ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА КОЛЕКТИВНО ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Поим - член **1**

(1) Овие Посебни услови за колективно приватно здравствено осигурување (во натамошниот текст: Посебни услови), понудата и полисата се составен дел на договорот за приватно здравствено осигурување што договарачот ќе го склучи со ЕУРОЛИНК Осигурување АД Скопје.

(2) Со договорот за приватно здравствено осигурување, се обврзува договарачот на осигурувањето да ја плати премијата за осигурување, а осигурувачот се обврзува да ги надомести осигурените трошоците за користени здравствени услуги од осигуреникот во здравствени установи во Република Македонија.

Дефиниции - член **2**

(1) Одредени термини употребени во овие Посебни услови го имаат следното значење:

1. **А**кутна болест (состојба): ненадејна болест или повреда, односно сериозни симптоми на нарушување на здравјето што бараат лекарска помош;

2. Амбулантно лекување: лекување во општа или специјалистичка ординација, дијагностичко – терпевтски мерки, при што осигуреното лице не користи болнички кревет;

3. Болничко лекување: лекување на осигуреникот во болница за медицински неопходно лекување, при што осигуреникот е примен во болница и сместен во болнички кревет;

4. Бременост и породување: трошоци за следење на бременост, компликации при бременост (спонтан аботрус, вонматерична бременост, гестациски дијабетис, преекламсија, токсоплазма, стрепотокока од Б Група и друго), абортус и состојби кои произлегуваат од перинаталниот период (вклучувајќи пред и пост породилни прегледи) и трошоци за пораѓање;

5. Вкупна сума на осигурување: највисок износ на обврските на осигурувачот по полисата за период од една година, за едно осигурено лице, по основ на сите основни и доплнителни ризици;

6. Сума на осигурување за основни ризици: највисок износ на обврските на осигурувачот за период од една година, за едно лице, по основ на сите основни ризици.

7. Сума на осигурување за дополнителни ризици: највисок износ на обврските на осигурувачот за период од една година, за едно лице, по основ на сите доплнителни ризици;

8. Сума на осигурување за една секција – (лимит): највисок износ на обврските на осигурувачот за период од една година, за едно лице, по основ на сите индивидуални ризици наведени и дефинирани во една секција;

9. Секција: преставува ризик или група на индивидуални ризици; **10.** Под лимит: највисок годишен износ на обврската на осигурувачот за секој индивидуален ризик наведен во една секција.

11. Вообичаени трошоци: просечен износ на трошоци што се наплатува за здравствени услуги во приватните здравствени установи, но не поголем од цените утврдени во ценовникот на давателот на услугата; **12.** Договарач: секое правно или физичко лице што со осигурувачот ќе склучи договор за приватно здравствено осигурување и кој е носител на обврската за плаќање на премијата за осигурување;

13. Здравствени установи: јавни и приватни здравствени установи кои вршат дејност врз основа на лиценца и пружаат здравствени услуги кои не се опфатени со задолжителното здравствено осигурување, односно за кои приватните здравствени установи немаат склучено договор со ФЗОМ или за услуги кои можат да се вршат во рамките на јавна здравствена установа како дополнителна дејност;

14. Итен случај: се подразбираат случаите кога непреземањето на лекарски третман за кусо време би предизвикало непоправливо и тешко нарушување на здравјето на осигуреникот или негова смрт;

15. Каренца: период на почетокот на договорот за осигурување во кој се исклучени сите обврски на осигурувачот за осигурените случаи настанати во тој период;

16. Медицински неопходно: медицинска услуга или лекување што според мнение на квалификуван доктор е соодветно и конзистентно на симтомите односно на дијагнозата и што, во согласност со општо прифатените

медицински стандарди, не ќе можело да биде избегнато без да остави лоши последици врз здравствената состојбата на осигуреникот;

17. Осигуреник: лице кое е носител на правата од договорот за осигурување, именувано во полисата; **18.** Осигурувач: Акционерско друштво за осигурување Еуролинк Скопје.

19. Осигурен случај (ризик):настанување на трошоци за користење на осигурени здравствени услуги за лекување на акутна состојба, предвидени со овие Посебни услови и со договорот за осигурување;

20. Палијативна нега: активна целосна помош на пациенти со напредната неизлечива болест;

21. Период на осигурување: период од 1 година, утврден во полисата; **22.** Повреда: телесна повреда предизвикана исклучиво од насилни, случајни, надворешни и видливи средства, а не од заболување, болест или постепен физички или ментален процес;

23. Полиса:исправа за склучениот договор за осигурување, која ги содржи сите битни податоци за осигуреникот и осигурувањето;

24. Претходна здравствена состојба: повреда, болест, состојба или симптом кој бил утврден или е утврдено дека постоел и пред склучување на договорот за осигурување, без оглед дали осигуреникот знаел или не можел да не знае за истиот и без оглед дали се лекувал заради истото или не; **25.** Трошоци за лекување: сите вообичаени трошоци настанати во однос на лекување на акутна болест согласно со стручни упатства за медицина заснована на докази, донесени од министерот за здравство, согласно со современата светска медицинска практика;

26. Учество во штета: дел од трошоците кои се обврска за плаќање на осигуреникот, наведено во полисата;

27. Хронична состојба:болест или повреда што има најмалку две од следните карактеристики: - не е познат признаен лек;

- траењето на состојбата не може да се одреди;
- се повторува или веројатно ќе се повтори;
- трајно е;
- бара палијативна нега;
- бара долгорочно следење, консултации, прегледи, испитувања или тестови;
- лицето треба да е рехабилитирано или да е обучено да се справува со состојбата;

28. Штета - вкупните трошоци за здравствени услуги за лекување на една повреда или болест.

Способност за осигурување – член **3**

(1) Според овие Посебни услови можат да се осигураат здрави лица на возраст од 7 до 64 години, освен ако поинаку не е договорено, кои имаат својство на осигуреници во системот на задолжително здравствено осигурување на Република Македонија.

(2) За здраво се смета 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 медицинска терапија и здравствени услуги, и кое немало претходна здравствена состојба.

(3) Условно здрави лица, кои имаат претходна здравствена состојба, се осигуруваат врз основа на прашалникот, медицинска документација и/или здравствен преглед, со процена на ризикот од осигурувачот. Во зависност од оценката на здравствената состојба на осигуреникот, условно здрави лица се примаат во осигурување така што од покритието се исклучуваат сите трошоци за лекување поврзани со претходната медицинска состојба, со зголемена премија за осигурување.

(4) Осигурувачот може да ја одбие понудата за осигурување за лица со претходна здравствена состојба, кај кои здравствената состојба е нарушена до степен што е неподобна за осигурување, во смисла да осигурените ризици настанале или се во настанување.

(5) Лица со ментална болест и лица лишени од деловна способност не можат да се осигураат според овие Посебни услови.

Склучување договор за осигурување – член **4**

(1) Договорот за осигурување се склучува со потпишување на полисата за осигурување, врз основа на прашалник и понуда од осигурувачот, медицинска документација, здравствен преглед и спецификација на осигурени лица - според барањето на осигурувачот, освен ако поинаку не е договорено.

(2) Понудата за здравствено осигурување е во пишан облик на образец на осигурувачот и претставува предлог за склучување на договор за здравствено осигурување. Понудата ги содржи битните елементи на договорот за осигурување и има важност од 30 дена од денот на издавање на понудата од осигурувачот.

(3) Приватното здравствено осигурувањето може да се склучи како колективно и индивидуално (семејно). (4) За осигурување на членови на семејство на вработен кој е осигурен по полиса за колективно приватно здравствено осигурување се издава посебна полиса за приватно здравствено осигурување за членови на семејство (индивидуално семејно).

(5) Осигурувањето секогаш започнува во 00:00 часот на 1-ви во месецот наведен во полисата за осигурување, под услов премијата по понудата да е платена во целост, доколку не е договорено поинаку.

(6) Нови осигуреници не може да се вклучат во тековна полиса за колективно осигурување или полиса за осигурување на членови на семејство, и истите може да се вклучат при обнова на полисата, освен ако поинаку не е договорено.

(7) За вработените кои се вклучиле подоцна во колективна полиса, осигурувањето започнува во 00:00 часот на 1-ви во месецот што следи по прифаќање на понудата за нивно вклучување.

(8) Кога договорот за приватно здравствено осигурување го склучува работодавач за своите вработени, здружение за своите членови или друго правно лице кое има интерес да осигура одредена група на луѓе, заедно со понудата се приложува и изјава за согласност за приватно здравствено осигурување.

Премија и последици поради неплаќање на премијата– член **5**

(1) Премијата за осигурување се утврдува за секоја осигурителна година, а висината на премијата зависи од пристапната возраст на осигуреникот, обемот на покритието и здравствената состојба на осигуреникот, освен ако поинаку не е договорено.

(2) Договарачот на осигурувањето е должен да ја плати премијата за осигурената година однапред, најдоцна на денот на почеток на осигурувањето, освен ако поинаку не е договорено.

(3) Доколку е договорено премијата да се плати однапред, целата или првата рата, обврската на осигурувачот да го исплати надоместот почнува наредниот ден од денот на уплатата на премијата, односно на првата рата од премијата, без оглед на денот на почеток наведен во полисата за осигурување, односно осигурувачот има обврска да исплати надомест само за осигурените случаи настанати наредниот ден од денот на уплатата на премијата, односно на првата рата од премијата.

(4) Доколку е договорено премијата да се плаќа на рати, а стасаната премија не е платена, осигурувачот има право да ја одложи исплатата на надоместот.

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

(6) 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.

(7) Кога се засметуваат роковите за раскинување на договорот поради неплаќање на премија, се смета дека е договорено плаќање на премијата однапред, на денот на почеток на периодот на осигурување.

(8) Годишната премија кај колективно приватно здравствено осигурување за секое осигурено лице му припаѓа на осигурувачот, без оглед дали на осигуреното лице му престанал работниот однос кај договарачот пред истек на осигурителниот период.

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

Пријавување на околности значајни за оцена на ризикот - член 6

(1) Договарачот 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 во прашалникот и понудата за осигурување 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 (датум на раѓање, претходна здравствена состојба), осигурувачот може да бара поништување на договорот, особено ако осигуреникот според вистинската возраст или според здравствената состојба нема способност за осигурување.

(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) 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 на штета

(5) Ако договарачот на осигурувањето направил неточна пријава за годината на раѓање, 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.

(6) 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.

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

(8) 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.

Почеток и траење на осигурувањето- член 7

(1) Договорот за осигурување се склучува за период на траење од една година и може да се обновува секоја следна година.

(2) Осигурувањето започнува на денот наведен во полисата за осигурување како почеток на осигурувањето, и престанува во 00,00 часот на денот наведен како истек на осигурувањето .

(3) Без оглед на договорено траење на осигурувањето, осигурувањето престанува за секој осигуреник одделно во следните случаи:

1. кога на осигуреникот му престанало својството на осигуреник во системот на задолжителното здравствено осигурување во Република Македонија подолго од 60 дена, во текот на периодот на осигурување, во кој случај осигурувањето престанува следниот ден по истек на рокот од 60 дена; 2. на

денот на исплата на штета со која е потрошена вкупната сума на осигурување по полисата за осигуреникот;

3. на денот на смртта на осигуреникот;
4. на денот кога ќе стане деловно неспособен.
5. на денот кога е раскинат договорот за осигурување со договарачот на осигурувањето.

(4) Осигурувањето за секој осигуреник кој ќе наполни 64 години возраст во периодот на осигурување, осигурувањето престанува на денот на истек на полисата и истото не може да се обнови.

Обврски на осигурувачот - член **8**

---

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

(2) Осигурвачот нема обврска за надомест за осигурени случаи настанати во првите 2 месеци од денот на почеток на осигурувањето (каренца), освен за осигурен случај предизвикан од повреда и за превентивна заштита.

(3) Рокот од претходниот став на овој член се смета за секое осигурено лице посебно од денот кога е вклучено во осигурување.

(4) Ограничувањето од став 2 на овој член, не се применува при обнова на осигурувањето, под услов осигуреникот да има континуитет на осигурувањето (без прекин) кај осигурувачот.

(5) Обврската на осигурувачот за надомест на трошоци за здравствени услуги се однесува за трошоци кои настанале исклучиво во периодот на осигурувањето.

Осигурен случај - трошоци за здравствени услуги - член **9**

---

(1) Со приватно здравствено осигурување се осигураат следните трошоци за здравствени услуги настанати заради лекување на акутна болест (основни ризици):

- трошоци за болничко лекување,
- дневен надомест за болничко лекување во јавни здравствени установи (ЈЗУ),
- трошоци за амбулантно лекување,
- трошоци за лекови препишани на рецепт,
- трошоци за превоз со санитетско возило,
- трошоци за физикална терапија,
- трошоци за итно стоматолошко и офталмолошко лекување.

(2) Со приватно здравствено осигурување, покрај ризиците од претходниот став може да се осигураат и следните трошоци за користење на здравствени услуги (дополнителни ризици):

- трошоци за радиотерапија и хемотерапија, во случај на акутна болест,
- трошоци за превентивна заштита, - трошоци за породување.

Осигурени трошоци и осигурени суми за основни ризици - член **10**

---

(1) Врз основа на полисата за приватно здравствено осигурување - осигурувачот надоместува најмногу до **3.000** евра годишно по осигурено лице за трошоци за здравствени услуги што настанале во времетраење на осигурувањето, за сите основни ризици заедно:

- трошоци за болничко лекување (секција 1),
- дневен надомест за болничко лекување во ЈЗУ (секција 2),
- трошоци за амбулантно лекување (секција 3),
- трошоци за лекови препишани на рецепт (секција 4),

- трошоци за превоз со санитетско возило (секција 5),
- трошоци за физикална терапија (секција 6),
- трошоци за итно стоматолошко и офталмолошко лекување (секција 7).

Секција **1 -** Трошоци за болничко лекување со сума на осигурување до **3.000** евра со следните индивидуални ризици и подлимити **:**

А. Индивидулен ризик - Трошоци за болничко лекување при хируршка интервенција со подлимит до 3,000 евра;

Б. Индивидуален ризик - Трошоци за болничко лекување без хируршка интервенција со подлимит до 1,000 евра;

В. Индивидуален ризик - Трошоци за болничко лекување без ноќевање и/или исклучително заради дијагностички постапки и дијагностички интервенции со подлимит до 500 евра и осигуреникот учествува со 25% во првата штета, со 35% во втората штета и 50% во секоја наредна штета;

Г. Индивидуален ризик - Трошоци за болничко лекување при ендоваскуларни и ендоскопски терапевтски интервенции со вграден имплант со подлимит до 2.000 евра;

Д. Индивидуален ризик - Трошоци за болничко лекување при ендоваскуларни и ендоскопски терапевтски интервенции без вграден имплант со подлимит од 1.000 евра.

Секција **2 -** Дневен надомест за болничко лекување во јавна здравствена установа со сума на осигурување до **150** евра**.**

Доколку здравствените услуги дефинирани во секција 1, освен услугите од точка В, осигуреникот ги користел во јавна здравствена установа само по основ на задолжителното здравствено осигурување (на товар на ФЗОМ) **,** осигурувачот исплатува **30** евра за секој болнички ден поминат во јавната здравствена установа. Под болнички ден поминат во јавната здравствена установа се подразбира престој со ноќевање поради хоспитализација во јавна здравствена установа.

Секција **3 -**Трошоци за амбулантно лекување (сите дијагностички постапки и дијагностички интервенции и специјалистички прегледи) со сума на осигурување до **500** евра**.**

Осигуреникот учествува со 25% во првата штета, со 35% во втората штета и 50% во секоја наредна штета.

Оваа сума на осигурување по секција ги вклучува и трошоците за болничко лекување исклучително заради дијагностички постапки и дијагностички интервенции, односно највисокиот износ на обврска кумулативно за трошоци за лекување по секција 3 и секција 1 точка в, изнесува најмногу до 500 евра, во текот на една осигурена година.

Секција **4 - Т**рошоци за лекови препишани на рецепт со сума на осигурување до **150** евра со следните индивидуални ризици со подлимити**:**

А. Индивидулен ризик - **Т**рошоци за лекови препишани на розов рецепт (на товар на осигуреникот) со учество од 25% во секоја штета со подлимит до 150 евра. Осигурувачот не ги надоместува трошоци за било кој лек чија единечна вредност не надминува 600 денари.

Б. Индивидуален ризик - **Т**рошоци за лекови препишани на бел рецепт (на товар на ФЗОМ) во секоја штета со подлимит до 150 евра. Осигурувачот не ги надоместува трошоците на осигуреникот кои не надминуваат 300 денари за еден лек.

Секција **5.** Трошоци за превоз со санитетско возило со сума на осигурување до **500** евра во текот на целата осигурителна година.

Трошоците за превоз се опфатени само под услов да се остварил осигурен ризик од Секција 1, со исклучок на точка В.

Овие трошоци се однесуваат на медицински неопходен превоз со санитетско возило во следните случаи:

- итен случај поради повреда или болест,
- за транспорт на осигуреникот до или од болница, одобрен од доктор како медицински неопходен.

Секција **6.** Трошоци за физикална терапија со сума на осигурување до **150** евра што настанале во времетраење на осигурувањето.

Секција **7.** Трошоци за итно стоматолошко и офталмолошко лекување со исклучок на протетика, со сума на осигурување од **250** евра и учество на осигуреникот од 25% што настанале исклучиво како последица на сообраќајна незгода или повреда на работно место.

Овие трошоци вклучуваат трошоци за неопходно лекување, како последица на надворешен удар на здрав, природен заб или удар на око, настанати во рок од 48 часа од денот на незгодата/повредата, како директна последица од незгодата /повредата што настанала за време на периодот на осигурување.

Осигурени трошоци за лекување на дополнителни ризици **-** член **11**

(1) Врз основа на полисата за приватно здравствено осигурување - осигурувачот може да договори и некои од дополнителните ризици со осигурена сума за дополнителни ризици според наведено во полисата.

Осигурувањето на дополнителни ризици се дефинирани во следните секции:

- трошоци за радиотерапија и хемотерапија (секција 8)
- трошоци за превентивна заштитиа (секција 9)
- трошоци за породување (секција 10)

Секција **8 –** Трошоци за радиотерапија и хемотерапија во случај на акутна болест со сума на осигурување до **2.000** евра;

Секција **9 -** Трошоци за превентивна заштита опфаќаат систематски лекарски преглед - до сума на осигурување наведена во полисата.

Систематскиот лекарски преглед се состои од следното:

- анамнестички податоци (работна анамнеза, главни тешкотии, сегашна болест, фамилијарна анамнеза, лична анамнеза и социјалноепидемиолошки податоци),
- статус по системи и антропометрија (телесна маса, телесна висина и индекс на телесна маса), - основни лабораториски анализи и тоа седиментација, крвна слика (еритроцити, хемоглобин, хематокрит, леукоцити, гликемија, холестерол, триглицериди), урина, шеќер, протеини, билирубин, уробилиноген, седимент,
- испитување на функцијата на видот (острина на видот за близина и далечина), - аудиометрија,
- спирометрија, - ЕКГ (12) одводи.

Може да се договорат и дополнителни испитувања покрај наведените погоре.

Превентивниот лекарски преглед се врши во овластени јавни и приватни здравствени установи кои ја вршат дејноста медицина на труд.

Пред започнување на прегледот, осигуреникот е должен да даде писмена согласност со која ја овластува здравствената установа да достави примерок од извештајот за извршениот превентивен здравствен преглед со целосни податоци до осигурувачот.

Секција **10 -** Трошоци за породување со сума на осигурување до **1000** евра. Опфатени се сите трошоци поврзани со породување на осигуреникот во болницата. Ризикот не е опфатен во првата година на осигурување, односно опфатен е само доколку породувањето настане по истекот на првата осигурителна година, под услов осигуреникот да нема прекин во осигурувањето кај осигурувачот.

Ризици исклучени од здравственото осигурување **-** член **12**

(1) Со здравственото осигурување не се опфатени трошоците за лекување и рехабилитација на следните болести и состојби:

1. Претходна здравствена состојба или болест непосредно поврзана со неа;
2. Хронични болести и состојби, освен трошоците за дијагностицирање на хроничните болести или состојби кои за прв пат се манифестирале за времетраење на полисата за осигурување;
3. Алцхајмерова болест;
4. Цироза на црн дроб;
5. Хепатит тип Б и Ц;
6. Хронични бубрежни заболувања;
7. Мултипна склероза;

8. Заболување на моторни неурони;
9. Парализа;
10. Паркинсова болест;
11. Мускулна дистрофија;
12. Деменција;
13. Ревматоиден артритис;
14. Психијатриски болести и состојби;
15. Епилепсија;
16. СИДА, комплексен синдром поврзан со СИДА (АРЦС) и сите болести поврзани со вирусот ХИВ; 17. Бременост и породување;
18. Офталмолошки болести;
19. Стоматолошки болести, превентива, куратива и протетика;
20. Бенигна хипертрофија на простата;
21. Миомектомија, ендометриоза освен поради малигно заболување;
22. Фисури и или фистули во анус, хемороиди;
23. Артритис, гихт, ревматизам и 'рбетни нарушувања;
24. Замена на зглобови освен ако не е последица од незгода;
25. Болести на синуси;
26. Камења во уринарниот систем и во жолчните патишта;
27. Кожни тумори, освен малигни;
28. Дијализа;
29. Операција на крајници, аденоиди и синуси;
30. Чир на желудник и на дванаесетпалачно црево;
31. Пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и нарушување на вниманието, хиперактивност); 32. Трансплантација на органи;
33. Астма;
34. Хемофилија;
35. Кронова болест и улцерозен колитис; 36. Венерични болести.

(2) Со здравственото осигурување не се опфатени трошоци за било какви здравствени услуги поврзани со:
1. Алкохолизам, злоупотреба на дрога и злоупотреба на супстанци, состојби на зависности од кој било вид и секоја повреда или болест која директно или индиректно произлегува од ваквата злоупотреба или состојба на зависност; 2. Контрацепција, стерилизација (или враќање во претходна состојба по истите), вазектомија, промена на пол или кој било друг облик на состојба поврзана со пол, лекување на неплодност и поврзана состојба, биомедицински потпомогнато оплодување, обрежување;

3. Естетска хирургија или корективна хирургија, отстранување сало или друг вишок на телесно ткиво и какви било последици од ваков медицински третман, губење тежина или проблеми со тежина поради нарушувања во исхраната, без оглед дали е изведено со психолошка цел, освен ако не е потребно како директен резултат на незгода или операција поради канцер што се појавува за време на периодот на осигурување;

4. Палијативно лекување, лекување во болница за нега, домашно лекување;

5. Експериментално и непотврдено лекување и последици од истите;

6. Вакцинации и имунизации;

7. Генетски испитувања;

8. Учество на осигуреникот во професионален спорт (не вклучувајќи рекреативно или аматерско учество), како и рекреативно или професионално учество во кој било опасен спорт или активност како што се: спортови со мотори, воздушни спортови, нурење (без оглед на длабочината) кој било спорт со животни, брзински натпревар, скијање вон патека и трки од кој било вид (освен пеш)и други опасни споретови;

9. Медицински третман поврзан со криопрезервација, имплантација или реимпланатција на живи клетки или живи ткива без оглед дали се автологни или се добиени од донатор;

10. Радиотерапија и хемотерапија, освен ако поинаку не е договорено.

(3) Со здравственото осигурување не се опфатени трошоците за: - лекови со рецепт како што се витамини, лековити билки, лекови во експериментална и истражувачка фаза, 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,

- набавка на слушни помагала, перики или уметоци за коси, протези, медицински помагала или корективни апарати,

и во случај кога истите се препишани за лекување на последиците од осигурен случај.

Исклучување на обврските на осигурувачот – член 13

Исклучени се обврските на осигурувачот од договорот за приватно здравствено осигурување и осигуреникот нема право на надомест ако осигурениот случај настанал како последица на:

- земјотрес,
- војна и воени операции без оглед дали војната е објавена или не,
- револуции, граѓански немири, побуни, саботажи, тероризам и други слични настани,
- болести од епидемиски или пандемиски размери,
- самонанесена повреда, самоубиство или обид за самоубиство или повреда од непотребно изложување на опасност освен при обид за спасување човечки живот;
- злонамерни или измамнички постапки на осигуреникот или последици од нив.

Обврски на осигуреникот при настанување на осигурен случај – член 14

(1) Кога ќе настане осигурен случај, осигуреникот мора веднаш да го извести осигурувачот, давајќи ги сите детали. (2) Во случај на болест или повреда, осигуреникот е должен да постапува според советите на здравствените работници за неговата нега, третман и рехабилитација, да соработува со осигурувачот за секој преглед што ќе го побара осигурувачот, и за секоја опсервација во болница што ќе биде организирана од страна на осигурувачот, на сметка на осигурувачот.

(3) Осигуреникот е должен да му ги соопшти на осигурувачот сите материјални факти што се од значење за утврдување на правата од приватното здравствено осигурување.

(4) Кога се поднесува барање за надомест на штета за трошоци за лекување, а осигуреникот последователно поднесе барања за надомест на штета за трошоци за лекување од повреда или болест што на никаков начин не е поврзана со претходното барање за надомест на трошоци за лекување на повреда или болест, последователното барање ќе се смета за ново барање.

(5) Осигурувачот го има правото да побара обдукција во случај на смрт под услов обдукцијата да не е забранета со закон. (6) Со исплатата на надоместот од осигурувањето преминуваат врз осигурувачот, според самиот закон, до висината на исплатениот надомест, сите права на осигуреникот спрема лицето кое по која и да е основа е одговорно за штетата. (7) Ако по вина на осигуреникот е оневозможено ова преминување на правата врз осигурувачот, во целост или делумно, осигурувачот се ослободува во соодветна мера од својата обврска спрема осигуреникот.

Одобрение за користење здравствени услуги (авторизација) – член 15

(1) Осигуреникот е должен да побара одобрение пред користење на осигурените здравствени услуги во случај на :

- лекување на малигни заболувања;
- болничко лекување
- превентивна заштита;
- бременост и породување;
- за вонболничко лекување и трошоци кои надминуваат 25.000 денари по една интервенција, на барање од Осигуреникот, Осигурувачот согласен е да даде одобрување за авторизација, за директна исплата кон приватната здравствена установа

(2) Барањето за одобрение за користење на здравствени услуги се доставува од страна на осигуреникот или здраствената установа во форма на пополнет формулар за авторизација со пропратна спецификација на трошоци за медицинската дијагностика, процедура или третман најмалку 10 дена пред закажаниот датум на медицинска процедура или третман.
Одобрението за користење на здравствени услуги се издава пред отпочнување на медицинската дијагностика, процедура или третман.
Одобрението за користење на здраствени услуги може да не биде издадено доколку се бара во пократок рок од наведениот или со барањето не се доставени доволен број на докази за одлучување по истото.

(3) Осигурувачот нема обврска за издавање на одобрение за користење на здравствени услуги за медицинска дијагностика, процедура или третман при итен случај.

(4) Издавањето на одобрение за користење на здравствени услуги не гарантира исплата на штетата.

(5) Непридржувањето кон процедурата за авторизација резултира со автоматско учество на осигуреникот во секоја штета (партиципација) во износ од 40%, доколку по завршување на лекувањето и разгледување на целокупната документација, се утврди дека лекувањето би било одобрено од страна на осигурувачот.

(6) Осигурувачот нема да побара партиципација доколку утврди дека се работело за итен случај.

(7) Доколку при подоцнежното разгледување на мединциските извештаи, се утврди дека се работи за лекување кое не би било одобрено, односно дека осигуреникот нема право на надомест на штетата, барањето за надомест на штетата ќе биде одбиено, без оглед на претходно издаденото одобрение.

Поднесување на барање за исплата на штета – член 16

(1) Барањето за надомест на штета се поднесува на формулар на осигурувачот (пријава на штета за колективно приватно здравствено осигурување).
(2) Пополнетиот формулар заедно со сметките и лекарскиот извештај, мора да биде доставен до осигурувачот веднаш по завршување на лекувањето.
(3) Осигуреникот, односно договарачот на осигурувањето, има обврска, на барање на осигурувачот, да му ги достави сите дополнителни објаснувања и документи.
(4) Осигуреникот има обврска да даде писмена согласност за откривање на неговите лични и медицински податоци на осигрувачот во здравствената установа во која се лекувал, а по потреба и кај неговиот избран (матичен) лекар.

Утврдување и исплата на надомест - член 17

(1) Осигурувачот утврдува дали пријавената штета е предмет на осигурување и во кој износ според овие Посебни услови и договорот за осигурување, а врз основа на целокупната документација приложена во штетата.

(2) Дали одредена штета е исклучена од покритието како претходната здравствена состојба, осигурувачот утврдува врз основана на прашалникот за здравствена сосотојба, изјава на осигуреникот при пријава на штета, врз основа на лекарскиот извештај од превентивниот преглед и врз основана на медицинска документација од лекувањето и мислење на докотор – цензор по истата.

(3) За сите осигурени ризици, освен дневен надомест за болничко лекување,трошоци за лекови и трошоци за амбулантно лекување, осигурувачот го исплаќа надоместот на штетата директно на осигуреникот или на здравствената установа - давател услугата.

(4) Осигурувачот ќе го исплати надоместот на штетата 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, односно од комплетирање на потребната документација.

Валутна клаузула- член 18

(1) Осигурените суми се договораат во валутна клаузула –евро.

(2) При исплата на надоместот во денари, осигурената сума се пресметува во денарска противвреност на еврото според средниот курс од курсната листа на Народната банка на Република Македонија на денот на пресметката за исплата.

Вонсудско решавање на спорови - член **19**

(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 30 дена од прием на истиот.

Застарување на побарувањата - член **20**

(1) Побарувањата од страна на осигуреникот односно од трето лице од договорот за осигурување, склучен според овие услови, застаруваат 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 на осигурувачот од договорот за осигурување застаруваат за 3 (три) години.

Примена на законските прописи – член **21**

На договорот за осигурување склучен по овие Посебни 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.

Обврска за чување на доверливи податоци-член **22**

(1) Осигурувачот е во обврска да ги чува податоците од договорот за осигурување како доверливи податоци, согласно Законот за супервизија на осигурување, Законот за заштита на правата на пациентите 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 во рамки на утврдените надлежности;

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, осигуреникот) за неговите сопствени податоци кои се чуваат во регистрите на осигурувачот, како и да корегира податоци во регистрациите иницирани од осигуреникот.

Право на жалба - член 23

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.

Право на претставка - член 24

(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,
- Интерниот 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 Посебни услови за колективно приватно здравствено осигурување се донесени од Управниот одбор на Акционерското друштво за осигурување ЕУРОЛИНК Скопје, на 20-тата редовна седница одржана на 06.11.2015 година со Одлука број 0202-11304/4 со примена од истиот ден; измени и дополнувања донесени на 187-таседница одржана на 11.08.2025 со Одлука број 0202-16203/3 со примена од_11.08.2025 година

Август, 2025 година