

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

-Пречистен текст-

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

(1) Овие Општи услови за доброволно здравствено осигурување - (во понатамошниот текст: Услови) се составен дел на договорот за дополнително здравствено осигурување или на договорот за приватно здравствено осигурување што договарамот на осигурувањето ќе го склучи со Акционерското друштво за осигурување Еуролинк - Скопје (во натамошниот текст: Осигурувач).

(2) Дополнителното здравствено осигурување ги покрива трошоците на име учество со лични средства при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување (во натамошниот текст: партиципација), согласно со прописите од задолжителното здравствено осигурување и здравствената заштита.

(3) Приватното здравствено осигурување ги покрива трошоците за здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, повисок стандард на здравствените услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување, трошоците за покривање на здравствените услуги користени во дополнителната дејност, како и за користење на здравствените услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи во која се врши здравствената дејност и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.

(4) Дополнително или приватно здравствено осигурување можат да договорат само лицата на кои им е утврдено својство на осигурени лица-осигуреници и членовите на нивните семејства-во системот на задолжителното здравствено осигурување, согласно со прописите од задолжителното здравствено осигурување.

Член 2

Одделни поими употребени во овие услови го имаат следното значење:

1. Осигурувач – Акционерско друштво за осигурување Еуролинк Скопје, ул. Никола Кљусев бр.2;
2. Договарач на осигурување - секое правно или физичко лице што со осигурувачот ќе склучи договор за дополнително или за приватно здравствено осигурување и кој е носител на обврската за плаќање на премијата за осигурување;
3. Понудувач – лице што доставило писмена понуда за дополнително или за приватно здравствено осигурување до осигурувачот;
4. Осигуреник - лице кое е носител на правата од склучениот договор за осигурување;
5. Полиса - исправа за склучениот договор за осигурување;
6. Премија - износ што договарамот на осигурувањето е дол`ен да го плати на осигурувачот по договорот за осигурување;
7. Сума на осигурување – највисок износ на обврската на осигурувачот по полисата за период од една година, за едно лице.
8. Осигурен случај – настанување трошоци за користење на здравствени услуги, предвидени со овие Услови и со договорот за осигурување;
9. Каренца – период на почетокот на осигурувањето во кој се исклучени обврските на осигурувачот ако настане осигурен случај;
10. Здраво лице – лице кое во моментот на склучување на договорот за приватно здравствено осигурување е животно и работно активно и нема субјективни физички или психички потешкотии, не користи било каква терапија и не користи никакви здравствени услуги;
11. Условно здраво лице – лице кое во моментот на склучување на договорот за приватно здравствено осигурување нема поголеми субјективни физички или психички потешкотии, животно и работно е активно со повремено лекување;

12. Лице со нарушено здравје – лице кое во моментот на склучување на договорот за приватно здравствено осигурување боледува од некоја хронична болест со трајни последици по здравствената состојба, заради што постојано му се потребни здравствени услуги;

13. Овластен лекар – лекар овластен од осигурувачот во негово име и за негова сметка да ги одредува за осигуреникот начинот на користење на здравствените услуги и обемот на правата од приватното здравствено осигурување;

14. Здравствени установи - правни лица што пружаат здравствени услуги врз основа на решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.

15. Мрежа на здравствени установи – јавни и приватни здравствени установи што имаат склучено договор за пружање на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување на товар на средствата на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија;

16. Договорени здравствени установи – здравствени установи од точка 11 на овој член со кои осигурувачот склучено договор за соработка и здравствени установи од точка 12 од овој член, во кои осигуреникот може да ги користи правата од приватното здравствено осигурување;

17. Траење на осигурувањето - осигурувањето се склучува најмалку за една година траење.

II. ДОПОЛНИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 3 – Способност за осигурување

Осигуреник за дополнително здравствено осигурување по овие услови може да биде лице со навршена 1 (една) година возраст кое има утврден статус на осигурено лице (осигуреник или член на семејство на осигуреник) на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија (во натамошниот текст: Фонд), освен лицата ослободени од партиципација со посебни програми.

Член 4 - Склучување договор за осигурување

(1) Договорот за осигурување се склучува врз основа на писмена понуда.

(2) Писмената понуда доставена до Осигурувачот за склучување на договор за дополнително 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.

(3) Кога договорот за дополнително здравствено осигурување го склучува работодавач за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе, понудата треба да содржи и изјава за согласност за дополнително здравствено осигурување заверена кај нотар за секое лице.

Член 5 - Обем на осигурителното покритие

(1) Осигурувачот е во обврска да ги надомести трошоците на осигуреникот платени на име учество со лични средства (партиципација) при користење на основните здравствени услуги опфатени со задолжителното здравствено осигурување, користени во здравствени установи во мрежата, на начин пропишан со прописите за задолжителното здравствено осигурување.

(2) Со дополнителното здравствено осигурување се опфатени следните видови на партиципација:

1. Во примарната здравствена заштита, партиципација за:

- секој лек и за секој ампуларен лек со шприцеви и игли од Листата на лекови издадени на товар на Фондот, за секој налог за издавање,
- домашно лекување,
- превоз со санитетско возило според медицинска индикација, освен за итна медицинска помош,
- лекување и санирање на болести на уста и заби, освен забнотехнички и забнопротетички средства предвидени со Правилникот за индикациите за остварување на право на ортопедски и други помагала на Фондот.

2. Во специјалистичко- консултативната и болничка здравствена заштита, партиципација за:

- здравствени услуги во геронтолошки заводи по болнички ден;
- рехабилитација како продолжено болничко лекување во специјализирана установа – по болнички ден;
- лабораториски прегледи по упат, А- биохемиски и Б –микробиолошки анализи;
- рентгенски прегледи по упат;
- специјалистички, супспецијалистички и специјалистички прегледи на ЕХО, по упат;
- едnodневен третман во физикална медицина и рехабилитација, психијатриски третман-амбулантски;
- други здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Осигурувачот е во обврска да ги покрие трошоците за партиципација најмногу до 70% од просечната остварена месечна плата во Република Македонија во претходната календарска година, а за одредени социјални категории и возрастни групни, до процентите утврдени со Одлуката на Фондот за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите.

3. Партиципација за здравствени услуги за одобрено лекување во странство, најмногу до 200 евра во денарска противвредност.

4. Партиципација за користење на протези, ортопедски и други помагала согласно со Правилникот за индикациите за остварување на правото на ортопедски и други помагала, најмногу до 50% од висината на референтните цени на ортопедски и други помагала за кои осигурениците можат да остварат право на товар на Фондот.

(3) Износот на партиципација за здравствените услуги наведени во вториот став на овој член, точки 1 и 2, се надоместува најмногу до износите за партиципација определени во Одлуката на Фондот за утврдување на висината на учеството на осигурените лица во вкупните трошоци на здравствените услуги и лековите, што е во важност во времето на користење на здравствената услуга.

(4) Обврската на Осигурувачот од дополнителното здравствено осигурување за надомест на трошоците за партиципација за услугите наведени во вториот став на овој член, во секој случај изнесува најмногу до износот на договорената осигурена сума за една осигурителна година.

Член 6 - Исплата на надоместот

Осигурувачот се обврзува да го исплати надоместот на осигуреникот односно на законскиот застапник на осигуреникот за трошоците од членот 5 на овие услови врз основа на приложените сметки, во рок од 14 дена од денот на прием на барањето за надомест со потребната документација.

III. ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 7 – Способност за осигурување

(1) Здрави лица можат да се осигураат до навршени 64 години возраст според дополнителни услови, врз основа на понудата, медицинска документација и/или здравствен преглед, според барањето на осигурувачот.

(2) Условно здрави лица се осигуруваат со процена на ризикот спрема Посебните услови за осигурување на зголемен ризик од болест. Условно здрави лица можат да се осигураат до навршени 64 години возраст според дополнителни услови, врз основа на понудата, медицинска документација и/или здравствен преглед, во согласност со процената на здравствената состојба и процената на зголемениот ризик.

(3) Лицата со нарушено здравје можат да се осигураат спрема Посебните услови за осигурување на зголемен ризик од болест. Овие лица можат да се осигураат до навршени 60 години возраст според дополнителни услови, врз основа на понудата, медицинска документација и/или здравствен преглед, во согласност со процената на здравствената состојба и процената на зголемениот ризик.

(4) При обнова на осигурувањето, осигурените лица што користеле медицински услуги од договорот за здравствено осигурување задолжително го доставуваат здравствениот картон или друга медицинска документација.

(5) Лица лишени од деловна способност не можат да се осигураат според овие Услови.

Член 8 – Зголемен ризик од болест

Осигурувачот може да определи дека не прифаќа обврска за осигурување за одредена болест во согласност со Посебните услови за осигурување на зголемен ризик од болест, врз основа на што ќе ја одбие понудата за склучување на договор.

Член 9 - Склучување договор за осигурување

(1) Договорот за осигурување се склучува врз основа на писмена понуда.

(2) Писмената понуда доставена до осигурувачот за склучување на договор за приватно здравствено осигурување го обврзува понудувачот, ако тој не одредил пократок рок, за време од осум дена од денот кога понудата е примена од осигурувачот, а доколку е потребен лекарски преглед, понудувачот се обврзува за време од 30 дена. Ако во наведениот рок од 8 дена, односно 30 дена, 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.

(3) Доколку понудувачот, на барање на осигурувачот не пристапи на лекарски преглед или не ја достави бараната документација во рок од 30 дена од денот на прием на повикот, ќе се смета дека се откажал од склучување на договорот.

(4) Врз основа на склучениот договор за приватно здравствено осигурување и платената премија за истиот, осигурувачот издава потврда (легитимација) за приватно здравствено осигурување со која осигуреникот го докажува својот статус на осигуреник кон давателот на здравствените услуги.

(5) Кога договорот за приватно здравствено осигурување го склучува работодавач за своите вработени и членовите на нивните семејства, здружение за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе, понудата треба да содржи и изјава за согласност за приватно здравствено осигурување заверена кај нотар, за секое лице.

Член 10 - Обем на осигурителното покритие

(1) Приватното здравствено осигурување може да се договори за надомест на трошоците за следните видови на здравствени услуги што не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување:

- повисок стандард на здравствени услуги кои произлегуваат од задолжителното здравствено осигурување над стандардите пропишани со подзаконски акт на министерот за здравство согласно со Законот за здравствено осигурување, , користени во мрежата на здравствени установи;
- прегледи, испитувања и упатувања до надлежен орган за оценување на работната способност, според прописите за пензиското и инвалидското осигурување и според прописите за социјалната и детската заштита, кога тие се вршат по барање на осигуреникот, работодавачот или друг орган;
- здравствени услуги користени во дополнителната дејност во здравствена установа од мрежата на здравствени установи во која што се врши специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност, во согласност со прописите за здравствена заштита;
- здравствени услуги од специјалистичко- консултативната и болничката здравствена заштита користени во здравствени установи надвор од мрежата на здравствените установи;

(2) Видот на здравствените услуги од првиот став на овој член, како и обемот на покритието за секој од нив, се определени со соодветни дополнителни услови за приватно здравствено осигурување.

(3) Осигурениците ги користат здравствените услуги од првиот став на овој член преку овластениот лекар на осигурувачот, кој за осигуреникот го договара видот и времето на прегледот во договорена здравствена установа, доколку поинаку не е определено со дополнителните услови.

Член 11- Обврски на осигурувачот

(1) Осигурувачот е во обврска да ги надомести трошоците на осигуреникот за здравствени услуги покриени со договорот за осигурување (во натамошен текст: договорени здравствени услуги).

(2) Осигурувачот нема обврска да ги надомести трошоците за здравствени услуги настанати во првите 3 (три) месеци од почетокот на осигурувањето, освен за осигурените случаи предизвикани од повреда. Ограничувањето на обврската на осигурувачот од овој став не се применува при обнова на осигурувањето.

(3) Осигурувачот ги покрива само трошоците кои настанале со остварување на правата на осигуреникот само во договорените здравствени установи, доколку поинаку не е определено со дополнителните услови.

(4) Осигурувачот се обврзува преку овластениот лекар да го договори прегледот на осигуреникот во најкраток можен рок.

(5) Осигурувачот не е во обврска да ги надомести трошоците за извршените здравствени услуги, доколку осигуреникот користел здравствени услуги спротивно на одредбите од овој член и од член 10 став 3 од овие Услови.

Член 12 - Исплата на надоместот

(1) По правило, Осигурувачот го исплаќа надоместот на трошоците за договорените здравствени услуги, директно на здравствена на установа – давател услугата.

(2) По исклучок од став 1 од овој член, Осигурувачот ќе го исплати надоместот на трошоците за договорените здравствени услуги на осигуреникот, односно на законскиот застапник на осигуреникот, врз основа на приложените сметки, во рок од 14 дена од денот на прием на барањето за надомест со потребната документација.

IV. ЗАЕДНИЧКИ ОДРЕДБИ ЗА ДОПОЛНИТЕЛНОТО И ПРИВАТНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 13 – Пријавување на околности значајни за оцена на ризикот

(1) Договорачот на осигурувањето, односно осигуреникот, е должен при склучувањето на договорот да му ги пријави на осигурувачот сите суштествени околности што се од значење за оцена на ризикот, а што му се познати или не можеле да му останат непознати. Суштествени се сите околности за кои осигурувачот поставил прашање или дополнително побарал податоци.

(2) Ако договарачот на осигурувањето, односно осигуреникот, намерно направил неточна пријава или намерно премолчил некоја околност од таква природа што осигурувачот не би склучил договор ако знаел за вистинската состојба на работите, осигурувачот може да бара поништување на договорот,

(3) Во случај на поништување на договорот од причините наведени во став (2) на овој член, осигурувачот ги задржува наплатените премии и има право да бара исплата на премијата за периодот на осигурувањето во кој побарал поништување на договорот.

(4) Правото на осигурувачот да бара поништување на договорот за осигурување престанува ако тој во рок од три месеци, од денот на дознавањето на неточноста на пријавата или премолчувањето, не му изјави на договарачот на осигурувањето дека има намера да го користи тоа право.

(5) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена неточноста или нецелосноста на пријавата или по тоа, но пред поништувањето на договорот, осигурувачот нема обврска да исплати надомест.

(6) Ако договарачот на осигурувањето направил неточна пријава, или пропуштил да го даде должното известување, а тоа не го сторил намерно, осигурувачот може, по свој избор, во рок од еден месец од дознавањето за неточноста или нецелосноста на пријавата, да изјави дека го раскинува договорот или да предложи зголемување на премијата сразмерно со поголемиот ризик.

(7) Договорот во тој случај престанува по истекот на 14 дена од кога осигурувачот својата изјава за раскинување му ја соопштил на договарачот на осигурувањето, а во случај на предлог од осигурувачот премијата да се зголеми, раскинувањето настапува според самиот закон ако договарачот на осигурувањето не го прифати предлогот во рок од 14 дена од кога го примил.

(8) Во случај на раскинување, осигурувачот е должен да го врати делот од премијата што отпаѓа на времето до крајот на периодот на осигурувањето.

(9) Ако осигурениот случај настанал пред да е утврдена неточноста или нецелосноста на пријавата или по тоа но пред раскинувањето на договорот, односно пред постигнувањето на спогодба за зголемување на премијата, надоместот се намалува во сразмер меѓу стапката на платените премии и стапката на премиите што би требало да се платат според вистинскиот ризик.

Член 14- Исклучување на обврските на осигурувачот

Исклучени се обврските на осигурувачот ако осигурениот случај настанал како последица на:

- земјотрес,
- војна и воени операции без оглед дали војната е објавена или не,
- револуции, граѓански немири, побуни, саботажии, тероризам и други слични настани,
- пружање на здравствени услуги заради превентивна здравствена заштита, освен кога се договорени со дополнителните услови за приватно здравствено осигурување,
- дејство на алкохолни или наркотични средства кај осигуреникот,
- обид за самоубиство на осигуреникот,
- болести од епидемски или пандемиски размери,
- останати случаи утврдени со дополнителните услови за приватното здравствено осигурување.

Член 15 - Премија

(1) Премијата за осигурување се утврдува за секоја осигурителна година, а зависи од договорената осигурена сума, пристапната возраст на осигуреникот, видот на покритието и здравствената состојба на осигуреникот.

(2) Висината на премијата за дополнителното здравствено осигурување може да се промени во текот на една осигурителна година доколку дојде до промена на законските прописи од здравственото осигурување и здравствената заштита кои се однесуваат на обемот и содржината на дополнителното здравствено осигурување, висината на партиципацијата или други елементи кои имаат значење за утврдување на висината на премијата.

(3) Договарачот на осигурувањето односно осигуреникот е должен да ја плати премијата за секоја осигурителна година однапред, на денот на почеток на осигурителната година. По исклучок, плаќањето на премијата може да се договори на рати, при што првата рата се плаќа при потпишување на полисата за осигурување, а секоја идна рата од премијата се плаќа како што е договорено.

(4) Осигурувачот може да го раскине договорот доколку осигуреникот нередовно ги плаќа ратите од премијата за осигурување.

(5) Ако договарачот на осигурувањето односно осигуреникот премијата што стасала по склучување на договорот не ја плати до стасаноста, ниту тоа го стори некое друго заинтересирано лице, договорот за осигурување престанува според самиот закон по истек на рокот од 30 дена од кога на договарачот на осигурувањето му е врачено препорачано писмо од осигурувачот со известување за стасаноста на премијата со тоа што тој рок не може да истече пред да поминат 30 дена од стасаноста на премијата.

(6) Кога се засметуваат роковите за раскинување на договорот поради неплаќање на премија, се смета дека дека е договорено плаќање на премијата однапред, на денот на почеток на секоја осигурителна година.

(7) Во секој случај договорот за осигурување престанува според самиот закон ако премијата не биде платена во рок од една година од стасаноста.

(8) Осигурувачот има право на казнена камата за задоцнето плаќање на премијата за осигурување.

Член 16- Права и обврски на осигуреникот

(1) Осигуреникот има право на надомест на трошоците за здравствени услуги покриени со договорот за осигурување (во натамошен текст: договорени здравствени услуги).

(2) Ако користи договорена здравствена услуга од приватното здравствено осигурување, должен е пред здравствената установа која ја дава здравствената услуга да се идентификува со документ за верификација на статусот осигуреник.

(3) Осигуреникот за добиената услуга од здравствената установа добива лекарски извештај со спецификација на дадени услуги. Лекарскиот извештај треба да содржи ден и час на пружање на услугите, како и мислење за здравствената состојба на осигуреникот, како и препорачани дијагностичко превентивни мерки.

(4) Осигуреникот, односно договарачот на осигурувањето, има обврска, на барање на осигурувачот, да му ги достави сите дополнителни објаснувања и документи.

Член 17 – Промена на адреса и занимање

(1) Договарачот на осигурувањето односно осигуреникот е должен веднаш по писмен пат да го извести осигурувачот за промена на вработувањето или работното место, односно адресата на живеење.

(2) Ако договарачот на осигурувањето не го извести осигурувачот за промените од претходниот став, за валидноста на известувањето доволно е осигурувачот да му испрати на осигуреникот препорачано писмо според последните податоци за адресата на станот или деловните простории, со кои располага.

Член 18- Раскинување на договорот

(1) Ако договарачот на осигурувањето бара раскинување на договорот склучен за времетраење од најмалку две години, или на неопределено времетраење, должен е за својата намера по писмен пат да го извести осигурувачот најдоцна три месеца пред отпочнување на следната осигурителна година.

(2) Ако осигурувачот го примил известувањето за раскинување на договорот во рокот од првиот став на овој член, договорот за осигурување престанува со истекот на тековната осигурителна година.

(3) Осигурувачот има право на наплата на сите преостанати должни премии кои се однесуваат на тековната осигурителна година, како на неплатените стасани премии од почетокот на осигурителната година до приемот на известувањето, така и на премиите кои би стасале за наплата од приемот на известувањето до истекот на осигурителната година.

(4) Ако договарачот на осигурувањето го доставил известувањето за раскинување до осигурувачот во рок пократок од наведениот во став 1 од овој член, договорот за осигурување останува во важност и за следната осигурителна година.

Член 19 –Почеток и престанок на обврските на осигурувачот

(1) Ако е договорено годишната премија да се плаќа однапред при склучување на договорот за осигурување, обврските на осигурувачот започнуваат наредниот ден од денот на уплатата на премијата, без оглед на денот на почеток на осигурувањето наведен во полисата за осигурување.

(2) Ако е договорено годишната премија да се плаќа на рати по склучување на договорот за осигурување, обврските на осигурувачот започнуваат наредниот ден од денот на уплатата на првата рата од премијата, без оглед на денот на почеток на осигурувањето наведен во полисата за осигурување.

(3) Осигурувачот пред плаќање на годишната премија, односно првата рата од годишната премија, не е во обврска да ги надоместува трошоците за договорените услуги од здравственото осигурување.

(4) Одредбата од третиот став на овој член се применува и кај обнова на договорите за осигурување.

Член 20 - Почеток и траење на осигурувањето

(1) Осигурувањето започнува во 24,00 часот на оној ден што е означен во полисата како почеток на осигурувањето, ако поинаку не е договорено и престанува 24,00 часот на оној ден што во полисата е договорен како ден на истек на осигурувањето.

(2) Ако во полисата е означен само почетокот на осигурувањето, тоа се продолжува од година во година се додека некоја од договорните страни не го откаже.

(3) Без оглед на договореното траење на осигурувањето, осигурувањето престанува за секој осигуреник во 24,00 часот, на денот кога:

1. настапила смрт на осигуреникот;

2. е раскинат договорот за осигурување;

3. осигуреникот го изгубил својството на осигурено лице во системот на задолжителното здравствено осигурување.

Член 21 - Вонсудско решавање на спорови

(1) Во случај кога договарачот на осигурувањето односно осигуреникот и осигурувачот не се согласни во врска со обврската на осигурувачот за надомест на трошоците, осигуреникот има право на приговор до осигурувачот.

(2) Осигурувачот има обврска да одлучи по приговорот во рок од 14 дена од прием на истиот.

Член 22 – Застарување на побарувањата

(1) Побарувањата од страна на осигуреникот односно од трето лице од договорот за осигурување, склучен спопед овие услови, застапуваат за 3 (три) години, сметајќи од првиот ден по истекот на календарската година во која побарувањето настанало.

(2) Ако заинтересираното лице докаже дека до денот определен во претходниот став не знаело дека настанал осигурен случај, застарувањето почнува од денот кога за тоа разбрало, со тоа што во секој случај побарувањето застарува за 5 (пет) години од денот одреден во претходниот став.

(3) Побарувањата од осигурувачот од договорот за осигурување застаруваат за 3 (три) години.

V. ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 23 - Примена на законските прописи

На договорот за осигурување склучен по овие Општи услови се применуваат одредбите од Законот за облигационите односи, Законот за супервизија на осигурувањето, Законот за здравствено осигурување, Законот за доброволно здравствено осигурување и Законот за здравствена заштита како и подзаконските акти поврзани со законите од здравствената област.

Член 24 - Обврска за чување на доверливи податоци

(1) Осигурувачот е во обврска да ги чува податоците од договорот за осигурување како доверливи податоци, согласно Законот за супервизија на осигурување и Законот за заштита на личните податоци.

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

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

2. во случаи 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 друг корисник на осигурувањето и ако од надлежниот суд е добиено писмено барање за доставување на податоци;

5. ако податоците се побарани од страна на Агенцијата за супервизија на осигурување или друг надлежен орган за супервизија, а заради спроведување на супервизија во рамки на утврдените одговорности;

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

(3) За давање на податоците осигурувачот постапува исклучиво по писмено барање поднесено од барателот на информацијата

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

Член 25 - Право на жалба

Осигуреник или договарач на осигурувањето, доколку е физичко лице, има право да поднесе жалба против осигурувачот, како и против осигурителното брокерско друштво, друштвото за застапување во осигурување и застапникот во осигурувањето, доколку преку некој од нив го склучил договорот за осигурување, до Агенцијата за супервизија на осигурување, како орган надлежен за супервизија на друштвата за осигурување.

Член 26 - Право на претставка

(1) Договарачот, осигуреникот и корисникот на осигурувањето кој смета дека осигурувачот не се придржува кон одредбите на договорот за осигурување, може да достави претставка до:

- Комисијата за вонсудско решавање на спорови на осигурувачот,
- Инерниот ревизор на осигурувачот,
- Организацијата за заштита на потрошувачите, и
- Агенцијата за супервизија на осигурување.

((2) Претставката се поднесува до надлежниот орган на осигурувачот во писмена форма, по пошта или се предава директно во седиштето на осигурувачот или во подружницата на осигурувачот преку која е склучен договорот за осигурување.

(3) Осигурувачот е должен да се произнесе писмено по претставката на подносителот во рок од 30 дена од приемот на претставката.

Овие Услови за доброволно здравствено осигурување се донесени од Одборот на директори на Акционерското друштво за осигурување ЕУРОЛИНК - Скопје, на 88-та редовна седница одржана на ден 24.01.2013 година, со Одлука број 0202-324/4 со важност од 01.04.2013 со измените и доплнувањата донесени на 100-та редовна седница одржана на ден 28.03.2014 година, со Одлука број 0202-2305/20 со важност од 01.04.2014.

Скопје, Март 2014 година