

**ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛОВИ ЗА ДОПОЛНИТЕЛНО
ОСИГУРУВАЊЕ ОД КРИТИЧНИ БОЛЕСТИ
ПРВА МК 02_Д_ТБ_П/24-01**

**Општи одредби
член 1**

(1) Овие дополнителни услови се составен дел на договорот за осигурување на живот (во натамошниот текст: основно осигурување на живот), кој договарачот на полиса го склучува со Друштво за осигурување ПРВА ЖИВОТ АД Скопје како осигурувач (во понатамошниот текст „Друштвото“ или „осигурувачот“).

(2) Со дополнително осигурување од критична болест може да се осигури една од критичните болести од списокот на осигурувачот кои се резултат на несреќа или болест. Осигурувањето овозможува покритие на повеќекратни штети, со поединечна исплата во зависност од фазата и степенот на болеста и претходните исплати.

(3) Поимите искористени во овие дополнителни услови го имаат следното значење:

1. „Каренца“ е периодот од почетокот на осигурувањето, во кој постои обврска за плаќање на премијата, но осигурителното покритие сè уште не важи. Доколку осигуреникот заболел од некоја болест од списокот на осигурувачот во овој период, осигурувачот нема обврска за плаќање штета, дури и ако осигуреникот го побарал осигурувањето по истекот на периодот на чекање. Доколку во текот на каренцата, осигуреникот бил свесен за симптомите кои подоцна довеле до болест од списокот на осигурувачот, бил лекуван за нив или имал намера да се лекува, или се консултирал за оваа болест со квалификуван медицински персонал, или ако има лабораториски резултати или испитувања, извршени за време на каренцата кои укажуваат на можност за појава на болест покриена со осигурувањето, осигурувачот нема обврска за плаќање штета, дури и ако болеста била дијагностицирана по истекот на каренцата;

2. „Исклучоци од осигурување“ се настани кои не се опфатени со ова дополнително осигурување и се наведени во овие дополнителни услови или со клаузула во полисата;

3. „Критично заболување“ е еден од облиците на заболување од списокот на осигурувачот, кои се наведени во прилог на овие дополнителни услови;

4. „Незгода“ е секој ненадеен, непредвиден настан, независен од волјата на осигуреникот, кој делува на телото на осигуреникот однадвор и ненадејно и чиј резултат е повреда на осигуреникот. Настаните дефинирани во Општите услови за осигурување на лица од последици на несреќен случај, кое осигурување е склучено кон осигурувањето на живот се сметаат за несреќи;

5. „Премија“ е премија за осигурување што ја плаќа договарачот на осигурување за покривање под овие дополнителни услови;

6. „Склучување ист вид договор за осигурување“ е продолжување на договорот за осигурување за ист период со исти суми на осигурување и исто покритие;

7. Под „групи на болести“ се подразбира класификација на опфатените критични болести во четири логички групи;

8. „Преостанатата осигурена сума за група болести“ е осигурената сума наведена во полисата и намалена за сите плаќања на надоместоци за штети во рамките на истата група;

9. „Корисник“ е лицето на кое осигурувачот е должен да му ја плати штетата;

10. „Осигуреник“ е лице од чија болест или несреќа зависи исплатата на осигурената сума или дел од неа;

11. „Осигурена сума“ е износот наведен во полисата за осигурување и значи највисока можна вкупна исплата за поединечна група болести;

12. „Надоместок на штета“ е износот што му се исплатува на корисникот врз основа на поднесено комплетно и основано барање за надоместок на штета;

13. „Осигурителна година“ е период од една година помеѓу две годишнини на осигурување; првата осигурителна година започнува со датумот на почеток на осигурувањето, а следните години откако ќе поминат 12 месеци;

14. „Цензор“ е овластен лекар на осигурувачот;

15. „Осигурен случај“ е настан од чиешто случување зависи исплатата на друштвото за осигурување.

16. „Понудувач“ е лице кое има намера да склучи договор за осигурување на живот и за таа цел поднесува писмена понуда до осигурувачот;

**Лица кои можат да бидат осигурени под овие услови
член 2**

(1) Може да се осигуруваат здрави лица на возраст од 18 до 69 години, под услов да не се постари од 70 години на крајот на осигурувањето.

(2) Лицата кои не се целосно здрави или на кои им е намалена општата работна способност поради болест или несреќа можат да бидат осигурени доколку прифатат дополнителни услови поставени од осигурувачот.

**Склучување дополнително осигурување
член 3**

(1) Дополнително осигурување може да се склучи врз основа на писмена понуда на образецот на осигурувачот, во печатена или електронска форма.

(2) Понудата доставена до осигурувачот го обврзува понудувачот 8 дена од денот на приемот на осигурувачот,

доколку понудувачот не определил пократок рок. Доколку е потребен лекарски преглед, овој период е 30 дена по приемот на целосната документација.

(3) Доколку осигурувачот не ја одбие понудата, што е во согласност со условите под кои е склучено дополнителното осигурување, во рокот наведен во претходниот став, се смета дека осигурувачот ја прифатил понудата и дека договорот важи од датумот наведен во понудата како датум на започнување на осигурувањето.

(4) Доколку осигурувачот како одговор на понудата предложи понудата да се дополни, се смета дека осигурувачот ја одбил понудата и самиот му дал контра-понуда на договарачот на полисата. Контра-понуда се прифаќа кога осигурувачот ќе добие изјава од договарачот дека ја прифаќа контрапонудата, или плаќање на премијата за осигурување под новите услови.

(5) Доколку осигурувачот не добие изјава за прифаќање на понудата или уплата на премија за осигурување според новите услови во рок од 15 дена по издавањето на контрапонудата, се смета дека договорот за осигурување не е склучен. Во овој случај, осигурувачот е должен да му ја врати на договарачот уплатената премија за осигурување или што и да е примено од договарачот. Притоа, осигурителната компанија ќе си ги наплати сите трошоци настанати од лекарскиот преглед на осигуреникот.

(6) Осигурувачот може да ја одбие понудата без да ги наведе причините за одбивањето.

(7) Дополнително осигурување за критична болест може да се склучи со или без лекарски преглед.

(8) Одредбите на овој член нема да се земат предвид при повторно склучување на ист вид договор за осигурување. При склучување последователни договори за осигурување од ист вид, осигурувачот не ја проверува повторно здравствената состојба на осигуреникот на последниот ден од важењето на претходниот договор за осигурување, туку податоците што ги дале договарачот и осигуреникот при првото склучување на осигурувањето се земени предвид за проценката на ризикот и решавањето на штети.

Полиса член 4

(1) Полисата содржи податоци за осигурувачот, договарачот, осигурениот, корисникот, времетраењето на осигурувањето, осигурената сума и премијата, како и датумот на издавање и потписот на осигурувачот.

(2) Доколку содржината на полисата се промени со повторно склучување на ист вид договор за осигурување, осигурувачот издава нова полиса или анекс на важечката полиса, во спротивно се применуваат одредбите од претходната полиса.

Почеток, времетраење и покритие на дополнително осигурување член 5

(1) Доколку дополнителното осигурување е склучено истовремено со основното осигурување на живот, дополнителното осигурување стапува во сила во 00:00 часот на денот наведен во договорот за осигурување како датум на започнување на основното осигурување. Во случај на последователно вклучување дополнително осигурување во основното осигурување на живот, почетокот на дополнителното осигурување е 00:00 часот на денот наведен во полисата или во прилог на полисата како датум на започнување на дополнителното осигурување.

(2) Осигурувањето според овие дополнителни услови важи една година и може повторно да се склучува за истиот период со исти суми на осигурување во согласност со овие дополнителни услови (во натамошниот текст: континуирано последователно склучување на ист вид договори за осигурување). Дополнителното осигурување автоматски се обновува секој пат за следната година на осигурување доколку договарачот на полисата ја плати соодветната премија за осигурување, освен ако договарачот на полисата писмено, по препорачана пошта не изјави дека ова осигурување е откажано. Дополнителното осигурување се продолжува најдоцна до истекот на важност на основното осигурување на живот или може да се продолжи најдоцна до почетокот на осигурителната година во која осигуреникот ќе наполни 70 години.

(3) Покритието на осигурувачот во случај на критични болести започнува четири месеци по датумот наведен во полисата како датум на почеток на осигурувањето од критична болест (каренца). Каренцата не се зема предвид за последователно обновување на договорите за осигурување.

(4) Најдоцна 30 дена пред обновување на осигурувањето, осигурувачот може да му испрати на договарачот понуда за склучување нов договор за осигурување од ист вид за истиот период. Доколку договарачот се согласи со понудата, осигурителниот однос продолжува по истекот на рокот на важност на претходниот договор за осигурување по услови според новиот договор за осигурување за истиот период. Се смета дека договарачот се согласува со понудата за склучување нов договор за осигурување доколку ја плати соодветната премија за осигурување во рок од 15 дена од започнувањето на осигурувањето според новиот договор. Доколку не го стори тоа, осигурителниот однос престанува со истекот на последниот важечки договор за осигурување.

Престанок или истек на осигурување член 6

(1) Според овие дополнителни услови, осигурувањето престанува:

- во 00:00 часот на денот наведен во полисата или во прилог на полисата како рок на важност на основното осигурување на живот;
- при смрт на осигуреникот;
- ако во текот на целиот период на осигурување кумулативно се исплатени надоместоци на штети во вкупен износ од три осигурени суми;
- во случај на предвременно раскинување на основното осигурување на живот;
- на крајот на годината на осигурување во која осигуреникот наполнил 70 години;
- како резултат на неплаќање на премијата за осигурување;
- ако договорот е раскинат од страна на договарачот;
- во други случаи утврдени со овие услови или со закон.

Обврски на друштвото за осигурување член 7

(1) Осигурувачот се обврзува на корисникот да му го исплати надоместокот на штета утврдена во согласност со овие услови, доколку на осигуреното лице му е дијагностицирана една од критичните болести дефинирани во додатокот на овие услови, а тоа го има констатирано по истекот на каренцата за случајот критични заболувања.

(2) Критичните болести опфатени со договорот за осигурување се поделени во четири групи на болести: А, Б, Ц и Д. А: Рак и трансплантација на коскена срцевина; Б: Болести на срцето и крвните садови, белите дробови, црниот дроб и бубрезите; Ц: Болести поврзани со нервниот систем и Д: Други болести. За секоја од критичните болести по групи, дефиницијата за болеста и степенот или стадиумот на болеста од кој зависи висината на сумата/надоместот што се исплаќа, се наведени во прилог на овие дополнителни услови. Нивоата се одредуваат така што како што се зголемува тежината на критичната болест, се зголемува и нивото на истата болест. Најтешките форми на покриени критични болести се дефинирани на прво ниво.

(3) Надоместокот на штета што се плаќа во случај на дијагноза на една од критичните болести од списокот на друштвото за осигурување зависи од групата и степенот на кој се класифицира болеста, процентуалното учество на осигурената сума за критични болести што припаѓа на секое ниво и сите претходни плаќања поради критични болести од истата група. Начинот на утврдување на премијата за

осигурување е дефиниран во членовите 8 и 9 од овие одредби и услови.

Во табелата подолу се наведени болестите со нивоа кои овозможуваат плаќање на премијата за осигурување. Црвената боја значи дека болеста е покриена за соодветното ниво, а сивата боја значи дека нема покривање за соодветното ниво. До секое ниво се наведуваат и процентуалните удели на осигурената сума, кои се почетна точка за пресметка на премијата за осигурување.

Нема исплата	Ниво 1	Ниво 2	Ниво 3	Ниво 4
Можна е исплата	100%	60%	25%	10%
Група А: Рак и трансплантација на коскена срцевина				
Канцерогени заболувања				
Трансплантација на коскена срцевина				
Група Б: Болести на срцето и крвните садови, белите дробови, црниот дроб и бубрезите				
Акутен миокарден инфаркт (срцев удар)				
Кардиомиопатија				
Мозочен удар				
Операција на срцеви залистоци				
Операција за бајпас на коронарна артерија				
Операција на аортата				
Перкутана коронарна интервенција (ангиопластика)				
Краен стадиум на бубрежна инсуфициенција				
Тешка примарна пулмонална хипертензија				
Краен стадиум на белодробна болест				
Тешка хронична цироза на црниот дроб				
Трансплантација на главен орган - Трансплантација				
Група Ц: Болести поврзани со нервниот систем				
Спорадична Кројцфелд-Јакобова болест				
Парализа на екстремитетите				
Алцхајмерова болест				
Акутен вирусен енцефалитис				
Бактериски менингитис				
Мултиплекс склероза				
Тешка трауматска повреда на мозокот				
Кома				
Идиопатска Паркинсонова болест				
Бениген тумор на мозокот				
Група Д: Други болести				
ХИВ-инфекција поради трансфузија на крвни продукти				
Изгореници од трет степен				
Целосно губење на видот				
Губење на екстремитетите				
Глувост				
Хронична примарна автоимуна адренкортикална инсуфициенција				

Услов за исплата на каков било надомест на штета е осигуреникот да е жив 30 дена по дијагностицирањето на критичната болест. Доколку осигуреникот умре во рок од 30 дена од дијагнозата, осигурувачот нема никакви обврски по овие дополнителни услови.

(4) Се смета дека осигуреникот боледувал од една од критичните болести наведени од друштвото за осигурување, доколку на осигуреникот му е дијагностицирана болест која целосно одговара на дефиницијата за критична болест од додатокот на овие одредби и услови. Сите други состојби и дефиниции, без разлика дали се дефинирани со истото име во медицинската пракса, под овие услови не се сметаат за осигурен случај.

(5) Појавата на критична болест мора да се потврди (кумулятивно):

1. со извештаи од лекари од соодветната специјализација кои се регистрирани и лиценцирани во РС Македонија, а лекарот што лекува не смее да биде поврзан со осигуреникот, корисникот или осигурителот и
2. со испитувања кои вклучуваат клинички, радиолошки, хистолошки и лабораториски испитувања, докази и други дијагностички процедури.

(6) Доколку е потребна операција во рамките на осигурениот случај, таа мора да биде медицински оправдана и дел од нормалната практика за таква состојба.

(7) За потврдување на осигурениот случај, осигурителот може да бара осигуреното лице да се подложи на лекарски преглед или дополнителни лекарски прегледи што ќе ги определи лекарот цензор.

Пресметка на износот на обврската член 8

(1) Доколку осигуреникот во периодот на покривање заболел од една од формите на критична болест од списокот на осигурувачот и тоа се случило за прв пат, износот на надоместокот на штета се пресметува според следната постапка:

а) се утврдува нивото на болеста и соодветниот процент;
б) така добиениот процент се множи со сумата на осигурување за критични болести.

(2) Надоместокот на штета што се плаќа во случај на преостанати штети се пресметува по следнава постапка:

а) се одредува нивото на кое припаѓа болеста и соодветниот процент;
б) така добиениот процент се множи со сумата на осигурување за критични болести.

Надоместокот на штета што го плаќа осигурувачот е помалиот од следните износи:

- износот добиен во точка б) од вториот став на овој член,
- преостанатите осигурителни суми за групата болести на кои припаѓа болеста што е предмет на побарувањето.

Одредбата од овој став не се применува доколку се работи за прогресија на болеста или за болест која настанала во периодот на ограничена исплата на штета. Пресметката на висината на надоместокот на штета во последните два случаи се утврдува во третиот и четвртиот став на овој член.

(3) Во случај на прогресија на болеста што настанала во текот на периодот на важење на осигурителното покривање и за која осигурувачот веќе платил дел од сумата на осигурување, износот на надоместокот на штета што дополнително се плаќа се пресметува по следнава постапка:

а) се одредува нивото на кое припаѓа моменталната состојба на болеста и процентот;

б) од така добиениот процентуален удел се одзема процентуалното учество што било почетна точка за исплата на претходното (последното) побарување поради болеста што сега напредува;

в) процентот добиен во точка б) од третиот став на овој член се множи со сумата на осигурување за критични болести. Надоместокот на штета што го плаќа осигурувачот е помалиот од следните износи:

- износот добиен во точка в) од третиот став на овој член,
- преостанатите осигурителни суми за групата болести на кои припаѓа болеста што е предмет на побарувањето.

При утврдување на процентуалното учество во точката б) од третиот став на овој член се земаат предвид исплатите на штета во текот на целиот период на континуирано последователно склучување ист вид договори за осигурување; затоа се земаат предвид сите исплати од првото склучување на ист вид договор за осигурување.

(4) Доколку осигуреникот се разболи од критична болест во периодот на ограничена исплата на штета, премијата за осигурување се пресметува по следнава постапка:

а) се одредува нивото на кое припаѓа болеста и процентот;

б) ако тековната болест е прогресија на болест поради која осигурувачот веќе исплатил дел од осигурената сума во периодот пред почетокот на тековниот период на ограничената исплата на штети, процентот добиен во точка а) од четвртиот став на овој член се одзема од процентот што бил почетна точка за плаќање на претходното побарување, во спротивно не;

в) процентот добиен во точката б) од четвртиот став на овој член или неговата точка а), ако не е прогресија, се множи со сумата на осигурување за критични болести;

г) од износот добиен во точка в) од четвртиот став на овој член се одземаат сите износи што се исплатени во тековниот период на ограничена исплата на штета.

Надоместокот на штета што го плаќа осигурувачот е помалиот од следните износи:

- износот добиен во точка г) од четвртиот став на овој член;
- преостанатите осигурителни суми за групата болести на кои припаѓа болеста што е предмет на побарувањето.

(5) Прогресија на болеста значи дека болеста, која била предмет на претходно барање, напредувала во следната, посериозна фаза и покрај третманот. Прогресивна состојба е секоја состојба што е директно или индиректно поврзана со истата основна состојба, медицинска причина или патологија што била почетна точка за претходното тврдење. Ова ја вклучува секоја состојба за која е потврден исходот и/или компликацијата на претходното тврдење. Според овие дополнителни одредби и услови, како прогресија се смета само состојбата наведена во додатокот на овие дополнителни одредби и услови, во рамките на истата група болести во кои била вклучена болеста од претходното тврдење.

(6) Периодот на ограничена исплата на штета започнува со дијагностицирање на секоја болест опфатена во овие услови или нејзина прогресија и трае 12 месеци. Доколку осигуреникот поднесе ново побарување за критични болести за време на периодот на ограничена исплата на штети, сите исплати што осигурувачот веќе ги платил во периодот на ограниченото плаќање на штети ќе бидат одбиени од премијата за осигурување што осигурувачот ќе ја плати врз основа на новото тврдење. Меѓу плаќањата што осигурувачот ги одбива е и надоместокот на штета за болеста или прогресијата на болеста, што започнала во текот на периодот на ограничена исплата на штетите. Секоја нова болест или прогресија која е дијагностицирана за време на постоен период на ограничена исплата на штета не води до започнување на нов период на ограничена исплата на штета. Нова болест или прогресија на болеста дијагностицирана по постоен период на ограничена исплата на штета започнува нов период на ограничена исплата на штета.

(7) Преостанатата осигурена сума за група болести во даден момент е осигурената сума наведена во полисата, минус сите исплатени надоместоци на штети во рамките на истата група. Преостанатата сума на осигурување за секоја група на болести е еднаква на осигурената сума за тешки болести при првото склучување договори за осигурување од ист вид. Промената на преостанатата сума на осигурување е означена како клаузула во полисата при секое плаќање надоместок на штета според овие услови. Кога преостанатата сума на осигурување е еднаква на нула, веќе не важи осигурителното покритие за таа група болести.

Повеќекратни барања за надоместок на штета поради различни болести

член 9

(1) Согласно овие дополнителни услови, осигуреникот може да бара повеќекратна исплата на надоместок на штета за критични болести, вклучително и прогресија на овие болести, доколку за време на периодот на важење на осигурителното покритие се разболи од една од критичните болести од списокот на осигурувачот.

(2) Осигурувачот ќе плати надоместок на штета за поединечна група во текот на целиот период на склучување договори од ист вид во вкупен износ најмногу до една осигурена сума за таа група на тешки болести. За секое ниво на болест, исплатата може да се бара само еднаш во овој период.

(3) Надоместок на штета може да се бара за најмногу три групи болести. Доколку осигурувачот исплати надоместок за штета во таков износ за време на траењето на континуираното последователно склучување договори што преостанатиот износ на осигурување во сите три групи во кои осигуреникот побарал премија за осигурување е еднаков на нула, договорот за осигурување автоматски се раскинува.

Исклучување одговорност на осигурувачот

член 10

(1) Осигурувачот не плаќа надомест на штета или нема одговорност поради критични болести доколку:

1. договарачот или осигуреникот намерно молчел за таква околност што осигурувачот не би склучил договор за осигурување доколку знаел за тоа;
2. осигурувањето е прекинато поради неплаќање на премијата и осигурениот случај настанал по раскинувањето на договорот за осигурување;
3. барањето за исплата на сумата за осигурување се поднесува врз основа на лажни податоци;
4. околностите на осигуреникот значително се промениле помеѓу потпишувањето на понудата и датумот на започнување на осигурувањето и осигурувачот не бил навреме информиран за тоа. Важни околности се оние што се утврдени со првата реченица од член 11 од овие одредби и услови.

(2) Осигурувачот не ја исплаќа осигурената сума или дел од неа за случај на критични болести, доколку осигурениот случај е индиректна или директна последица на некој од факторите наведени подолу:

1. осигуреникот не ги почитувал упатствата на лекарот, не примил третман или навреме не побарал лекарска помош;

2. осигуреникот престојувал надвор од територијата на Европската Унија, Западен Балкан, САД и Канада повеќе од 13 последователни недели во кои било 12 месеци;
 3. настани на војна или воени дејствија, без разлика дали е објавена војна или не;
 4. граѓанска војна, бунт, револуција, граѓански немири или нереди;
 5. учество во какви било вооружени сили или сили за одржување на редот и законот;
 6. активно учество на осигуреникот во војна или настани слични на војна, граѓанска војна, револуција, востание, бунт или граѓански немири кои произлегуваат од такви настани, саботажа или тероризам и други слични случаи;
 7. секоја намерна повреда или самоповредување и обид за самоубиство;
 8. учество во физичка пресметка, освен официјално докажана самоодбрана;
 9. доколку некоја болест или настан од списокот на критични болести стане општо излечлив врз основа на генетска манипулација, вакцинација или која било друга медицинска процедура, таквата болест или настан повеќе не е предмет на осигурување;
 10. земање лекови, освен оние под надзор на квалификуван лекар, прекумерно консумирање или злоупотреба на алкохол и други психоактивни супстанции, земање лекови или отрови;
 11. критична болест како резултат на инфекција со ХИВ-вирус или СИДА, освен ако инфекцијата е резултат на трансфузија на крв;
 12. директни или индиректни ефекти на нуклеарното зрачење;
 13. подготвување, обид или извршување кривично дело, учество во такво дело и помагање во бегство по кривично дело;
 14. незаконито дело на корисникот кое предизвикува критична болест на осигуреникот;
 15. повреди или болести кои произлегуваат од вршење професионални и елитни спортски активности, на трки со моторни возила, без оглед на категоријата на возила, и при обука за нив, при управување со авиони и возење авиони и други авиони од секаков вид, и скокање од падобрани и змејови, како што се балон, скокање со банџи и слично, освен за патници во редовен јавен воздушен превоз и членови на екипажот, во нуркање и во која било друга опасна активност или спорт, освен ако не е конкретно договорено;
 16. вршење особено опасни задачи и работи, како што се демонтирање мини, гранати и други експлозивни направи, акробации и играње во особено опасни филмски и театарски улоги, работа на висина поголема од десет метри и слично.
- (3) Осигурувачот нема обврски според овие одредби и услови доколку осигуреникот пред првото склучување на осигурувањето се разболел, имало знаци на болест што подоцна довела до болест од списокот на осигурувачот, се лекувал од нив или имал намера да се лекува, или да се консултира за оваа болест со квалификуван медицински персонал или ако лабораториските резултати или испитувања укажуваат на можност за критична болест или ако на осигуреното лице му била дијагностицирана една од критичните болести од списокот на осигурителната компанија пред склучувањето на првото осигурување.

Обврски на осигурителот член 11

(1) При склучување дополнително осигурување, договарачот и осигуреникот се должни да го известат осигурувачот за сите околности од значење за проценката на ризикот, а кои им се познати или не можеле да им останат непознати. Околностите за кои осигурувачот поставил писмени прашања во понудата се особено важни.

(2) Ако договарачот или осигуреникот намерно лажно пријавил или намерно премолчил околност поради која осигурувачот не би склучил договор за дополнително осигурување доколку знаел за вистинската состојба, осигурувачот може да побара откажување на дополнителното осигурување или да одбие плаќање на надоместокот на штета, доколку се работи за критична болест која се случила пред да дознае за таквата околност. Доколку покритието е откажано, осигурувачот ги задржува веќе платените премии и има право да бара исплата на премијата за периодот на осигурување во кој побарал откажување на покритието. Правото на осигурувачот да бара откажување на дополнителното осигурување престанува доколку на имателот на полисата не му изјави дека има намера да го искористи во рок од три месеци од денот кога дознал за неистинитоста на пријавата или за премолчувањето.

(3) Доколку договарачот или осигуреникот пријавил нешто неистинито или го испуштил задолжителното известување и тоа не го сторил намерно, осигурувачот може по своја желба (во рок од еден месец од денот кога дознал за неистинитоста или нецелосноста на извештајот), да го откаже од договорот за дополнително осигурување или да предложи зголемување на премијата сразмерно на поголемиот ризик. Во таков случај, договорот за

дополнително осигурување престанува 14 дена од денот кога осигурувачот го известил договарачот дека се повлекува од договорот за дополнително осигурување. Доколку предложи да се зголеми премијата, договорот за дополнително осигурување се раскинува со закон доколку договарачот на осигурувањето не го прифати предлогот во рок од 14 дена од приемот. Доколку се раскине договорот за дополнително осигурување, осигурувачот мора да врати дел од платената премија до истекот на периодот на осигурување.

(4) Доколку осигурениот случај настанал порано, пред да се утврди неистинитоста или нецелосноста на пријавата или подоцна, но пред раскинувањето на договорот за дополнително осигурување или пред да се постигне договор за зголемување на премијата, осигурената сума се намалува според нивото на платените премии и нивото на премиите, кои треба да се платат според реалниот ризик, согласно тарифата која важи во моментот на склучувањето на осигурувањето.

(5) Во случај на последователни продолжувања на договорите за осигурување за дополнително осигурување, заради исполнување на условот од првиот став на овој член, податоците дадени од договарачот или осигуреникот во моментот на првото склучување на осигурувањето се земаат предвид.

Премија за осигурување член 12

(1) Премијата и осигурената сума меѓусебно ги утврдуваат договарачот на осигурувањето и осигурителот врз основа на информациите во понудата, особено во однос на избраната тарифа, возраста и здравјето на осигуреникот и други важни околности, како на пример: дали осигуреникот е непущач и дали не се занимава со ризични активности во слободното време или со спорт, како и врз основа на други околности кои влијаат на проценката на ризикот. Премијата за осигурување се разликува по полот на осигуреникот.

(2) Одредбите од овие дополнителни услови и одредбите од основното осигурување на живот се применуваат за плаќање на дополнителната премија за осигурување и за последиците од неплаќање на премијата.

(3) Договорената премија се плаќа однапред, поточно до 1-ви секој месец за договорениот период во кој доспева.

(4) Премијата за осигурување од критична болест се плаќа до истекот на договорениот рок на договорот за осигурување или до смртта на осигуреникот или престанокот на осигурителното покритие за тешки болести, доколку тоа е порано. Осигурувачот има право на премија до крајот на месецот во кој е раскинат договорот за осигурување според овие услови. Во случај на плаќање квартална, полугодишна

или годишна премија, осигурувачот ќе му го врати неискористениот дел од премијата на имателот на полиса по раскинувањето на договорот за осигурување.

(5) Покрај договорената премија, договарачот е должен да ги плати сите придонеси и даноци кои законодавецот ги пропишува или може да ги пропише за време на траењето на договорот за осигурување.

Осигурителни технички резерви и купување осигурување член 13

(1) Во случај на дополнително осигурување од критична болест, осигурувачот формира осигурително технички резерви користејќи признати актуарски математички методи. Резервите се наменети за исполнување на идните обврски на осигурувачот според договорот за осигурување до очекуваното раскинување на дополнителното осигурување од критична болест и се формираат во износ така што очекуваните идни премии се доволни за исполнување на сите идни обврски што произлегуваат од договорот за осигурување.

(2) Осигурително-техничките резерви овозможуваат премијата за осигурување да остане непроменета на крајот на секоја осигурителна година, доколку реалните надоместоци од сите осигурувања од критична болест на друштвото за осигурување се во согласност со очекувањата. Премијата за осигурување не се зголемува по истекот на годината на осигурување поради други околности, вклучително и зголемување на возраста на осигуреникот.

(3) Дополнителното осигурување нема откупна и капитализирана вредност и не учествува во добивката на друштвото за осигурување. Осигурувањето не може да се користи за аванси.

Корисник на осигурување член 14

(1) Корисник за исплата на штети под овие дополнителни услови е осигуреникот, освен ако поинаку не е наведено во полисата.

Регистрација на случај за осигурување член 15

(1) Кога ќе се случи осигурен случај, осигуреникот мора да поднесе писмено барање до осигурувачот и во најкраток можен рок на свој трошок да ги набави и достави следните документи:

1. медицинска документација со можни радиолошки, хистолошки, лабораториски, снимки и други докази за појава на критична болест и друга медицинска документација која се однесува на здравствената

состојба на осигуреното лице пред и по преземањето на осигурувањето;

2. по потреба, пополнето и заверено специјалистичко лекарско уверение за дијагноза на критична болест на образецот на друштвото за осигурување;
3. доказ дека може да бара исплата, доколку тоа не е очигледно од полисата.

(2) Осигурувачот има право да бара и други документи кои се неопходни за утврдување на правото на плаќање.

(3) Доколку осигурувачот врз основа на пријавата на случајот за осигурување и доставените документи не може да утврди постоење или висина на својата обврска кон корисникот или ако се сомнева во веродостојноста на информациите во пријавата или во некој од приложените документи, може да бара достава на дополнителни документи и докази потребни за верификација со цел дополнително да се проверат околностите на осигурениот случај. Осигурувачот, исто така, може да бара од осигуреникот и независно проверување на околностите на осигурениот случај на друг соодветен начин.

(4) Денот на кој осигурувачот добил целосна документација за осигурениот случај се смета:

а) денот кога се исполнети сите услови, доколку осигурувачот бара дополнителни документи, докази или дејствија на корисникот;

б) денот кога осигурувачот ќе ја прими пријавата и сите документи кои мора да се приложат.

(5) Доколку приложената документација не е на македонски јазик, корисникот мора да достави и превод на документацијата.

Плаќање надомест на штета член 16

(1) Осигурувачот е должен да го плати надоместокот на штета во согласност со договорот во рок од 14 дена од денот кога конечно е утврдена одговорноста на осигурувачот и нејзиниот износ.

(2) Осигурувачот има право при исплатата на надоместокот на штета да ги пребие сите неплатени заостанати премии и можни даноци според важечката законска регулатива.

Повлекување од договорот за осигурување член 17

(1) Во секое време од траењето на осигурувањето, договарачот може да го откаже или раскине договорот за осигурување за дополнително осигурување (во натамошниот текст: повлекување), што важи и за договорите склучени на далечина. Повлекувањето мора да биде дадено

во писмена форма и испратено на адресата на осигурувачот по препорачана пошта.

(2) Повлекувањето стапува во сила во 24:00 часот на денот наведен во изјавата за повлекување како датум на повлекување или во 24:00 часот на денот на приемот на препорачаната пошта на адресата на осигурувачот, доколку овој датум е постар од датумот наведен во изјавата за повлекување. Осигурителното покритие на осигурувачот за предметното дополнително осигурување завршува на датумот на отказ.

(3) Во случај на неплаќање на премиите, осигурувачот го раскинува договорот на начин утврден во член 12 од овие услови.

(4) Со денот на повлекувањето престанува осигурителното покритие на осигурувачот за предметното дополнително осигурување.

(5) Во случај на повлекување на договорот за осигурување за дополнително осигурување, друштвото за осигурување не ги враќа веќе платените премии, освен ако договарачот на осигурувањето не се повлече од договорот во првите 30 дена од денот на склучувањето на договорот за осигурување и тогаш секоја страна во договорот мора на другата да ѝ врати сè што примила врз основа на овој договор. Договарачот е должен да му ги надомести на осигурувачот направените посебни трошоци. Цената на овие услуги ја одредува осигурувачот во тарифникот.

(6) Доколку осигуреникот е пациент со дијабетес, осигурувачот може да го раскине договорот во секое време во текот на периодот на осигурување со отказан рок од една година.

Завршни одредби член 18

(1) Овие дополнителни услови се применуваат заедно со општите услови за осигурување на живот во случај на смрт и Општите услови за осигурување на лица од последици на несреќен случај кое осигурување е склучено кон осигурувањето на живот. Доколку нивната содржина е во спротивност со општите услови, се применуваат овие дополнителни услови.

(2) Овие дополнителни услови се применуваат од 1 мај 2024 година.