреното лице, како што е промена на статусот како осигурено лице во системот на задолжително осигурување, промена на адреса, занимање или брачна состојба, како и да достави информации за сите други значајни промени кои влијаат на информациите дадени при склучување на договорот за осигурување или на правото склучување во осигурување за осигуреното лице.

Член 10

Осигурен случај

(1) Осигурен случај претставува иден неизвесен настан кога на осигуреното лице поради нарушување на здравјето (болест или повреда) е извршен оправдан медицински третман, кој е предмет на договорот за осигурување и чии трошоци треба да се помират на здравствена установа или осигуреното лице.

(2) Нарушувањето на здравствената состојба во смисла од став (1) од овој член мора да биде утврдено од страна на овластен лекар.

(3) Под осигурен случај се сметаат трошоци за лекување на итен стоматолошки третман кој е остварен ургентно во волница или стоматолошка ординација предизвикана од силна болка или како последица од некоја несреќа. Третманот мора да биде остварен 24 часа од појавата на симптомите.

(4) Само ако е посебно договорена и платена дополнителна премија, осигурениот случај се сметаат и трошоците за медицински разумен третман, односно лекување за дополнително осигурително покритие која може да биде договорена да ги покрие трошоците за:

1. систематски прегледи;
2. офталмолошки услуги;
3. стоматолошки услуги;
4. физикална терапија;
5. лекови на рецепт.

(5) Осигурениот случај започнува со почеток на медицински третмани односно лекување, а завршува во моментот кога од медицинска гледна точка, не постои повеќе потребата за лекување, бидејќи е постигнато

лекување или стабилност на здравствената состојба и нејзино понатамошно подобрување или влошување не е сигурно.

(6) Осигурениот случај во секој случај, завршува на денот на истек на договорот за осигурување.

Член 11

Надомест на трошоци за лекување

(1) Кога настанува осигурен случај, Осигурувачот ќе ги надомести разумните и вообичаени трошоци настанати во врска со лекување на осигуреното лице, со нудење на здравствени услуги максимум до износот на осигурената сума наведена во полисата, односно за одредени здравствени услуги до лимитот за таквата услуга, предвидени во овие Дополнителни услови, договорот за осигурување, односно полисата.

(2) Сите трошоци во врска со лекувањето или медицинските услуги во износ поголем кои го надминуваат износот на осигурената сума, односно го надминуваат утврдениот лимит, се на товар на Осигуреникот.

(3) Разумни и вообичаени трошоци наведени во став (1) на овој член се оние трошоци на медицинско лекување, кои не се поголеми од нивото на цената во слични институции во земјата во која се врши медицинско лекување, во случај за исти или слични медицински третман – лекување, услуги или помош на лица од ист пол и слична возраст, за слична болест или повреда.

(4) Лекување, односно медицински третман е секоја медицинска или хируршка процедура која согласно општо прифатените правила на медицинска пракса се смета дека е соодветна за намалување на симптомите од болеста, подобрување на здравјето или спречување на влошување односно целосно излекување на болеста.

(5) Лекувањето односно медицинскиот третман може да се обезбеди како болнички и / или вонболничко (амбулантно) лекување.

(6) Максималната договорена осигурена сума, односно лимитите за поединечно покритие наведени се во полисата и договорот за осигурување.

(7) Осигурителното покритие за трошоци за медицински третман, односно лекување може да се договори како:

1. основно осигурително покритие;
2. дополнително осигурително покритие.

Член 12

Основно осигурително покритие

(1) Основно осигурително покритие подразбира настанати трошоци за оправдани медицински третман преку осигурително покритие, вонболничко (амбулантно) и болничко лекување дефинирани во член 13, 14 и 15 од овие Дополнителни услови.

(2) Во случај на настанување на осигурен случај во рамките на основното осигурително покритие, осигуреното лице има право на надоместок за медицински трошоци настанати во вонболнички (амбулантски) или болнички третман максимум до договорената осигурена сума и лимитот дефиниран во овие Дополнителни услови за поединечно осигурително покритие.

Член 13

Вонболничко (амбулантно) лекување

(1) Вонболничко (амбулантно) лекување ги вклучува трошоците за медицински третман, односно лекување на осигуреното лице во здравствената установа како давател на здравствени услуги, која е официјално призната како место каде што ваквиот третман може да се врши. Во вонболничкото (амбулантното) лекување медицинските услуги мора да бидат научно признати методи кои се клинички тествани и прифатени во земјата во која важи осигурителното покритие и согласно со полисата, и во исто време осигуреното лице нема поминато во институцијата 24 часа непрекинато (престојување преку ноќ, односно лежење во болнички кревет).

(2) Услугите на вонболничкото (амбулантното) лекување ги опфаќаат следните осигурителни покритија:

1. Надоместокот за преглед кај овластен лекар во мрежа на здравствени установи каде Осигуреникот е на вонболничко(амбулантно) лекување, која

вклучува преглед кај општ лекар и специјалист од било која специјалност спрема медицинска индикација.

2. Трошоците за домашна посета на овластен лекар се надоместуваат само во итни ситуации по проценка на овластен лекар и медицински индикации.

3. Надоместот за дијагностички методи – процедури, лабораториски тестови, тестови и анализа од страна на медицинска индикација, а само по препорака на овластен лекар (не постари од 6 месеци), кои се неопходни за воспоставување на здравјето, подобрување на здравјето или да се спречи влошување на здравјето на осигуреникот. Дијагностичките методи, по барање на лиценциран лекар, според медицинска индикација и дијагноза вклучуваат:

1. лабораториски испитувања, сите потребни дијагностичка лабораторија;

2. радиолошки испитувања, вклучувајќи: ултразвук, X-зраци (UZ), радиографија (RTG), ренгеноскопија, ЦТ и МР;

3. ендоскопски процедури;

4. биопсија;

5. ергометрија;

6. спирометрија;

7. ЕЕГ, ЕМГ, ЕМНГ, ЕКГ, Холтер ЕКГ;

8. други медицински индицирани дијагностички процедури.

4. Надомест за трошоци за санитарско возило, возило од приватна пракса, само во итни медицински случаеви и под услов транспортот да е договорен од овластен лекар.

5. Трошоци кај матичен лекар односно издавање терапија, која претставува надомест за работата на матичниот лекар и техничко медицинско лице за спроведување на терапија на лекови за кои е издадена дозвола за пуштање во употреба во територија утврдена во договорот за осигурување.

6. Надоместок за медицинско-техничко помагало – привремена и трајна медицинска опрема и протетика само доколку е пропишана од страна на овластен лекар која може да се договори максимум до лимитот дефиниран во табелата на покритие, со исклучување на миоелектрични и естетски помагала.

7. Надоместок за психијатриски третман – медицински третман на менталната состојба, дијагностицирана од медицинско лице – психијатар, и се одвива согласно меѓународните критериуми, со посебна каренца од 24 месеци.

8. Надомест за препишување на терапија, која претставува надомест за извршената работа на овластен лекар и квалификуван медицински техничар, трошоци за користење на на медицинска, односно техничка опрема, трошоци за препишување на лекови и радиолошки материјали и други материјални трошоци спроведени за следните видови на терапија: медикаментоза, инекции, инфузии, физикална, рехабилитација и логопедија.

(3) За користење на услуги за вонболнички (амбулантни) лекување Осигуреникот има право на надомест на трошоци максимум до висина на договорена осигурена сума, и дефиниран лимит, договорен во полисата, односно договорот за осигурување за ова покритие во текот на годишниот период на осигурување.

Член 14

Болничко лекување

(1) Болничко лекување вклучува надомест на медицински третман односно лекување во установата кои се во согласност со закон и како такви се смета болница како снабдувач на здравствени услуги, која е регистрирана во согласност со законот и е основан во согласност со правниот систем на земјата каде важи осигурителното покритие, каде осигуреното лице е под постојан надзор на медицински персонал, која има доволен број на дијагностичка, лабораториска, хируршка и терапевтска опрема. Во болничкото лекување медицинските услуги мора да бидат научно признати методи кои се клинички тестирани и признати во земјата во која важи осигурителното покритие согласно полисата за осигурување, а при тоа осигуреното лице во установата зазема кревет со цел лекување кое

трае повеќе од 24 часа непрекинато (во континуитет).

(2) Болничко лекување не се смета сместување на осигурено лице во стационаран вид на установа како што се:

1. дневна болница;

2. установа за одвикнување на зависности;

3. душевна болница;

4. стационарна здравствена установа од областа на рехабилитација (бањи);

5. хидроклиники;

6. санаториуми;

7. домови за нега на болни;

8. старечки домови и геријатриски установи;

9. медицински центри, центри за одмор, губење на тежината и опоравување.

(3) Услугите за болничко лекување опфаќаат исклучиво само:

1. Надомест на трошоци за сместување во болница и исхрана која е медицински дозволена и која е препорачана од страна на овластен лекар за време на болничко лекување. Кога е во прашање надомест на трошоци за сместување и исхрана, и ако болницата во која осигуреното лице е на лекување има капацитет и можност му пружи на истото осигурено лице, Осигурувачот, ќе надомести трошоци во случај на:

1. сместување во соба каде на осигуреното лице се нудат услуги во болничка здравствена заштита над утврдените стандарди.

2. Надомест за трошоци за сместување на еден родител како придружба на дете до 16 годишна возраст, до лимит наведен во листата на покритие.

3. Надомест за овластен лекар за сите специјалности од здравствената установа, односно болница во која осигуреното лице се наоѓа на болничко лекување, а што подразбира преглед кај специјалист од била која специјалност.

4. Надомест за дијагностички методи – процедури, лабораториски испитувања, тестови и анализи по медицинска индикација и исклучиво по препорака на овластен лекар кои се неопходни за воспоставување на здравјето, подобрување на здравствената состојба или спречување на влошување на здравјето на Осигуреникот. Дијагностички методи, кои се по барање на овластен лекар, а се во согласност со медицинска индикација и дијагноза подразбира:

1. лабораториски испитувања, сите потребни дијагностичка лабораторија;

2. радиолошки испитувања, вклучувајќи: ултразвук, X-зраци (UZ), радиографија (RTG), ренгеноскопија, ЦТ и МР;

3. ендоскопски процедури;

4. биопсија;

5. ергометрија;

6. спирометрија;

7. ЕЕГ, ЕМГ, ЕМНГ, ЕКГ, Холтер ЕКГ;

8. други медицински индицирани дијагностички процедури.

5. Надомест за препишување на терапија, која претставува надомест за извршената работа на овластен лекар и квалификуван медицински техничар, трошоци за користење на на медицинска, односно техничка опрема, трошоци за препишување на лекови и радиолошки материјали и други материјални трошоци спроведени за следните видови на терапија: медикаментоза, инекции, инфузии, физикална, рехабилитација и.

6. Надомест за интервенции со која се подразбира: интервенција со локална анестезија, интервенција во општ ендотерехеална анестезија и лапароскопска интервенција.

7. Надомест за трансплатација на органи која подразбира – хируршка интервенција која вклучува трансплатација на следните органи/ткива: коскена срж, рожницана око, срце, срце/стен, бели дробови, бубрези, мускулни клетки/скелет, панкреас, паратиroidна жлезда. Трошоците за пронаоѓање и набавка на органите не се предмет на осигурување.

8. Надомест за лекови и санитарски материјал препишан за употреба за време на болничко лекување, со исклучок на надомест за лековита и минерална вода, додатни препарати и исхрана и средства за зајакнување,

косметички средства, средства за лична нега и нерегистрирани лекови и препарати согласно националниот регистар за лекови.

9. Надомест за медицинско-технички помагала, а максимум до лимитот дефиниран во покритието.

10. Надомест за трошоците за операцијата, која вклучува надоместок за доктори хирурзи, за анестезиолози, лекари кои асистираат и помошен персонал (квалификувани медицински сестри и други здравствени работници), вклучувајќи ги и трошоците за пред оперативна припрема настанати од прием во болничко лекување до операција, интензивна нега и дополнително лекување (постоперативна нега до отпуштањето од болница), максимум до сумата на осигурување договорена во полисата. Во трошоците за операција спаѓаат и импланти пропишани од овластен лекар, максимум до лимитот дефиниран во покритието.

11. Неопходни медицински транспортни трошоци за репатриација или евакуација со амбулантен превоз, по копнен или воздушен пат, до лимит наведен во листата на покритие.

(4) За користење на услуга за болничко лекување Осигуреникот има право на надомест на трошоци максимум до договорена осигурена сума, и дефиниран лимит, договорен во полисата, односно договорот за осигурување за покритието во текот на годишното осигурување.

Член 15

Здравствена заштита на трудници и породување

(1) Основното осигурително покритие опфаќа и здравствена заштита на трудници и породување, врз основа на која осигуреното лице има право да надомести трошоци за медицински оправдан третман настанат како последица од вонболничко или болничко лекување максимум до лимитот утврден со покритието, а во рамките на осигурената сума.

(2) Обврската на Осигурувачот во врска со здравствената заштита на трудница, започнува по истек на периодот на чекање од десет (10) месеци.

(3) Се смета дека настанува бременост пред почетокот на осигурување доколку матичниот гинеколог на осигуреното лице потврди датум на пораѓај пред рокот од десет (10) месеци пресметани од денот на првото склучување во осигурување на тоа лице, односно од датумот на плаќање на доспеаната премија доколку таа не е платена до датум на почеток на договорот за осигурување.

(4) Ставот (2) и (3) не се применува во случај кога осигуреното лице имало договорено покритие за здравствена заштита на трудници со претходната полиса за осигурување со истиот Осигурувач и ако немало прекин во осигурување.

(5) Меѓутоа, ако во текот на периодот на осигурување во осигурувањето се вклучуваат нови лица во својство на брачен другар или невенчан партнер на осигуреникот, за користењето на здравствените услуги за заштита на трудници и породување Осигурувачот нема никаква одговорност ако бременост започнала пред почеток на осигурување.

(6) Во максималното годишно покритие за трошоците за здравствена заштита за трудници и породување вклучени се следниве медицински оправдани третмани, односно надоместоци:

1. за прегледи, брисеви, лабораториски испитувања како што се комплетна крвна слика, основна биохемија, анализа на урина, согласно препораката од овластен лекар – гинеколог кој ја води бременоста;
2. трошоци за ултразвук прегледи на плодот (фетусот);
3. дополнителни ултразвук прегледи (специјални ултразвук);
4. дополнителни ултразвук прегледи во случај на висока ризична бременост или компликации врз основа на образложението и документираното уверение од овластен лекар гинеколог за медицинска потреба;
5. за биохемиски скрининг на хромозомски аберации, согласно медицински индикации;
6. за инвазивна пренатална дијагноза во однос на амниоцентеза биопсија на хорионски чупица, хордоцентеза и слично доколку е препорачано од страна на матичен гинеколог;
7. вкупните трошоци за породување, максимум до износот одреден во табелата на покритие (за епидурална анестезија, апартманско сместување, присуството на таткото за време на породување, надоместок за лекар,

медицински сестри, анестезиолози, царски рез само ако е медицински препорачано).

(7) Часови за трудници, односно припремите за породување се исклучени од осигурителното покритие.

Член 16

Дополнително осигурително покритие

(1) Покрај основното осигурително покритие, доколку се уплати дополнителна премија може да се договори и покритие на трошоци настанати за медицински оправдани третмани преку дополнително осигурително покритие, и тоа:

1. систематски преглед;
2. офталмолошки услуги;
3. стоматолошки услуги;
4. лекови по рецепт;
5. физикална терапија.

(2) Ако во една полиса има повеќе осигурени лица, дополнителното осигурително покритие може да се договори само под услов дополнителното покритие да ги вклучи сите осигурени лица.

(3) Ако во текот на периодот на осигурување се вклучува ново осигурено лице, овие лица имаат право на целосно дополнително покритие без оглед на фактичкото времетраење на осигурувањето за нив, со обврската Договорувачот да го уплати целиот износ на годишната премија за дополнителни покритие за тие лица.

(4) Без оглед на договорената сума на осигурување по полисата и договореното дополнителното покритие, постои лимит одреден во Табелата на покритие, како составен дел од Полисата.

(5) За сите дополнителни покритија ќе се применуваат сите исклучоци дефинирани во член 23 и 24 во овие Дополнителни услови.

Член 17

Систематски преглед

(1) Систематски преглед вклучува еден систематски преглед годишно чии трошоци може да се договорат максимум до лимит наведена во табелата на покритие наведен во полисата. Во систематскиот преглед може да вклучи било кој од наведените услуги:

1. Комплет крвна слика
2. Комплет урина
3. Гликемија
4. Креатинин, Асотеми
5. Билирубин, SGPT, SGOT
6. HBsAg
7. CEA (тумор маркер)
8. TSH, FT4
9. Масти
10. Ехо на абдомен
11. Спирометрија
12. Ехо на срце
13. Стрес тест
14. Патолошки консултации
15. PSA (ростат)
16. Ехо на гради
17. PAP тест

(1) за осигурени лица постари од 18 години старост:

1. i. Квалитативен преглед на урина со седименти
- ii. Комплетна крвна слика (Er, Le, Hb, Hct, Le формула), и глюкоза во крв
- iii. AST
- iv. ALT
- v. Уреа, креатинин, триглицериди
- vi. Холестерол – вкупен холестерол, ХДЛ и ЛДЛ холестерол
2. Гинеколошки преглед, колпоскопски преглед, ПАП тест, ултразвук, ултразвучно испитување на дојката (за жени)
3. Преглед кај уролог и ултразвук на простата, PSA (за мажи)
4. Преглед кај лекар интернист
5. Клинички кардиолошки преглед, ЕКГ, ултразвучни преглед на срце

согласно медицинска индикација за овластен лекар

6. Ултразвучно испитување на горниот абдомен
 7. Завршен преглед и заклучок
 8. Дополнителни специјалистички прегледи или дијагностички процедури до лимитот на систематскиот преглед.
- (2) Доенче (до една година старост)
1. Крвна слика
 2. Гликемија
 3. Урина
 4. Ултразвук ка кукови
 5. Антропометријски мерења
 6. Педијатриски преглед
- (3) Дете од навршени една година до 18 години
1. Крвна слика
 2. Гликемија
 3. Урина
 4. Копрокултура
 5. ЕКГ
 6. Клинички преглед од педијатар
 7. Антропометријски мерења
 8. Брис од нос и грло
 9. Преглед кај офталмолог, оториноларинголог или ортопед специјалист
 10. Спирометрија

Член 18

Офталмолошки услуги

- (1) Офталмолошките услуги може да вклучуваат специјалистички офталмолошки преглед и наредни офталмолошките услуги во текот на осигурителната година:
1. Набавка на рамки (за очила)
 2. Унифокално стакло
 3. Бифокално
 4. Трифокално
 5. Контактни леќи
- (2) За користење на офталмолошки услуги осигуреното лице има право, во текот на една осигурителна година, на надомест на трошоци во износ до лимитот за офталмолошки услуги дефинирани во табелата на покритие.
- (3) Обврската на Осигурувачот е исклучена во следните случаи:
1. радијална кератомија или било која друга хируршка процедура (вклучувајќи ласерски третман) за подобрување на видот;
 2. очила за сонце и/или соодветен прибор за очила.

Член 19

Стоматолошки услуги

- (1) Под стоматолошки услови се подразбира:
1. Превентивен третман – вклучува рутински преглед, стоматолошки инструкции, третман со флуорит.
 2. Основни Ресторативни – вклучувајќи амалгам и композитни пломби.
 3. Поголеми реставрација – вклучувајќи пополнување на корените, корони и пломбирани мостови, (вклучувајќи ги и трошоците за лабораторија и анестезија), вадење на умник, пародонтот чистење на камен и коренот, орална хируршка интервенција.
 4. Ортодонтски третман – Модели за анализа (вклучувајќи панорамски рендгенски снимки), отоци, мобилните жични апарати (протези). Ортодонтски третман е дозволено само со писмена согласност од осигурувачот и тоа само за осигурено лице до 30-годишна возраст.
- (2) За користењето на стоматолошки услуги осигуреното лице има право, во текот на една осигурителна година, на надомест на трошоците до лимитот на стоматолошки услуги дефинирани во табелата на покритие.
- (3) Обврската на осигуреникот е исклучена во следните случаи:
1. козметички третман
 2. вештачки заби
 3. било какви керамички надградби забни импланти
 4. имплант на заби
 5. фиксни протези

6. повеќе површински пломби (onlay)
7. фасете и сите поврзани трошоци

Член 20

Лекови на рецепт

- (1) Лекови на рецепт опфаќа лекови препишани од страна на овластен лекар. Максималниот износ на надоместоци, односно лимитот на трошоците за лекови препишани на рецепт, утврден е во табелата на покритие, по осигурено лице во текот на осигурителната година, со тоа што максимално е дозволено е одеднаш да се препише лек во тераписката доза за наредните шеесет (30) дена.
- (2) Лек се смета производ кој има добиено дозвола за пуштање во употреба во земјата на покритие и производ кој нема добиено дозвола за пуштање во употреба во земјата на покритие а кој се увезува врз основа на одобрение од надлежен орган во согласност со законот на земјата на покритие.

Член 21

Физикална терапија

- (1) Физикална терапија согласно медицинска индикација, и доколку се применува болничко или вонболничко (амбулантно) подразбира:
1. Кинезотерапија
 2. Електротерапија
 3. Ласерска терапија
 4. Магнетотерапија
 5. Ултразвучна терапија
 6. Термо терапија
- (2) Тераписки третман од областа на физикалната медицина може да се пружи од страна на квалификувани терапевти. Само во случај кога осигуреното лице е неподвижно, физикалната терапија може да се спроведе и во домашни услови, од претходно задолжително одобрение од лекар цензор.
- (3) За користење на физикална терапија осигуреното лице има право, во текот на една осигурителна година, на надомест на трошоци до лимит за физикална терапија дефиниран во табелата на покритие.

Член 22

Општи исклучи на обврските на осигурувачот

- (1) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за превентивна програма за вакцинација, имунопрофилактика и хемопрофилактика, кои се задолжителни према програмата за имунизација на населението против одредени видови заразни болести во Р. Македонија.
- (2) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за лекување настанати како последица или поврзани со:
1. Репродуктивни третман и тоа:
 1. контрацепција за мажи и жени (контрацепција и нејзини последици);
 2. вазектомија и стерилизација;
 3. сексуална дисфункција;
 4. абортусот и неговите последици – ако тоа е направено за психолошки или социјални причини, неопходен абортусот освен во итни медицински случаи односно од медицински причини како што се: структурни или хромозомски оштетувања на плодот, здравствена состојба каде се загрозува животот на мајката, спонтан абортус и медицински индициран абортус;
 5. лекување на неплодност, сите подготвителни третмани за вештачко оплодување и лекови и било кој друг облик на вештачко оплодување;
 6. после стерилизација, враќање во претходна состојба;
 7. хируршки зафат за промена на полот;
 8. лекување со вијагра или генеричка замена.
 2. Хируршки зафат по сопствена желба, имплантанти и корективно медицинско – технички помагала и тоа:
 1. кои служат за естетски цели, без разлика дали се користи од психолошки причини или, вклучувајќи и стоматолошки естетски третман, како и последица од истите, со исклучок на импланти кај тоталната мастектомија;
 2. хируршки зафат и процедура по сопствена желба, третман и/или хируршки зафат кој не е медицински неопходен;

3. отстранување на бенки по сопствена желба;
4. обрежување – ако не е медицински индицирано;
5. набавка на апарати за слушање;
6. користење на капацитет и здравствени услуги од итна служба за случај кој не е итен медицински случај;
7. Амбиентална терапија поради одмор и/или набљудување;
8. Терапија за одвикнување од било кој вид зависност;
9. Услуги и третмани во рамките на болничко лекување во сите објекти за долгорочна нега, хидро клиника, стационарни здравствени установи специјализирани за рехабилитација (бањи), санаториуми или домови за старци (геријатриски установи) кои не се сметат како болници;
10. Сите трошоци за криопрезервација и имплантација или реимплантација на живи клетки;
11. Набавка на ортопедски обувки, ортопедски влошки или други помагала за поддршка на стапала како што се: потпора за табани, сите помагала кои произлегуваат од дијагноза на слаби, преморени, нестабилни или рамни стапала или спуштени табани;
12. Сите трошоци поврзани со специфични повреди на стапала како што се: жулеви, клавиш, израстоци;
13. Третман за намалување на тежина или програма за намалување на телесна тежина, операција за вградување на гастрични балони, нутристички советувања, обука поврзана со исхраната;
14. Третман за подмладување;
15. Сите видови на масажи;
16. Терапии за вежбање, освен кинезотерапија, без оглед дали се препишани од овластен лекар;
17. Долготрајна рехабилитациона терапија (која трае подолго од еден месец), без оглед дали истата е препишана од овластен лекар;
18. Надомест за лекување кое е понудено од лица кои немаат дозвола за вршење на здравствени услуги;
19. Услуги, препарати и средства кои не се препишани од страна на овластен лекар и кои не се наменети за лекување на осигуреното лице;
20. Здравствени услуги без одобрение од страна на овластен лекар на осигуреното лице, со исклучок ако се однесува на третман во итни медицински случаи кога овластениот лекар на осигуреното лице е целосно информиран за третманот и може да поднесе оштетно побарување;
21. Експериментален медицински третман кој подразбира третман кој не е научно или медицински докажан
22. Останати трошоци кои опфаќаат:
 1. сите трошоци кои се над стандард и обични трошоци во смисла на овие Дополнителни услови;
 2. сите трошоци за дополнително осигурително покритие која не е договорено и за која не е платено дополнителна премија;
 3. трошоци за купени предмети за лична нега за време на престој во болница;
 4. Трошоци на лекови со рецепт како што се витамини, лековити билки, лекови за настинка, лекови во експериментална и истражувачка фаза, како и сите други останати лекови кои може да се купуваат без рецепт и ако ги препорача односно препише овластен лекар, лековита и минерална вода, медицинско вино, додатни препарати во исхрана и средства за зајакнување на имунитет, средства за закрепнување, козметички средства, средства за лична нега и нерегистрирани лекови и препарати;
 5. Трошоци за иновативни односно оригинални лекови на рецепт кога постои и генеричка замена, освен ако лекарот има назначено дека е неопходен назначениот лек;
 6. Трошоци настанати затоа што болницата практично е или може да се третира како дом или стален престојувалиште на осигуреното лице;
 7. Сите немедицински трошоци;
 8. Трошоци поврзани со медицински третман настанат после датумот на истек на полисата, а кои се како последица од незгода, болест или бременост во текот на осигурителната година, освен ако полисата е

- обновена, или ако трошоците се настанати за медицински оправдан третман кај лице со континуитет во осигурување, исклучувајќи препишани лекови во терапевтска доза во дозволена количина за шеесет (60) дена, а препишани во текот на осигурителната година и ако овој тип на покритие е договорено;
9. Упатства за употреба и одржување на трајна медицинска опрема;
10. Прилагодување на возило, купатило или живеалиште за лични потреби;
11. Трошоци за сите медицинско технички помагала која се издава без налог;
12. Медицинско технички помагала од групата на останати помошни помагала и санитарни справи за употреба во вонболнички услови и за одредена цел како: инсулински пумпи, моторизирана инвалидска количка или кревет, болнички кревет со трапез, дополнителни точаци, собна дизалица, антидекубитус душеци, појаси, предмети за зголемување на удобноста (како што се телефонски држачи маси кои се поставуваат преку креветот), предмети кои се користат за промена на квалитетот на воздухот или температурата (како што се клима уред, овлажнувач, исушувач и пречистувач на воздух), материјали за еднократна употреба, статичен велосипед, ламба за сончање или греење, перници за греење, биде, седиште за тоалет, седиште за када, сауна, лифтови, џакузи, опрема за вежбање и слични предмети.
23. Малоклузивниг третман или темпоромандибуларниг заболување на зглобови;
24. Болничко лекување во здравствени установи, болници, одделенија или слични стационарни установи за ментално здравје.

Член 23

- (1) Исклучени се сите обврски на осигурувачот:
1. ако осигурениот случај е настанат пред првото вклучување на договор за осигурување и трае до моментот на склучување на договорот за осигурување по кое осигуреното лице се стекнува со својство на осигурено лице или доколку осигурениот случај трае после истекот на договорот за осигурување;
 2. кога за осигурениот случај има потреба за болничко лекување како последица на претходна здравствена состојба кај лице пред првото склучување на договорот;
 3. кај сите дополнителни покритија дефинирани во член 16 од овие Дополнителни услови, доколку не е договорено и платена дополнителна премија;
 4. Осигурувачот нема да ги надомести трошоците за превоз до установа во Мрежата на здравствени установи; Осигурувачот нема да ги надомести трошоците кои настанале од медицински третман или лекување кое започнато пред почетокот на осигурување;
- (2) Исклучени се сите обврски на осигурувачот ако осигурениот случај е настанат:
1. како последица на намерно и крајно невнимание на осигуреното лице, вклучувајќи и несреќа во сообраќајот;
 2. како последица на учество на осигуреното лице во кривично дело;
 3. состојба под дејство на алкохол, наркотици и слично;
 4. како последица од намерни акти на осигуреното лице, како што се: самоубиство, обид за самоубиство или душевна болест (лудило) на осигуреното лице, намерно самоповредување, лекување од алкохолизам, зависности од дрога и други наркотични (халуциногених) производи;
 5. кога осигуреното лице се занимава со ризични и опасни активности или спортови, како што се: лов, акробатика, нуркање, едрење, спелеологија, планинарење, ракување со пиротехники средства, огномети, муниција и експлозивни, падобранство, ски скокови, возење, акробатски скијање, банџи скокање, автомобилски трки и слично;
 6. како последица на војна, инвазија, дејства на странски непријатели, непријателства, терористички активности, граѓанска војна, актите на саботажа, тероризам или вандализам, бунт, револуција, воени или други видови на злоупотреба на власта, како и активно учество на осигуреното

лице во немири или бунт од било кој вид;

7. како резултат на природни катастрофи (на пример, вулкански ерупции, земјотреси и слично), елементарни непогоди, епидемии и пандемии;

8. како резултат на јонизирачко зрачење или контаминација со радиоактивноста од други радиоактивни отпади настанати од согорување на нуклеарно гориво, односно радиоактивни, отровни, експлозивни или други опасни својства на експлозивни нуклеарни материи или негови компоненти;

(3) Ако било кое оштетно побарување по било кој основ е лага или основана на лажни податоци и информации, тоа не го обврзува Осигурувачот.

(4) Осигурувачот има право да исклучи од осигурување лице за кое утврди дека дал неточни и лажни изјави, поврзани со важни околности кои влијаат за заклучување на договорот за осигурување, како и осигурено лице кое не ги исполнува обврските предвидени со Општите услови и овие Дополнителни услови за осигурување.

(5) Исклучена е обврската на осигурувачот за надомест на настанати трошоци за лекување на осигуреното лице кое боледува и се лекува од следните претходни здравствени состојби:

- хронична шеќерна болест со компликации
- алхајмерова болест
- аневризма на церебрални артерии и големи артерии од системската циркулација
- ангина пекторис
- состојба по кардио – васкуларна инсулта (срцев удар) со функционални пореметувања
- цироза на јетра
- тумор на мозок со неурални испади
- хронични бубрежни заболувања од умерен и тежок степен
- малигни болести на сите органи
- мултипла склероза
- заболување на моторни неурони
- парализа/параплегија
- Паркинсова болест
- хронични белодробни заболување
- мускулна дистрофија
- пресенилна деменција
- ревматоиден артритис
- душевни нарушувања
- епилепсија
- СИДА, комплексен синдром поврзан со СИДА (АРЦС) и сите болести поврзани со вирусот ХИВ и/или во врска со него.

Член 24

Остварување на права од осигурување и пријава на осигурен случај (1) Во случај на настанување на осигурен случај Осигуреникот има обврска пред да користи медицински услуги да се поврзи со контакт центарот на Осигурувачот кој за осигуреното лице договара видот, датумот и времето на прегледот или други медицински услуги во рамките на здравствена установа која припаѓа на Мрежата на здравствени установи.

(2) Се смета дека осигуреното лице ја изврши својата обврска со јавување во контакт центарот на Осигурувачот доколку пред користење на медицински услуги поврзани со УНИКА и медицинското образование лице од УНИКА договори со поставување на прашања во врска со својата моментална здравствена состојба поради реализација на договорот за осигурување.

(3) Доколку осигуреното лице од оправдани причини не е во можност да ја изврши својата обврска од став (1) и (2) од овој член, тоа ќе го направи овластено лице која ја пружи здравствената услуга.

(4) Право за надомест на трошоци, согласно овие Дополнителни услови и договорот за осигурување, Осигуреникот може да оствари во Мрежата на здравствени установи, освен во случај на покривање од член 14 став (7) и член 20 од овие Дополнителни услови, како и во случај на адресата на живеење на Осигуреникот (од пријавата на адресата во понудата) не постои установа која е во Мрежата на здравствени установи.

Член 25

(1) После пружената медицинска услуга, установата од Мрежата на здравствени установи до Осигурувачот ја доставува документацијата утврдена во договорот за деловна соработка.

(2) Осигуреникот има право на рефундирање на трошоците, кој сам ги има уплатено, во здравствени установи кои се надвор од Мрежата на здравствени установи по комплетирање на целосната документација и во случаеви дефинирани во член 24 став (4) од овие Дополнителни услови.

(3) Во случај на рефундирање на трошоците, потребно е Осигуреникот да ги достави следните документи:

1. образец на пријава на осигурен случај
2. медицински извештај со наведена дијагноза
3. препишан рецепт за лекови/помоѓала од страна на овластен лекар
4. оригинал сметка за медицински услуги
5. фотокопија на картичка за доброволно здравствено осигурување
6. фотокопија од лична карта
7. фотокопија на трансакциска сметка

(4) Пријава може да се поднесе само за третман кој е стварно примен во текот на периодот на осигурување и трошоците ќе се надоместат само ако се настанати пред истек на периодот на осигурување.

(5) Осигурувачот, во постапката за решавање на оштетното побарување, и доколку процени за потребно, има право да побарува од осигуреникот да му обезбеди на овластените лица на осигурувачот извод од медицинската документација и прибирање на информации со кои располагаат трети лица, за фактичката и претходната здравствена состојба на Осигуреникот (извод за медицинска документација за конкретен осигурен случај, извештај од специјалистичка ординација, копија односно извод од историја на болести во болничката установа и слично, во согласност со законот со кој се одредува евиденција во областа на здравството).

(6) По барање на Осигурувачот, Договорувачот на осигурувањето е должен да му овозможи на осигурувачот увид во сите евиденции кои води Договорувачот на осигурувањето, поради утврдување на важни околности во врска со осигурениот случај, согласно законот.

(7) Штетите поврзани со деца помали од 18 години треба да бидат поднесени и потпишани од страна на родителите или старателите.

(8) Доколку трошоците, кои произлегувале од користење на правата од осигурувањето се помали од наведениот максимален лимит за поединечно покривање, односно договорена осигурена сума на осигурување предвидена во полисата, односно договорот за осигурување, осигуреното лице нема право на исплата на разлика во случај на истек на договорот за осигурување.

Член 26

Одговорност на Осигурувачот

(1) Осигурувачот потврди од Мрежата на здравствени установи или Осигуреникот врши надомест на трошоци за лекување согласно овие Дополнителни услови, врз основа на договорот за осигурување, односно полиса која важеше за време на настанување на осигурен случај во рок од 14 дена, од денот на прием на комплетираните докази и потврди постоење на обврската.

(2) Обврската на осигуреникот е целосно завршена на денот на извршената уплата во банка.

III ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 27

(1) Овие Дополнителни услови може да се изменат по постапка и на начин на кои се донесени.

(2) Изменетите услови се применуваат само на ново склучени Договори за осигурување, односно полиси.

(3) За договорите за осигурување кои се на сила, до истек на осигурителната година важат Дополнителните и Општите услови, на основа како што се склучени тие договори, освен ако до промена на услови е дојдено како последица од промени во законската регулатива, на што Осигурувачот не може да влијае.

(4) Ако Осигурувачот ги промени Дополнителните услови за осигурување, должен е по писмен пат до да ги извести Договорувачот на осигурување, односно Осигуреникот за кој е склучен повеќегодишен договор за осигурување.

Член 28

(1) Побарувањата по договорот за осигурување застаруваат согласно одредбите од Законот за облигациони односи.

Член 29

(1) За односите помеѓу Осигурувачот и Договорувачот на осигурување кои не се регулирани со овие Дополнителни услови се преименуваат одредбите од Општите услови, доколку одредбите од Општите услови се во спротивност со одредбите од Дополнителните услови, се применуваат Дополнителните услови.

(2) Дополнителните услови за комбинирано дополнително и приватно доброволно здравствено осигурување за вонболничко (амбулантно) и болничко лекување стапуваат на сила на денот на донесување.

(3) Согласно со Законот за супервизија на осигурувањето, член 107 и член 108, податоците за осигуреникот и полисата се доверливи.

(4) Овие услови се донесени на редовна седница на Управен одбор одржана на 18.02.2014 година и со одлука бр. 0203-029 се применуваат од денот на одобрување од страна на Агенција за Супервизија на Осигурувањето.