САВА осигурување, а.д. Скопје
Бр. 02-32650/13
09.07.2025 год.

УЗДР-САЛ 1/2025

Број: од 09.07.2025 година
Датум на примена: 01.08.2025 година

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО-АМБУЛАНТНО ЛЕКУВАЊЕ

ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

(1) Овие Општи услови за осигурување на специјалистичко-амбулантно лекување(во понатамошниот текст: Услови) се составен дел на договорот за осигурување што договорувачот на осигурувањето ќе го склучи со САВА осигурување а.д. Скопје (во понатамошниот текст: Осигурувач).

(2) Овие услови се применуваат на договорите за осигурување на лица со исклучок на оние видови на договори за осигурување лица кои изрично ја исклучуваат примената на овие услови

(3) Овие услови се темелат на Законот за здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗЗО), Законот за доброволно здравствено осигурување (во понатамошниот текст ЗДЗО), Законот за облигационите односи (во понатамошниот текст ЗОО), Законот за супервизија на осигурувањето (во понатамошниот текст ЗСО), како и останатите подзаконски акти донесени врз основа на овие закони, и на соодветен начин се применуваат на договорот за осигурување кој што го склучуваат договорувачот на осигурувањето и осигурувачот.

Осигурување на специјалистичко-амбулантно лекување (во понатамошниот текст:лекување) е доброволно приватно здравствено осигурување кое врз основа на основани утврдени медицински индикации во случај на новонастанати болести, состојби или повреди ги покрива трошоците на осигуреникот за дадени амбулантни, специјалистички здравствени услуги, дијагностицирање и лекување кај даватели на здравствени услуги, најавени преку асистентскиот центар на осигурувачот, како и трошоците за издавање на лекови во аптека.

Со доброволно приватно здравствено осигурување, согласно Законот за доброволно здравствено осигурување, се покриваат 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 кои се врши здравствена дејност и кај правни лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски помагала.

ЗНАЧЕЊЕ НА ПОИМИТЕ

Член 2

(1) Во овие услови сите изрази користени во машки род важат и за лица од женски пол и за лица од машки пол.

(2) Изразите наведени во овие услови го имаат следното значење:

1) **Осигурувач** е Сава Осигурување а.д. , Скопје;
2) **Понудувач** е лице кое сака да склучи договор за осигурување и за таа цел поднесува понуда до осигурувачот;
3) **Договорувач** е лице со кое осигурувачот склучува договор за осигурување. Во улога на договорувач може да се јави осигуреникот, работодавецот за своите вработени и членовите на нивните семејства, здруженија за своите членови или друго правно или физичко лице кое има интерес да осигури одредена група на луѓе;
4) **Осигуреник**, е физичко лице кое ги користи правата утврдени со договорот за доброволно приватно здравствено осигурување;
5) **Семејство** е животна заедница на родители и деца и други роднини, ако живеат во заедничко домаќинство
6) **Возраст на осигуреникот** е разликата помеѓу годината на почеток на осигурување и годината на раѓање на осигуреникот;
7) **Дете** е лице помладо од осумнаесет (18) години;
8) **Премија за осигурување** е износ кој се задржува, односно плаќа по договорот за осигурување
9) **Сума на осигурување** е највисокиот износ до кој осигурувачот е во обврска наведен во полисата за осигурување.
10) **Осигурителна година** е период од една (1) година која почнува на денот на почеток на осигурување;
11) **Каренца** е временски период на почетокот на договореното траење на осигурувањето утврден од страна на осигурувачот, во кој се исклучени обврските на осигурувачот доколку настане осигурен случај.
12) **Надомест од осигурување** е износ на трошоци за здравствени услуги и лекови кој осигурувачот го исплаќа при настапување на осигурениот случај;
13) **Осигурен случај** е иден, неизвесен и независен од волјата на осигуреникот настан врз основа на кој настануваат обврските на осигурувачот од договорот за осигурување, односно настан предизвикан од осигурен ризик;
14) **Несреќен случај** е секој ненадеен и од волјата на осигуреникот независен настан, кој дејствувајќи главно однадвор и одеднаш на телото на осигуреникот, има за последица нарушување на здравјето за кое е потребна лекарска помош, односно лекување во болница.;
15) **Франшиза** е учество на осигуреникот во штета;
16) **Партиципација** претставува дел од трошоците за здравствени услуги и лекови, регулирани со Законот за задолжително здравствено осигурување, кои при остварување на правата од задолжително здравствено осигурување, осигуреникот сам ги сноси;
17) **Здравствени услуги** се стручно доктринирано признати медицински услуги во Р. С. Македонија и се изведуваат кај даватели на здравствени услуги;
18) **Лекување** опфаќа специјалистичко лекување, комплексна дијагностичка постапка, хируршки зафат во дневна болница или амбулантна рехабилитација;
19) **Специјалистичко лекување** се специјалистички амбулантни услуги, одредени во член 7 од овие Услови;
20) **Комплексни дијагностички постапки** се комплексни дијагностички анализи, одредени во член 8 од овие Услови;
21) **Хируршки зафати во дневна болница** се дијагностички и терапевтски зафати во склоп на дневна болница, одредени во член 9 од овие Услови;
22) **Амбулантна рехабилитација** се услуги за амбулантна терапија, одредни во член 10 од овие Услови;
23) **Причина за лекување** се секојдневни тешкотии, знаци на болести или симптоми поради кои осигуреникот остварува право од осигурување;
24) **Вродена маана** е состојба или болест која постои при раѓање поради наследни фактори, односно околности кои се развиваат во тек на бременост и е откриена при раѓање или кога било подоцна;
25) **Претходна состојба** е болест, состојба односно повреда (вклучувајќи здравствени тешкотии, знаци на болест или симптоми) која настанала пред склучување на осигурување, односно постоела при склучување на осигурување, без разлика дали била дијагностицирана, односно лекувана и дали му била

позната на осигуреникот или не можела да остане непозната;

26) **Повреда** е промена или нарушеност на ткивото, органот, односно организмот која не содржи елементи на болест или дегенеративен процес кој ја зголемува склоноста кон повреди и настанува поради несреќен случај;

27) **Болест** е абнормална состојба на организмот која ја отежнува функцијата на телото;

28) **Новонастаната болест, состојба или повреда** е болест, состојба односно повреда која ќе настапи по склучување на осигурувањето, односно при склучувањето на осигурувањето постоела, но не е дијагностицирана, односно лекувана и осигуреникот не знаел за неа, односно не можел да знае, бидејќи немал здравствени тешкотии, знаци на болест или симптоми (во понатамошниот текст новонастаната болест);

29) **Хронична болест**, состојба или повреда е болест, состојба односно повреда која:
- Се развива полека и долго трае,
- Се повторува или е веројатно дека ќе се повтори,
- Предизвикува трајни здравствени последици, односно потребен е постојан медицински надзор, ублажување на симптомите, лекување, рехабилитација, односно здравствена нега. Хронични болести се сметаат и очекуваните компликации поради истата болест, состојба односно повреда, како и болести, состојби односно повреди наведени во прашалникот за здравствена состојба (во понатамошниот текст хронична болест);

30) **Давател на здравствени услуги** се здравствените установи кои имаат решение за дозвола за работа издадена од Министерството за здравство и правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала, како и здравствени установи и приватни здравствени работници кои се вклучени во мрежата за јавна здравствена служба, а во согласност со позитивните законски прописи од оваа област одобрени од страна на осигурувачот;

31) **Упат** е образец за задолжително здравствено осигурување со кој општ лекар или специјалист го упатува осигуреникот по нивоа и видови на здравствени услуги;

32) **Розов рецепт** е службен образец за рецепт;

33) **Лек** се лекови одредени во член 11 од овие Услови.

34) **Итен Случај** е укажување на итни здравствени услуги чие неизвршување за кусо време би можело да предизвика непоправливо и тешко оштетување на здравјето на пациентот или негова смрт.

35) **Асистентски центар** е организациска единица на осигурувачот која осигуреникот, односно корисниците треба да ја контактираат при настанување на осигурен случај и која стои на располагање 24 часа на ден, на бесплатниот телефонски број кој е наведен на полисата за осигурување.

СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОР ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 3

(1) Договор за осигурување се склучува врз основа на писмена понуда и се смета за склучен кога договорувачот и осигурувачот ќе ја потпишат полисата за осигурување.

(2) Со потпишување на понудата, понудувачот изјавува дека пред склучување на договорот за осигурување бил запознаен со условите за осигурување и дека договорните одредби се во согласност со договореното меѓу договорните страни.

(3) При склучување на договор за осигурување, осигуреникот потполнува прашалник за здравствената состојба кој е составен дел од понудата. Врз основа на прашалникот за здравствена состојба осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува висината на премијата за осигурување и евентуални исклучувања на неговите обврски поврзани со здравствената состојба на осигуреникот при склучување на договорот. Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена после раѓање, не е потребно пополнување на прашалник за здравствена состојба.

(4) Ако за склучување на осигурување е потребен лекарски преглед, осигуреникот, по барање и во организација на Осигурувачот, го прави во рок од триесет (30) дена. Ако за склучување на осигурувањето е потребна дополнителна здравствена документација, осигуреникот му ја доставува на Осигурувачот на негово барање во рок од триесет (30) дена.

(5) Ако договорувачот и осигуреникот не се исто лице, понудата мора да содржи писмена согласност од осигуреникот за склучување на осигурувањето, освен во случаите кога родителот доставува понуда за своите малолетни деца.

(6) Ако осигурувачот не ја прифати писмената понуда, должен е во рок од 8 (осум) дена од денот на нејзиниот прием писмено да го извести понудувачот за тоа.

(7) Ако осигурувачот не ја одбил понудата која што не отстапува од условите по кои се врши осигурувањето, истото ќе се смета за склучено од денот кога понудата пристигнала кај осигурувачот.

(8) Договорот за осигурување може да се склучи на индивидуална или колективна основа.

(9) Во случај кога е договорено колективно осигурување, полисите за осигурување се издаваат за секое осигурано лице поединечно.

ФОРМА НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 4

(1) Договорот за осигурување и сите додатоци на договорот важат само ако се склучени во писмена форма.

СПОСОБНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 5

(1) Согласно овие услови може да се осигураат лица од раѓање до возраст од 64 години. Лица на возраст од 65 години до 74 години може да бидат осигурани со доплаток на премијата за осигурување. Лица постари од 74 години не може да бидат осигурани во никој случај.

(2) Согласно овие услови може да се осигураат физички лица кои имаат престој во Р. С. Македонија и кои врз основа на Законот за здравствено осигурување имаат статус на осигурени лица со задолжително здравствено осигурување согласно прописите од задолжително здравствено осигурување.

(3) Согласно овие услови може да се осигураат и физички лица странски државјани кои не се опфатени со системот на задолжително здравствено осигурување, и тоа само за трошоци за здравствени услуги кои не се покриени со задолжителното здравствено осигурување и за користење на здравствени услуги во здравствени установи надвор од мрежата на здравствени установи и во правните лица кои вршат изработка, издавање и сервисирање на ортопедски и други помагала.

(4) Осигурениците од став (2) на овој член со губење на својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување, го губат и својството на осигуреници во приватното здравствено осигурување.

(5) Исклучок од ставот (4) на овој член се осигурениците во приватното здравствено осигурување кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.

(6) Членови на семејство се брачни или вонбрачни партнери и нивните деца со иста адреса на живеење.

(6) Дете може да се осигура само заедно со родителот.

ОБЕМ НА ПОКРИТИЕ

Член 6

(1) Осигурувањето ги покрива трошоците за дијагностицирање, односно лекување на новонастанатата болест, состојба или повреда кои врз основа на основани медицински индикации, настануваат кај давателот на здравствени услуги поради дадените здравствени услуги за специјалистичко лекување, односно бараната дијагностичка постапка, хируршки зафати во дневна болница, амбулантна рехабилитација и издавањето на лекови во аптека.

(2) Медицински основана индикација според овие Услови значи дека лекувањето, односно лекот се оправдани, бидејќи согласно дијагнозата и медицинската доктрина ги препишал надлежен лекар и се соодветни со оглед на здравствената состојба на осигуреникот.

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Член 7

(1) Специјалистичко лекување се специјалистичко-амбулантни услуги кои се потребни за поставување на дијагноза, односно за лекување на новонастанатите болести.

(2) Специјалистичкото лекување се изведува на следните специјалистичко-консултативни области:

1) гинекологија,
2) васкуларна хирургија,
3) гастроентерохепатологија,
4) дерматовенерологија,
5) дигестивна хирургија,
6) ендокринологија,
7) интерна медицина,
8) кардиологија,
9) неврологија,
10) нефрологија,
11) ортопедија,
12) оториноларингологија,
13) офталмологија,
14) педијатрија,
15) пулмологија,
16) ревматологија,
17) торакалана хирургија,
18) трауматологија,
19) урологија,
20) хематологија,
21) пластична хирургија,

(3) Специјалистичкото лекување опфаќа:

1) Специјалистички преглед,
2) Соодветни едноставни дијагностички анализи (основни сликовни, функционални и лабораториски анализи и мерења), како и
3) Соодветни едноставни амбулантни зафати.

(4) Соодветна едноставна дијагностичка анализа е, на пример, РТГ, УЗ, ЕКГ, ЕМГ, ЕЕГ, ВЕП, ОЦТ, лабораториска анализа, спирометрија.

(5) Соодветно едноставен амбулантен зафат е парентерална апликација на лек, апликација на блокади, пункција, нега на рани, отстранување на туѓо тело, отстранување на помали кожни израстоци, биопсија.

КОМПЛЕКСНИ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТАПКИ

Член 8

(1) Комплексната дијагностичка постапка ги опфаќа сите дијагностички постапки кои се продолжение на специјалистичкото лекување и кои се потребни за поставување на дијагноза на новонастанатата болест.

(2) Комплексна дијагностичка постапка е компјутерска томографија (ЦТ, ЦТА), магнетна резонанса (МР,МРА), позитронска емисиска томографија (ПЕТ), сцинтиграфија, ириграфија, УЗ водена биопсија на внатрешните органи и простатата, ендоскопски УЗ, артрографија, гастроскопија, колоноскопија, миелографија и патохистолошко испитување.

ХИРУРШКИ ЗАФАТ ВО ДНЕВНА БОЛНИЦА

Член 9

(1) Хируршки зафат во дневна болница опфаќа дијагностички и терапевтски зафати во склоп на дневна болница и е продолжение на специјалистичко лекување, или потребна дијагностичка постапка, и кои се потребни за поставување на дијагноза, односно за лекување на новонастанатата болест. Услуги на Дневна болница се здравствени услуги кои траат помалку од дваесет и четири (24) часа и обично не преку ноќ;

(2) Хируршки зафат во дневна болница подразбира зафат на око (сива мрежа, птеригија, пингвекула, ксанталазма, ентопија), зафат на солзните жлезди и канали,, хируршки зафат во дневна болница за лекување на проширени веникоронографија, ПТА, ректоскопски зафат, полипектомија, УЗ разбивање на бубрежни камења, ЕРЦП, , инцизија на аналната фисура интервенција во завршниот дел на дебелото црево, класична или ендоскопска мукотомија, ендоскопска аблација на полипи, поголема ексцизија на израстоци на кожата, лузни и меки делови, како и електрокоагулациски промени на кожата.

АМБУЛАНТНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Член 10

(1) Амбулантна рехабилитација опфаќа услуги од амбулантна физиотерапија, работна терапија, кои претставуваат специјалистичко лекување или комплексна дијагностичка постапка или зафати потребни за лекување на новонастанатата болест препишани од специјалист од соодветната област .

(2) Амбулантна рехабилитација се изведува на подрачјето на физијатрија и амбулантна рехабилитација.

ЛЕКОВИ

Член 11

(1) Осигурувањето ги покрива трошоците за лекови кои при изведувањето на специјалистичкото лекување, хируршкиот зафат во дневна болница и амбулантна рехабилитација според член 7, член 9 и член 10 и согласно дијагнозата, медицинската доктрина и здравствените инструкции потребни за лекување на новонастанатата болест, се препишани на розов рецепт, но најмногу за 30 дена и се издадени во аптека.

(2) Лекот треба да биде препишан од доктор специјалист.

ПСИХИЈАТРИСКИ УСЛУГИ

Член 12

(1) Психијатриски услуги се опфатени до наведениот лимит при следните случаи:

1) смртен случај во семејството;
2) малигни заболувања на осигуреникот или член на семејството;
3) силување, или
4) физичко насилство.

Осигуреникот има право на надомест на трошоци за овие услуги максимално до договорениот лимит наведен во полисата за осигурување за времетраење на осигурителното покритие, односно во осигурителната година кога осигураниот случај настанал, без оглед дали времетраењето на користењето на услугите се протега во скаденца од една иста или две полиси.

ВИСИНА НА ОСИГУРИТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Член 13

(1) Висината на осигурителното покритие е дефинирана со годишната сума на осигурување која е одредена во полисата за осигурување.
(2) Во осигурителната година за лекување од иста причина се покриени трошоците за:

1) здравствени услуги кои опфаќаат три (3) специјалистички лекувања, две (2) комплексни дијагностички постапки и два (2) хируршки зафати во дневна болница.

2) прво издавање на лекови во количина која е потребна за лекување на новонастанатата болест, но најмногу за триесет (30) дена.

ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ
Член 14

(1) Кога новонастанатата болест медицински ќе се одреди како хронична болест, осигурувачот во врска со таа болест, состојба, односно повреда нема повеќе обврска од договорот за осигурување.
(2) Не е можно пренесување на неискористената годишна сума на осигурување од претходната осигурителна година.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ
Член 15

(1) Осигурувачот нема обврски:

1) поврзани со претходни состојби, освен ако при склучување на осигурувањето му биле пријавени и ако истиот ги прифатил;

2) доколку во периодот на каренца осигуреникот оствари лекување поради новонастаната состојба/болест, осигурувачот нема обврска за надомест на трошоците за конкретно лекување/дијагноза ниту по истекот на каренцата, освен ако не е поинаку договорено

3) поврзани со болест, состојба односно повреда која во договорот за осигурување е наведена меѓу исклучените обврски на осигурувачот;

4) за лекувања кои не се медицински индицирани или се последица на лекарска грешка или нивната цел била подобрување на психофизичката состојба на осигуреникот.

5) во случај договорувачот односно осигуреникот да дале невистинити податоци, премолчиле, се користеле со измама, фалсификат или злоупотреба .

(2) Осигурувачот не ги покрива трошоците поврзани со:

1) за медицинско испитување и медицинска документација, вклучувајќи ги преводите, како и копиите на истата документација кои осигуреникот е должен да ги поднесе како доказ за настанувањето и постоењето на осигурен случај,

2) второ мислење, освен за дијагностицирано малигно заболување

3) услуги на алтернативно, комплементарно или експериментално лекување;

4) медицински помагала или импланти, освен ако се составен дел на хируршкиот зафат во дневна болница;

5) превоз на служби за спасување, итна медицинска помош, превентивна и здравствена нега;

6) дијализа;

7) вакцинација;

8) генетски испитувања;

9) придружба на осигуреникот, трошоци за сместување и исхрана, како и трошоци за комуникациски услуги;

10) трансплантација, повреди и компликации после оперативни зафати, како и отстранување на внатрешниот остеосинтетски состав;

11) вродени мани;

12) професионални болести;

13)полово преносливи болести,HPV, ХИВ,кламидија,сифилис гонореа, микоплазма,уреоплазма,трихономас,СИДА

14) епилепсија и парализа

14) специјалистички лекувања и интервенции од козметички и естетски причини,

15) душевни болести, општи физички отежнувања, нарушувања во исхраната, како и последици на акутна стресна реакција;

16) бременост, неплодност, стерилизација, вештачко оплодување, вештачко прекинување на бременост без медицинска причина;

17) породување, освен доколку не е поинаку договорено и платена дополнителна премија;

18) рефракциска аномалија на окото (кратковидост, далековидост, астигматизам), освен ако е последица од повреда;

19) прекумерно уживање во алкохол, односно други психоактивни материи;

20) промена на пол;

21) жулјеви, задебелени односно сраснати нокти;

22) стоматолошки услуги;

23) повторно издавање на лекови со иста активна супстанција заради иста причина на лекување;

24) лекови кои се издаваат без рецепт;

25) лекови препишани на рецепт со превентивна цел;

26) лекови за лекување на еректилна дисфункција, лекови за намалување на прекумерна тежина, лекови за отстранување на андрогена алопеција, како и контрацептива, освен кај хормонално лекување;

27) лекови кои се препишани заради диететско, дезинфекциско, негувателско и козметичко дејство;

28) биолошки лекови;

29) состојби кои произлегуваат од перинаталниот период;

30) грип и акутни инфекции на горните дишни патишта;

31) цревни инфекциски болести и зоонози;

32) пречки во развојот на детето (дислексија, пречки во учењето, низок раст и нарушување на вниманието со хиперактивност).

33) учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

34) болничко лекување, освен доколку не е поинаку договорено и платена дополнителна премија

35) трошоците за правно, односно друго застапување на осигуреникот во постапката за решавање на осигурениот случај.

(3) Исклучени се обврските на осигурувачот кога до болест, состојба односно повреда дошло поради или е поврзано со:

1) воени или на нив слични дејства, саботажа, терористички активности, инциденти, востанија, револуции и друго, без оглед на тоа дали осигуреникот во нив учествувал;

2) епидемија, пандемија, загадена средина, радиоактивно зрачење, директно и индиректно дејствување на нуклеарна енергија, како и природни катастрофи;

3) подготвување, обид или извршување кривично дело, како и за време на бегство после такво дело;

4) физичка пресметка, освен во случај на службено докажана самоодбрана, што осигуреникот сам ја докажува;

5) самоповредување или обид за самоубиство;

6) управување со возило, воздушни летала, пловни објекти и механизација без законска задолжителна дозвола;

7) професионални спортски активности и изложување на екстремни спортови и активности: авто – трки, искачување по карпи, планинарење на планини повисоки од 3.000 метри надморска височина, одење по пештери – спелеологија, алипнизам, авијација и параглајдерство, падобрански скокови, банџи скокови, веслање на диви

води, ски алпинизам, нуркање и сите видови боречки вештини.

8) Дејство на алкохолни, опојни и други наркотици и тоа:
- ако за осигуреникот при несреќниот случај е константирано дека имал повеќе од 10,8 мил. на мол (0,5%) алкохол во крвта
- ако алкотестот е позитивен, а осигуреникот не се погрижи со анализа во крвта детално да се утврди степенот на алкохол во крвта; со стручен преглед се утврди дека покажува знаци на пореметеност поради уживање на опојни и други наркотици
- ако одбие или ја избегне можноста за утврдување на степенот на неговата алкохолизираност или присуство на опојни и други наркотици во неговиот организам
- ако за осигуреникот при несреќен случај е констатирано дека имал присуство на наркотици или други опојни средства

9) неодговорно однесување, односно недостиг на правилно однесување на осигуреникот во случај да не се придржува на упатствата на лекарот кој го лекува;

(4) Исклучена е било каква одговорност на осигурувачот во врска со квалитетот на здравствените услуги обезбедени од давателот на здравствени услуги.

(5) Исклучени се обврските на осигурувачот поради непочитување на обврските од став (1) од член 23 од овие услови.

ОБВРСКИ НА ДОГОВОРУВАЧОТ
Член 16

(1) Ако договорувачот и осигуреникот не се исто лице, договорувачот го запознава осигуреникот со одредбите на договорот за осигурување. Се смета дека осигуреникот е запознаен со условите на склучување на осигурувањето.

(2) Договорувачот, односно осигуреникот должен е кон осигурувачот:

1) при склучување на договорот за осигурување да ги пријави сите околности кои се неопходни за процена на ризикот и кои му се познати или не можеле да му останат непознати. Особено важни се сметаат оние околности без кои не е можно да се склучи, односно се такви што осигурувачот би го склучил осигурувањето под посебни или изменети услови, односно не би го склучил осигурувањето.

2) За времетраење на осигурувањето ажурно да посредува со лични и други податоци, како и околности и нивната промена важна за изведување на осигурувањето.

(3) Договорувачот е должен да го обезбеди плаќањето на премијата за осигурување на начин и во рокови кои се одредени во договорот за осигурување.

(4) Договорувачот на осигурувањето односно осигуреникот има обврска да го извести осигурувачот за промена на статусот на осигурено лице во системот на задолжително здравствено осигурување.

ОКОЛНОСТИ ЗНАЧАЈНИ ЗА ОЦЕНА НА РИЗИКОТ
Член 17

(1) Ако договорувачот 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.

(2) Во случај на поништување на договорот поради намерна неточна пријава осигурувачот ги задржува наплатените премии и има право да бара исплата на премијата за периодот на осигурување во кој побарал поништување на договорот.

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

(4) Ако договорувачот, односно осигуреникот направил неточна пријава или пропуштил да даде должно известување, а тоа не го направил намерно, осигурувачот може по свој избор во рок од еден месец од дознавање на неточноста или нецелосната на пријавата, да изјави дека го раскнинува договорот или да предложи зголемување на премијата сразмерно со зголемениот ризик.

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

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

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

ТЕРИТОРИЈАЛНА ВАЖНОСТ НА ОСИГУРУВАЊЕТО
Член 18

(1)Осигурувањето го покрива лекувањето на територијата на Р. С. Македонија.

ФРАНШИЗА
Член 19

(1) При остварување на правото на надомест од осигурување, осигурувачот во целост ги надоместува трошоците за здравствените услуги, лекови и амбулантска рехабилитација, односно осигурувањето се склучува без учество на осигуреникот во штета (франшиза).

(2) По исклучок, осигурувањето може да се договори со определен процент на име сопствено учество на осигуреникот во штета (франшиза).

ТРАЕЊЕ НА ДОГОВОРОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ
Член 20

(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 во 24.00 часот на оној ден што во полисата е договорен како ден на престанување на осигурувањето.

(2)Ако во полисата е означен само почетокот на осигурувањето, секоја страна може да го раскине договорот со денот на стасаноста на премијата, известувајќи ја писмено другата страна најдоцна еден месец пред датумот на стасаноста на премијата.

(3) Осигурувањето престанува за секој осигуреник во 24.00 часот, без оглед колку е договорено траењето, оној ден кога:

1) осигуреникот ќе почине. Ако осигурувањето престане со смрт на осигуреникот при што истиот нема пријавено штета согласно овие услови, осигурувачот има право да задржи премија во пропорција за периодот за кој дал осигурително покритие. Доколку осигурувањето престане со смрт на осигуреникот, при што истиот има пријавено штета согласно овие услови, осигурувачот го задржува полниот износ на премија за тековната осигурителна година;

2) ќе биде раскинат договорот за осигурување поради неплаќање на премија во смисла на член 22 од овие услови;

3) осигурувачот во целост ќе ја исплати договорената осигурена сума;

4) осигуреникот ќе го изгуби својството на осигуреник или осигурено лице во системот на задолжително здравствено осигурување. Исклучок се осигурениците кои го изгубиле својството на осигуреници и осигурени лица во системот на задолжителното

здравствено осигурување не подолго од 60 дена, со прекин или без прекин, во текот на календарската година.

ПОЧЕТОК И КРАЈ НА ОСИГУРИТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Член 21

(1) Во случај на специјалистичко лекување и комплексни дијагностички постапки, обврската на осигурувачот од осигурувањето започнува по истек на 24-тиот час од шеесетиот (60) ден од денот кој во полисата е означен како почеток на осигурувањето – ако до тој ден е платена премијата, а инаку по истек на 24-тиот час од денот на уплатата на премијата (Каренца).

(2) Одредбите од став 1 од овој член не се однесуваат на новонастанати состојби како последица на несреќен случај (незгода)

(3) Ако новородено дете се осигура во рок од четиринаесет (14) дена после раѓањето, осигурителното покритие започнува со истек на 24-тиот час од денот кој е означен како почеток на траење на осигурувањето.

(4) Обврската на осигурувачот престанува со истек на 24.00-тиот час од денот кој е означен како крај на траењето на осигурувањето.

(5) Кај осигурувања кај кои при обнова нема прекин во траењето на осигурувањето, осигурувањето се склучува без каренца.

ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 22

(1) Премијата за осигурување е годишна, се пресметува според важечката тарифа за осигурување и се плаќа по однапред определена динамика.

(2) Премијата за осигурување е одредена по старосни класи. Врз основа на прашалникот за здравствената состојба, осигурувачот во договорот за осигурување ја одредува премијата за осигурување, односно исклучување на своите обврски, поврзани со здравствената состојба на осигуреникот. Во случај на преминување во повисока старосна класа, пред почетокот на новата осигурителна година висината на премијата за осигурување за следната година се усогласува со важечката Тарифа за осигурување.

ПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈА И ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 23

(1) Договорувачот на осигурувањето е должен да ја плати премијата на осигурувањето, но осигурувачот е должен да ја прими уплатата на премијата од секое лице кое има правен интерес таа да биде платена.

(2) Премијата се плаќа во договорените рокови, а ако треба да се исплати одеднаш, се плаќа при склучување на договорот.

(3) На износот на премијата што се плаќа во договорени рокови може да се пресмета и наплати договорена камата. Ако е договорено премијата да се плаќа на рати и не се пресметани камати поради одложено на плаќање, при настанувањето на осигурен случај доспеваат за плаќање сите рати на премијата од тековната осигурителна година.

(4) Ако договорувачот на осигурувањето не ја плати премијата во договорениот рок, осигурувачот може, покрај главницата, да му пресмета и затезна камата.

(5) Ако премијата се плаќа преку пошта, се смета дека договорувачот на осигурувањето со уплата на должниот износ преку пошта ја измипил својата обврска спрема осигурувачот откако во банката на осигурувачот ќе пристигне паричната дознака.

(6) Ако на осигуреникот му се признал попуст за времетраење на осигурувањето и тој тоа го прекинал пред истекот на договорениот рок, осигурувачот има право да ја бара разликата до премијата што осигуреникот би требало да ја плати ако осигурувањето било склучено само за период до прекинувањето.

(7) Ако договорувачот на осигурувањето не ја плати стасаната премија до договорениот рок, ниту тоа го направи некое друго заинтересирано лице, договорот за осигурување ќе престане по истекот на 30 (триесет) дена од денот кога на договорувачот на осигурувањето му е врачено препорачано писмо од осигурувачот со известување за стасаноста на премијата, со тоа што тој рок не може да истекне пред да изминат 30 (триесет) дена од денот на стасаноста на премијата. Во секој случај договорот за осигурување престанува ако премијата не биде платена во рок од една година од стасаноста.

(8) Во случај кога договорот за осигурување престанува да важи заради неплатена премија, осигуреникот мора да ја плати премијата до денот на важењето на договорот. Ако до денот на важењето на договорот за осигурување настанал осигурен случај за кој осигурувачот мора да плати надомест на штета, осигуреникот мора да ја плати целата премија за тековната осигурителна година.

(9) Во другите случаи на престанок на договорот за осигурување пред договорениот рок, на осигурувачот му припаѓа премијата само до крајот на денот до кој траело осигурувањето.

АСИСТЕНТСКИ ЦЕНТАР

Член 24

(1) Осигурен случај односно потреба за лекување или дијагностика задолжително треба да се пријави во Асистентскиот центар на осигурувачот од страна на осигуреникот или од него овластено лице, каде што ќе биде обезбедена организација согласно потребите на клиентот и покритието на полисата.

(2) Контакт со Асистентскиот центар се остварува преку:

1) телефон;
2) електронска пошта
3) веб страната на осигурувачот и
3) личен контакт.

(2) Осигурувачот ги објавува контактите од Асистентскиот центар на својата интернет-страница како и на полисата која му е предадена на договорувачот на осигурувањето односно осигуреникот.

(3) Асистентскиот центар има обврска да ја прими пријавата заедно со целокупната потребна медицинска документација од која што ќе може да се утврди потребата за лекување или дијагностика.

(4) Комплетната медицинска документација Асистентскиот центар ја доставува на увид до лекар цензор.

(5) По добивање на ставот од лекарот цензор Асистентскиот центар го известува осигуреникот. Доколку лекарот дал согласност за вршење на дијагностика или лекување, Асистентскиот центар врши организација на истото.

(6) Асистентскиот центар писмено го известува осигуреникот за деталите околу организираното лекување.

(7) Асистенскиот центар е одговорен за контакт и координација меѓу клиентот и болницата каде што ќе се врши лекувањето.

ПРАВА И ОБВРСКИ НА ОСИГУРЕНИКОТ

Член 25

(1) Осигуреникот своите права ги остварува преку Асистентскиот центар на осигурувачот.

(2) Осигуреникот го остварува правото од осигурување врз основа на основана медицинска документација која произлегува:

1) За случај на Специјалистичко лекување, од упатот за специјалистичко лекување издаден од општ, матичен лекар или лекар специјалист;
2) За случај на Комплексна дијагностичка постапка, од извештајот за комплексна дијагностичка постапка и специјалистички упат издадени од лекар специјалист;
3) За случај на Хируршки зафат во дневна болница, од специјалистичкиот извештај по завршена дијагностика со поставена индикација за хируршки зафат во дневна болница.
4) За случај на Амбулантна рехабилитација, од извештајот издаден од лекар специјалист со упатување на амбулантна рехабилитација.
5) За случај на потреба за лекови, од розовиот рецепт за лек препишан од лекар специјалист.

(3) Осигуреникот ги добива здравствените услуги кај давателот на здравствени услуги, а лековите во аптека.

(4) Осигуреникот е должен да ги почитува инструкциите за изведување на лекувањето кои му ги препорачал давателот на здравствени услуги и при лекувањето да ја приложи медицинската документација согласно истите упати.

(5) Осигуреникот е должен:

1) правата од осигурувањето да ги оствари на начин и под услови кои се одредени во договорот за осигурување, како и

2) на сопствен трошок, на осигурувачот да му ја достави целата документација и да ги даде сите информации потребни за утврдување на настанувањето и постоењето на осигурен случај, како и правото за надомест од осигурување.

(6) Ако осигуреникот не постапува согласно договорот за осигурување, особено ако правото од осигурување не го остварува на начин и по условите кои се одредени во договорот за осигурување или не се почитуваат упатите за давање здравствена услуга кои претходно му ги препорачал давателот на здравствени услуги, на осигурувачот ќе му ги надомести штетата и трошоците настанати поради неговото постапување или пропуст

ИСПЛАТА НА ОСИГУРЕНА СУМА - НАДОМЕСТ НА ТРОШОЦИ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Член 26

(1)Трошоците за здравствените услуги и лекови, осигуреникот ги плаќа сам, а осигурувачот врз основа на барање за поврат на трошоците му ги надоместува трошоците според договореното покритие (рефундација) освен ако не е поинаку договорено.

(2) Кон барањето за надомест на трошоците осигуреникот мора да приложи:

1) За случај на Специјалистичко лекување, копија од упатот за специјалистичко лекување издаден од општ, матичен лекар или лекар специјалист, копија од специјалистичкиот извештај за извршеното лекување и оригинална сметка од давателот на здравствените услуги заедно со спецификација на добиените здравствени услуги;

2) За случај на комплексна дијагностичка постапка, копија од извештајот за комплексна дијагностичка постапка и копија од специјалистички упат издадени од лекар специјалист, копија од специјалистичкиот извештај за извршената комплексна дијагностичка постапка и оригинална сметка од давателот на здравствените услуги заедно со спецификација на извршените дијагностички постапки,

3) За случај на Хируршки зафат во дневна болница, копија од специјалистичкиот извештај по завршена дијагностика со поставена индикација за хируршки зафат во дневна болница, копија од специјалистичкиот извештај за извршениот хируршки зафат, копија од отпусна листа и оригинална сметка од давателот на здравствените услуги заедно со спецификација на извршените хируршки зафати;

4) За случај на Амбулантна рехабилитација, копија од извештајот издаден од лекар специјалист од соодветната област со упатување на амбулантна рехабилитација, копија од специјалистички извештај за извршената амбулантна рехабилитација и оригинална сметка заедно со спецификација за изведената амбулантна рехабилитација

5) За случај на потреба за лекови, копија од розовиот рецепт, копија од извештајот за лекувањето и оригинална сметка од аптеката;

(3) Осигурувачот е должен да го исплати надоместот на трошоците, осигурената сума или дел од неа определни со договорот за осигурување во договорен рок кој не може да биде подолг од 14 дена, сметајќи од денот кога осигурувачот добил известување дека настанал осигурениот случај. Ако за утврдување на постоењето на обврската на осигурувачот и на нејзиниот износ е потребно извесно време, овој рок почнува да тече од денот кога е утврдено постоењето на неговата обврска и нејзиниот износ.

(4) Доколку осигуреникот самостојно ги подмирил трошоците за здравствените услуги директно кај давателот на здравствени услуги, но со претходно одобрение на осигурувачот, врз основа на документите од став (2) на овој член, осигурувачот ќе го исплати надоместот директно на осигуреникот во рокови наведени во став (3) од овој член.

(5) Доколку дополнително се констатира дека несреќниот случај настанал поради присуство на алкохол, опојни или други наркотици, осигурувачот го задржува правото да побара поврат на исплатениот износ

(6) Доколку осигурувачот пред започнување на давање на здравствени услуги на давателот на здравствени услуги и осигуреникот им даде писмена согласност дека трошоците за здравствените услуги ќе ги надомести, осигурувачот ќе го исплати надоместот директно на давателот на здравствени услуги. Во овој случај обврската за комплетирање на документацијата од став (2) на овој член е на давателот на здравствената услуга.

Оваа одредба не важи во случај на надомест на трошоци за лекови.

(7) На осигуреникот или давателот на услуга ќе му бидат надоместени:

1)трошоците за здравствени услуги (Специјалистичко лекување, комплексна дијагностика и Хируршки зафати во дневна болница) добиени кај давателот на здравствени услуги, кои не се поголеми од нивото на цената во слични институции во земјата во кои се врши медицинско лекување

2) трошоците за издавање на лекови во аптека

3) трошоците за амбулантна рехабилитација.

(8) Во случај кога медицинската услуга неможе да се обезбеди во местото на живеење на Осигуреникот, Осигурувачот ги надоместува направените патни трошоци.

Осигурувачот ги надоместува патните трошоци но, најмногу до висината на цената на автобуска карта за соодветната релација на патување. Осигуреникот треба да приложи оригинална фискална сметка за докажување на направените патни трошоци.

ПРЕТСТАВКИ ОД ОСИГУРЕНИЦИ

Член 27

(1) Осигуреникот, корисникот на осигурување или трето оштетено лице има право да поднесе претставка до Друштвото за осигурување доколку смета дека Друштвото не се придржува кон одредбите од договорот за осигурување, согласно Законот за супервизија на осигурување.

(2) Друштвото за осигурување е должно да се произнесе по претставката на осигуреникот/корисникот на осигурувањето/трето оштетено лице во рок од 30 дена од денот на поднесување на претставката.

(3) Доколку не е задоволен од одговорот на Друштвото за осигурување или ако Друштвото за осигурување не одлучи и писмено не го извести во рокот од 30 дена од денот на поднесувањето на претставката, осигуреникот/корисникот на осигурување/третото оштетено лице има право да поднесе претставка/жалба до Агенцијата за супервизија на осигурување, согласно Законот за супервизија на осигурување и подзаконските акти донесени врз основа на овој закон.

ПОСТАПКА НА ВЕШТАЧЕЊЕ

Член 28

(1) Секоја од договорните страни може да бара одредени спорни факти да ги утврдат вештаци. Барањето се доставува во писмена форма до другата договорна страна. Ако другата договорна страна се сложува со тоа, се пристапува кон постапка на вештачење.

(2) Секоја договорна страна писмено именува свој вештак. Избраните вештаци пред почетокот на работата избираат трет

вештак, како претседател кој не може да биде од редовите на лицата кои се во работен однос со осигурувачот и осигуреникот.
(3) Вештаците му предаваат на осигурувачот и осигуреникот по еден примерок од својот писмен наод во определен рок. Ако наодите на вештаците меѓусебно отстапуваат, осигурувачот, нивните писмени наоди веднаш ќе му ги предаде на третиот вештак, кој своето стручно мислење го дава само во границите на констатациите од двата вештаци.
(4) Констатациите на вештаците се задолжителни за двете страни.
(5) Секоја договорна страна ги сноси трошоците за вештакот што го бира и половина од трошоците за третиот вештак.

НАДЛЕЖНОСТ ВО СЛУЧАЈ НА СПОР
Член 29

(1) Во случај на спор помеѓу договорувачот на осигурувањето - осигуреникот и осигурувачот, надлежен е стварно надлежниот суд според местото на седиштето на осигурувачот.

НАЧИН НА ИЗВЕСТУВАЊЕ
Член 30

(1)Сите известувања и пријави што договорувачот на осигурувањето е должен да ги направи во смисла на одредбите од овие и други услови на осигурување, задолжително треба писмено да се потврдат ако се направени усно, преку телефон, телеграма или на било кој друг начин.
Како ден на приемот на известувањето, односно пријавата ќе се смета денот кога е примено известувањето, односно пријавата. Ако известувањето односно пријавата се испраќа препорачано, како ден на приемот ќе се смета денот на ппедавањето во пошта.
(2) Спогодбите што се однесуваат на содржината на договорот важат само ако писмено се склучени.

ИЗМЕНИ НА УСЛОВИТЕ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ И ТАРИФАТА НА ПРЕМИИ
Член 31

(1) Ако осигурувачот ги измени Условите за осигурување или Тарифата на премии, должен е за тоа писмено, или на друг погоден начин, да го извести договорувачот на осигурувањето најдоцна шеесет дена пред истекот на тековната година на осигурувањето.
(2) Договорувачот на осигурувањето има право да го откаже договорот за осигурување во рок од шеесет дена од денот на приемот на известувањето. Во тој случај, договорот за осигурување престанува да важи со истекот на тековната година на осигурувањето.
(3) Ако договорувачот на осигурувањето не го откаже договорот за осигурување во рокот од став 2 од овој член, договорот за осигурување во почетокот на наредниот период на осигурувањето се менува во сообразност со извршените измени во Условите за осигурување, односно Тарифата на премии.

ПРОМЕНА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ
Член 32

(1) Осигуреникот е должен да го извести осигурувачот за: промена на адресата на живеење, односно седиштето, промена на своето име или презиме, односно називот на фирмата, промена на трансакциска сметка, промена на телефонски број за контакт, во рок од 15 дена од денот на настанување на промената.
(2) Осигуреникот во согласност со Законот за заштита на лични податоци дава изречита согласност Осигурувачот да може да ги пренесува неговите лични податоци во други држави за потребите на реосигурување, решавање на меѓународни штети како и за други потреби на Осигурувачот со цел исполнување на обврските кои произлегуваат од договорот за осигурување.
(3) Доколку осигуреникот ги променил личните податоци наведени во точка 1 од оваа одредба, а за тоа не го известил осигурувачот, осигурувачот известувањето кое мора да му го соопшти на осигуреникот ќе го испрати на адресата на неговото последно живеалиште или седиште или ќе го адресира на последното познато име и презиме, односно назив на фирма.
(4) Во случај кога обидот да се достави препорачаната пратка до осигуреникот нема да биде успешен (поради преселување или одбивање да се прими), осигурувачот вратената пратка ќе ја смета како уредно доставена и ќе ја депонира во своето седиште. Осигуреникот се согласува дека вратените недоставени пратки се сметаат за примени од денот на првиот обид за доставување и дека е запознат со содржината на пратката.

ЦЕЛИ НА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ
Член 33

Осигурувачот за целите за склучување на договор за осигурување, како и исполнување на обврските кои што произлегуваат од договорот за осигурување обработува лични податоци на договорувачот на осигурувањето односно осигуреникот. Дополнително Осигурувачот обработува и лични податоци на договорувачот на осигурувањето односно осигуреникот и за маркетинг услуги, за асистентски услуги и други помошни услуги кои се нудат на корисниците.
За целите наведени во претходниот став, се обработуваат само неопходните лични податоци на договарачот на осигурување, односно осигуреникот. Категориите на личните податоци кои се обработуваат зависат од класата на осигурување, но најчесто тоа се идентификациони податоци, контакт податоци, здравствени податоци, податоци за возило, податоци за имот и слично.

ЗАКОНСКИ ОСНОВИ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ
Член 34

Обработката на личните податоци за склучување и извршување на договорот за осигурување е неопходен услов за склучување на договорот, а со закон е пропишана должноста на договарачот на осигурувањето да го извести Осигурувачот за сите околности што се значајни за проценка на ризик, а кои не би можело да му бидат непознати. Доколку договорувачот на осигурувањето прикрие некои од информациите коишто му се потребни на Осигурувачот за склучување или извршување на договорот за осигурување или за да ги исполни своите законски обврски, Осигурувачот нема да може да ги исполни своите договорни или законски обврски, ниту да го склучи договорот со договарачот на осигурувањето.

Осигурувачот обработува лични податоци и заради исполнување на своите законски обврски во согласност со релевантните прописи со кои се уредува работењето на Осигурувачот.

Законски основ за обработка на лични податоци претставува и легитимниот интерес на Осигурувачот, освен ако интересите или основните слободи и права на субјектот на личните податоци не преовладуваат над легитимните интереси на Осигурувачот.

Легитимните интереси врз основа на кои Осигурувачот врши обработка на лични податоци, вообичаено се од комерцијална природа, како на пример правото на постојан развој на квалитетот на услуги и подобрување на деловните процеси, одржување на безбедноста на ифнормацискиот систем, снимање на гласовни разговори, на начин што не може да наштети на интересите, слободите и правата на корисниците на услугите.
Во одредени случаи, Осигурувачот обработува лични податоци

само доколку има согласност од лицето кому се однесуваат личните податоци т.н. субјект на лични податоците. Обработката на лични податоци врз основа на согласност се користи, на пример за целите на истражување на задоволството, маркетинг на производи.

НАЧИН НА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ
Член 35

Осигурувачот личните податоци на осигуреникот/договарач на осигурување ги обработува и ги споделува со трети страни, како неговите акционери, членови на органите за управување и своите вработени, членови на матичната компанија Сава Осигурување а.д. Скопје, на реосигурителните компании, доктори цензори, брокери и агенти, со цел да ја исполни обврската од договорот за осигурување, како и со други органи и лица кои, согласно природата на работата вршат увид, односно обработка на личните податоци во согласност со Законот.
Со секоја од страните со кои што Осигурувчот разменува лични податоци на своите корисници се склучени соодветни договори со кои се гарантира безбедноста на личните податоци.

Член 36

Личните податоци кои се обработуваат заради исполнување на договорот за осигурување или за преземање активности пред склучување на договорот на барање на субјектот на личните податоци, или за други цели врз основа на согласност, Осигурувачот може да ги чува и во електронска и во хартиена форма. Сите податоци за договарачот на осигурувањето и осигуреникот, Осигурувачот ги обработува како деловна тајна, со примена на соодветни технички и организациски мерки со цел обработката на личните податоци да биде законита.

РОКОВИ ЗА ЧУВАЊЕ НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ
Член 37

Осигурувачот ги чува личните податоци се до исполнување на целта за којашто се собрани и до исполнување на сите договорни права и обврски, односно до истекот на законски пропишаните рокови. Рокот во кој ќе се чуваат личните податоци зависи од законската обврска за чување на податоците, видот на склучениот договор за осигурување, времетраењето на договорот, обработка на барања за оштета, како и роковите за застареност на побарувањата.

ПРЕНОС НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ
Член 38

Личните податоци вообичаено се обработуваат во Р. С. Македонија. Личните податоци ќе бидат достапни и на примателите во трети земји или меѓународни организации тогаш кога тоа е потребно за склучување и извршување на договорите за осигурување (на пр. за реосигурување, при барања за штета случена во друга држава, и слично) само доколку од страна на Европската Унија или Агенцијата за заштита на личните податоци е утврдено дека во конкретната држава постои соодветно ниво на заштита на личните податоци.
Доколку во третата држава или меѓународна организација не постои соодветно ниво на заштита на лични податоци, Осигурувачот ќе може да го изврши преносот само доколку обезбеди соодветни мерки за заштита на овие податоци во согласност со законот.

ПРАВА НА СУБЈЕКТИТЕ НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ
Член 39

Во согласност со Законот за заштитата на личните податоци, субјектот на податоците ги има следниве права:

- право на пристап до личните податоци;
- право на исправка на неточни или нецелосни лични податоци;
- право на бришење;
- право на ограничување на обработката;
- право на преносливост на податоците;
- право на приговор, опишано во член 39 од овие услови
- право на повлекување на согласноста за обработка на лични податоци, кога обработката е заснована на согласност.

Овие права субјектот на личните податоци може бесплатно да ги оствари контактирајќи го Офицер за заштита на личните податоци на следниот емаил: ozip@sava.mk, преку пошта на адресата на САВА Осигурување АД Скопје ул. Загребска бр. 28А Скопје, или лично во просториите на САВА Осигурување.
Осигурувачот го правото да бара дополнителни информации од барателот за да го потврди неговиот идентитет, со цел да ги заштити правата и приватноста на барателот.

Член 40

Доколку субјектот на податоците дал согласност за обработка на лични податоци, тој може да ја повлече согласноста во секое време, целосно или делумно, во согласност со Законот за заштита на личните податоци, со тоа што повлекувањето на согласноста не влијае на законитоста на обработката на личните податоци пред повлекување на согласноста.
Осигурувачот личните податоци кои ги обработува врз основа на согласност, ќе престане да ги обработува во најбрз можен рок по добивањето на известувањето за повлекување на согласноста.

Член 41

Корисникот на услугата за осигурување има право да поднесе приговор на обработката која што се заснова на легитимен интерес на Осигурувачот, вклучувајќи и профилирање. Доколку корисникот на услугата се уште смета дека личните податоци не се обработуваат согласно законот, може да се поднесе барање до Агенцијата за заштита на личните податоци.

Член 42

Со потпишување на полисата за осигурување договорувачот на осигурување потврдува дека пред собирањето на личните податоци од страна на овластеното лице на Осигурувачот, е запознаен со целите и законските основи на обработка на личните податоци, начинот на обработка на личните податоци, како и обврската Осигурувачот да ги обработува личните податоци во согласност со Законот за заштита на личните податоци.

НАДЛЕЖЕН ОРГАН
Член 43

(1) Надлежен орган за супервизија врз работењето на Друштвото за осигурување е Агенцијата за супервизија на осигурување, до која Осигуреникот/корисникот на

осигурувањето/третото оштетено лице може да достави претставка/жалба во однос на Друштвото за осигурување согласно Законот за супервизија на осигурување.

ДАТУМ НА ПРИМЕНА
Член 44

Овие Општи услови влегуваат во сила со денот на донесувањето, а ќе се применуваат од 01.08.2025 година. Со започнување со примена на овие услови престануваат да важат Општите услови за осигурување на специјалистичко-амбулантско лекување број 02-56763/2 од 30.10.2024 година.

САВА осигурување, а.д. Скопје
Одбор на директори
Претседател
Рок Мољк

Rok Moljk

Digitally signed by Rok Moljk
Date: 2025.07.10 11:00:05 GMT

САВА осигурување Акционерско друштво SAVA OSIGURUVANJE СКОПЈЕ