

**ПОСЕБНИ УСЛОВИ ПРИ ДОПОЛНИТЕЛНО ОСИГУРУВАЊЕ ВО СЛУЧАЈ НА ХИРУРШКА
ИНТЕРВЕНЦИЈА (ОПЕРАЦИЈА)**

Член 1. Воведни одредби

1. Дополнително осигурување во случај на хируршка интервенција (операција) може да се договори единствено заедно со основно животното осигурување, а овие Посебни услови за осигурување во случај на хируршка интервенција (операција) (во понатамошниот текст: Посебни услови), заедно со Општите услови за осигурување на лица АБП 2006 и Табела на хируршки интервенции (операции), се составен дел од Договорот за осигурување на живот.
2. Доколку е посебно договорено и доколку е платена дополнителна премија со основното животното осигурување, може да се вклучи и дополнително осигурување во случај на хируршка интервенција (операција) (во понатамошниот текст: Дополнително осигурување).

Член 2. Значење на поими

1. **Болест** претставува абнормална физичка или ментална состојба која ја нарушува нормалната животна дејност.
2. **Несреќа** е секој настан кој се случил независно од вољата на осигуреникот и кој ненадејно, надворешно, механички или хемиски предизвикал телесна повреда на осигуреникот. Симптомите мораат да се детектираат медицински и објективно да се дефинираат, што ќе овозможат дијагноза и резултат потребен за операција.
3. **Лекувањето** е медицинска дејност (активност) која се спроведува според општо прифатените медицински стандарди со цел да се обнови или подобри здравствената состојба или да се спречи влошување на истата.
4. **Претходно постоечка состојба** е било која медицинска состојба или поврзана околност со истата (пр. болести, симптоми, третмани, болки), кои што се појавиле пред почетокот на осигурителното покритие, без оглед дали бил спроведен медицински совет или третман. Секоја таква состојба или поврзани со неа околности кои се познати, биле познати или може да се претпостави дека му биле познати на осигурителот или на осигуреникот, се сметаат за претходно постоечки медицински состојби. Болестите или состојбите кои настанале по потпишувањето на договорот за осигурување и пред издавањето на полисата за осигурување на живот од страна на осигурителот Граве осигурување АД Скопје, исто така ќе се сметаат за веќе постоечки.
5. Неопходни здравствени услуги од медицинска гледна точка се оние услуги за кои што осигурителот смета дека се медицински потребни и за кои важат следните услови кумулативно:
 - 5.1 неопходни се за задоволување на основните здравствени потреби на осигуреникот;
 - 5.2 соодветствуваат по видот, зачестеноста и времетраењето на лекувањето (третманот) со научно засновани препораки од овластени здравствени и медицински организации;
 - 5.3 соодветствуваат на дијагнозата за заболувањето;
 - 5.4 неопходни се поради здравствени причини, а не поради естетски барања на осигуреникот.

5.5 Утврдени се од релевантни медицински извори и признати од медицински експерти кои се:

5.5.1 безбедни и ефективни за лекување или дијагностицирање на болеста или болната состојба за која се наменети, или

5.5.2 безбедни и со висок степен на ефективност
- за лекување на болест или состојба која е опасна по живот¹,
- во клинички контролирана истражувачка средина.

Член 3. Осигурен случај - медицински неопходна хируршка интервенција (операција)

1. Осигурен случај е хируршка интервенција (операција) која е медицински неопходна поради болест или несреќа.
2. Хируршка операција е операција со хируршки рез, која ја врши хирург во медицинска установа и во општ случај бара опремена операциона сала.
3. Хирург е лице кое има соодветен сертификат за завршено медицинско образование, медицинска диплома валидна во Република Северна Македонија или друга земја каде што постои осигурително покритие според овие Услови и кое има лиценца за самостојно извршување на операција.
4. Бременоста не се смета за осигурен случај, вклучително и нејзиното следење и породување, или некои поврзани манипулации и тестови како и абортуси.

Член 4. Исплата на осигурување за операции

1. Видот и висината на исплата од осигурувањето се дефинирани во овие Посебни услови за осигурување и во полисата.
2. Исплатата на осигурување наведена во став 1, е паричен надоместок што треба да го плати осигурителот во случај на осигурен случај, кој се определува како процент од осигурената сума, според Табела на хируршки интервенции (операции).
3. Во случај на стационарно хируршко лекување во болница, надоместокот за осигурување се исплаќа на следниов начин:
 - 3.1 За секоја извршена хируршка операција, на осигуреникот му се исплаќа договорениот процент од осигурената сума, согласно Табелата на хируршки интервенции (операции) важечки во моментот на настанување на осигурениот случај. Процентите што одговараат на различните видови операции се наведени во Табела на хируршки интервенции (операции).
 - 3.2 Доколку извршената операција не е вклучена во Табелата на хируршки интервенции (операции), лекарот цензор ја одредува категоријата на извршената операција споредувајќи го видот и степенот на тежината на операцијата со соодветната од Табела на хируршки интервенции (операции).
 - 3.3 Доколку при хируршка операција со различни хируршки засеци се извршат повеќе од една од хируршките операции наведени во групата од Табелата на хируршки интервенции (операции), на осигуреникот му се исплаќа 100% од износот за хируршката операција за која е договорен највисок процент. За секоја наредна

¹ За целта на оваа дефиниција терминот „опасно по живот“ се користи за опишување на болест или состојба која еверојатно да доведе до летален исход во рок од една година од датумот на барањето(вклучувањето на доп. осигурување

хируршка операција на осигуреникот му се одобруваат 50% од договорената сума за таква операција.

- 3.4 Доколку се изведат повеќе од една хируршка интервенција со ист хируршки рез, осигуреникот го исплаќа соодветниот дел од осигурената сума само за хируршката процедура за која се исплаќа најголемиот процент од осигурената сума.
- 3.5 Други такси и трошоци за лекување или нега поврзани со операцијата и престојот во болница, не се надоместуваат.
4. Вкупниот износ што треба да го обезбеди осигурителот за сите осигурани случаи што се случиле во текот на една осигурителна година не може да го надмине износот на договорената сума на осигурување.
5. Исплатата на осигурената сума, односно на соодветниот дел од неа, се врши по доставување на отпусно писмо и сите медицински документи што ги бара осигурителот.
6. Обврската за исплата на осигурителот не се намалува, доколку осигуреното лице прима исплати од трети лица, вклучително и од задолжителното здравствено осигурување.

Член 5. Почеток на осигурителното покритие

1. Доколку дополнителното осигурување е склучено или обновено во исто време со животното осигурување, почетокот на обврската на осигурителот е дефиниран во Општите услови за осигурување на лица АБП 2006.
2. Доколку ова дополнително осигурување не е склучено заедно со животното осигурување, договарамот може да поднесе писмено барање (формулар) од осигурителот најдоцна 30 (триесет) дена пред почеток на новата осигурителна година
3. Доколку во полисата или во Посебните услови за осигурување не е договорено друго, осигурен случај е медицински неопходно лекување (стационарно лекување или операција) на осигуреното лице поради болест или несреќа.
4. Доколку во полисата или во Посебните услови за осигурување не е договорено друго, осигурително покритие е вклучено од почетокот на лекувањето а завршува кога според лекарскиот извештај, нема потреба од понатамошно лекување.
5. Во случај лекувањето да треба да опфати и лекување од болест или последици од несреќен случај, кои не се директно поврзани со досегашните лекувања, произлегува нов осигурен случај.
6. Осигурителното покритие започнува од 00:00 часот на денот наведен во полисата за осигурување како почеток на осигурувањето, но во никој случај пред истекот на договорениот рок на чекање и пред уплатата на првата премија или првата рата од премијата. Годишната на осигурување започнува од денот наведен на полисата за осигурување како почеток на осигурувањето.
7. Доколку првата премија или првата рата не се уплатат до денот наведен во полисата за осигурување како почеток на осигурувањето, осигурителното покритие започнува по 24 часот од денот на извршената уплата, но не пред да истече договорениот рок (период) на чекање.

Член 6. Период на чекање или одложување на осигурувањето (каренца)

1. Периодот на одложување (каренца) е временски период, кој започнува со почетокот на осигурувањето и за тој период осигурителот не е должен да ја исплати осигурената сума при настанување на несреќен случај. Во случај на зголемување или продолжување на

- осигурителното покритие, периодот на чекање започнува од самиот момент на направената промена.
2. Периодот на чекање или одложување (каренца) на осигурувањето е 3 месеци, освен ако не е договорен посебен период на чекање во полисата или во Посебните услови за осигурување на живот.
 3. Не постои период на чекање(каренца) при:
 - 3.1 Несреќи (при што сите видови на хернии кои се предизвикни или отежнати како резултат на несреќа не се сметаат за последици од несреќата за целите на овие состојби) .
 - 3.2 Следните акутни заразни болести: рубеола, мали сипаници, варичела (овчи сипаници), шарлах (Scarlatina), дифтерија, пертусис (голема магарешка кашлица), заушки, спинална детска парализа, менингитис, дизентерија, паратифусна треска, тифус (тифусна треска), колера, вариола(сипаници), маларија, антракс, еризипелоид, , жолта треска (американска или жолта чума), чума, туларемија, пситакоза.

Член 7. Вид и обем на осигурителното покритие

1. Видот и обемот на осигурителното покритие се определуваат со овие Посебни услови за осигурување на живот и полисата за осигурување. Доколку во полисата за осигурување не е договорено поинаку, ќе се применуваат следните одредби:
 - 1.1 Не се надоместуваат трошоците за превоз на осигуреникот до неговиот лекар, центрите за лечење и обратно.
 - 1.2 Не се надоместуваат трошоците за медицински помагала.
2. Болнички третман согласно овие услови за осигурување е лекување во рамките на медицински неопходен стационарен престој во медицински установи што ги исполнуваат законските услови за медицински установи, или во одделенија на такви медицински установи, под услов тие да обезбедуваат постојано присуство од медицинско лице , да располагаат со доволно дијагностички и терапевтски услови; работат исклучиво според општоприфатените професионални стандарди на медицинска пракса . Престојот се смета за стационарен само ако типот на третман бара престој од најмалку 24 часа, освен ако не е поинаку договорено.
Престојот во болница не се смета за медицински неопходен ако тоа е поради недостаток на домашна нега или други лични околности на осигуреното лице.
3. Нема осигурително покритие при престој во следните установи или одделенија:
 - 3.1 установи или одделенија на зависници од алкохол и дрога;
 - 3.2 во теренски болници на вооружените сили;
 - 3.3 установи или одделенија за ментално болни;
 - 3.4 установи или одделенија за лица лишени од слобода;
 - 3.5 установи или одделенија за хронично болни;
 - 3.6 установи или одделенија кои даваат социјална грижа на стари во домови за стари и изнемоштени лица;

Член 8. Лица кои немаат право на осигурување

1. Лица кои немаат право на осигурување се оние кои се трајно и целосно неспособни за работа или страдаат од тешки нервни нарушувања, како и ментално болните.

2. Доколку во време на траењето на договорот за осигурување, осигуреникот остане без право на осигурување, осигурителното покритие се прекинува и договорот се раскинува.

Член 9. Лица кои можат да се осигураат (осигуреници)

1. Може да се осигураат само здрави лица на возраст од 15 до 60 години.
2. Лицето кое во моментот на склучување на договорот за осигурување ги извршува сите животни и работни активности, нема физички или психички нарушувања, како и не прима терапија и не користи медицински услуги се смета за здраво и има право на осигурување.
3. Условно здраво лице е лице без постојани физички или психички здравствени проблеми, кое сите животни и работни активности ги врши со повремени или редовни медицински третман. Условно здраво лице може да се осигура по проценка на ризик и по проценка на здравствената состојба.
4. Покрај причините кои се наведени во Општите услови за осигурување на лица АБП 2006, осигурителното покритие исто така престанува кога осигуреникот ќе наполни 65 години.

Член 10. Ограничување на осигурителното покритие

1. Од осигурителното покритие се исклучени медицинските третмани кои биле започнати пред почетокот на осигурувањето.
2. Болестите или последиците од истите кои настанале пред почетокот на осигурувањето, а се лекуваат до започнувањето на осигурувањето, имаат покритие само согласно одредбите од овој и од предходниот член.
3. Болестите или последици од нереќен случај кои се третираат за прв пат за време на периодот на чекање- каренца, немаат осигурително покритие до крајот на осигурувањето, но не повеќе од три години при склучување на договорот за осигурување. Ова исто така важи и за болестите кои се директно поврзани со горенаведените.
4. Осигурителот нема обврска да ја исплати осигурената сума или дел од неа при следниве случаи:
 - 4.1 Болести или несреќи, како и нивните последици предизвикани или во врска со било кој вид на воена акција, со или без објава на војна; учество во воени настани, непријателства или акти слични на војна, граѓанска војна, револуција, бунт, востание или граѓански немири кои произлегуваат од такви настани, учество во саботажа или терористички од политички причини, насилни или други слични настани во кои осигуреникот земал активно учество, воени дејствија и операции кои бараат употреба на оружје или се резултат на антитероризмот, бунт и слични настани;
 - 4.2 Болести или несреќи, како и нивните последици предизвикани од или во врска со нуклеарни ризици, на пр. изложеност на нуклеарна енергија (нуклеарни реакции, радијација, загадување) или изложеност на секаков вид радиоактивен отпад или хемиско загадување;
 - 4.3 Болести или несреќи, како и нивните последици предизвикани од природни катастрофи, лавини, земјотреси, вулкански ерупции или бури;
 - 4.4 Болести или несреќи, како и нивните последици, кои настанале или се влошиле како резултат на злоупотреба на алкохол или наркотици, или чие лекување е значително отежнато како резултат на злоупотреба на алкохол или наркотици, како и мерки за лекување на зависност од истите;

- 4.5 Болести или несреќи и нивните последици кои произлегуваат од намерно извршување на кривично дело;
 - 4.6 Болести или несреќи и нивните последици предизвикани од страна на осигурителот или осигуреникот , вклучувајќи ги и нивните последици;
 - 4.7 Доколку осигуреникот користи воздухопловно средство, што на кој било начин се разликува од целосно прифатливиот стандарден тип на авион во сопственост или управуван од авиокомпанија на своите редовни летови и со кој осигуреникот патува со авионски билет;
5. Одредени болести или последици од несреќен случај од Т.1 до Т.4 можат да бидат вклучени во осигурителното покритие само со посебен договор.
 6. Доколку лекувањето трае подолго од што е потребно од медицински аспект, осигурителот има право да го намали надоместокот на соодветен износ.
 7. Во оправдани случаи, осигурителот може да го исклучи осигурителното покритие при лекување кај одредени лекари или во одредени здравствени установи или одделенија. Ова исклучување од осигурително покритие се однесува исклучиво на лекувања кои се спроведени по известувањето за исклучок од покритие на осигуреникот.
 8. Покрај горенаведените ограничувања, исто така има исклучок од осигурително покритие при неопходен стационарен престој во болница за интервенција во текот на првата година на осигурување поради следните болести, без разлика дали осигуреникот знаел или не дека боледува од нив:
 - 8.1 сите видови на хернии;
 - 8.2 сите видови на тумори;
 - 8.3 ендометриоза;
 - 8.4 хемороиди;
 - 8.5 болести на носните шуплини;
 - 8.6 Зголемување на крајниците и прекумерен раст на жлездите;
 - 8.7 покачено ниво на тироиден хормон во крвта;
 - 8.8 катаракта;
 - 8.9 бенигни тумури на мускулите и сврзното ткиво на матката;
 - 8.10 анална фистула;
 - 8.11 отстранување на матка (хистеректомија);
 - 8.12 воспаление на жолчка;
 - 8.13 камења во бубрезите, уринарниот тракт и жолчка;
 - 8.14 зголемен крвен притисок или болести на срцето и крвните садови;
 - 8.15 гастричен или дуоденален улкус;
 - 8.16 Халукс - Валгус;
 - 8.17 интервертебрална хернија (дискус хернија);
 - 8.18 варикоцела и хидроцела;
 - 8.19 проширување на вените;
 - 8.20 Менискус;
 - 8.21 туберкулоза
 9. Покрај другите случаи исто така има исклучок од осигурително покритие при:
 - 9.1 состојба од предходно постоечка болест;
 - 9.2 бременост, природно породување со царски рез и спонтан абортус;
 - 9.3 неинвазивен карцином in-situ и сите карциноми на кожата освен инвазивен малигнен меланом;
 - 9.4 неонатални третмани;
 - 9.5 вродени дефекти и деформитети или наследни болести;

- 9.6 дијагностички интервенции со земање на биопсија, ендоскопија, лапароскопија и артоскопија;
- 9.7 стоматолошки третмани и операции;
- 9.8 лацерации на воспалена кожа, ткива и зглобови;
- 9.9 отстранување на материјали имплементирани со претходни операции;
- 9.10 отстранување на конци на кожата (нишки);
- 9.11 отстапен септум, ресекција на носната преграда, хирургија на горната и долната вилица, вклучувајќи операција на темпоромандибуларниот зглоб, операција на виличниот зглоб, освен директен третман на акутна повреда или карцином;
- 9.12 операции за естетска и пластична хирургија, освен ако не се резултат на несреќа опфатена со овој договор за осигурување. Третманот мора да се изврши во рок од најмногу 9 месеци по несреќата, со претходна писмена согласност од осигурителот. Има покритие за реконструкцијата на дојката како резултат на мастектомија извршена за рак, додека замена на постоечки импланти на дојка е исклучено од покритие;
- 9.13 хируршки интервенции во директна или индиректна поврзаност со СИДА. Ова ја исклучува секоја болест која се јавува како директна или индиректна последица или поврзана со серопозитивна ХИВ инфекција, стекнат синдром на СИДА или кој било друг сличен или поврзан синдром со СИДА;
- 9.14 терапевтски мерки за намалување на телесната тежина како што се стационарни диети и хируршки интервенции;
- 9.15 процедури кои вклучуваат стерилизација или обратни процеси, вештачко оплодување или промена на полот;
- 9.16 лекувања поврзани со венерични заболувања ;
- 9.17 третмани на повреди од самоповредување или обид за убиство;
- 9.18 ментални нарушувања од секаков вид, вклучително и видливи состојби на лична, ментална или емоционална дезорганизација до степен на сериозно влошување на нормалното психолошко, социјално и професионално однесување на осигуреникот;
- 9.19 во сообраќајни незгоди доколку осигуреникот е возач на возилото, и на алкотестот алкохолот во крвта му е над дозволената граница при случувањето на сообраќајната незгода, исто така доколку возилото се управува без соодветна возачка дозвола или возилото е технички неисправно;
- 9.20 во случај на несреќа на следниве работни места и професии: работа во кланица, на високи печки и во леарница, во фабрика за експлозиви, на места за дупчење на нафта и во каменолом, на скелиња повисоки од два ката, професионален возач, инженери за бродоградба, пристанишни работници, рудари;
- 9.21 болести или несреќи, како и нивните последици поради практикување на опасни спортови или други високоризични активности, вклучувајќи нуркање, возење мотоцикл, скокање со падобран, лизгање, качување, рафтинг, банџи скокање и сите видови трки, освен трчање;
- 9.22 експериментални третмани или третмани извршени од неквалификувани лекари;
- 9.23 секој медицински непотребен третман;
- 9.24 зрачење, радиотерапија, хемотерапија;
- 9.25 перитониална дијализа;
- 9.26 процедури чија што цел е превенција, а не лекување;

Член 11. Премија за осигурување

Премијата за ова дополнително осигурување се плаќа во иста валута, на ист начин и истовремено со премијата за животното осигурување во согласност со Општите услови за осигурување на лица АБП 2006.

Член 12. Прилагодување на категоризација и на премиите

Осигурителот го задржува правото да ја прилагоди категоризацијата на видовите болести и операции во согласност со развојот на медицинските технологии и подобрувањето на методите на лекување. Ваквите прилагодувања се однесуваат и на веќе постоечките договори.

Прилагодувањето на висина на премијата (индексот) се врши во зависност од инфлацијата во согласност со соодветните клаузули од условите за осигурување на основното осигурување.

Член 13. Престанок на осигурителното покритие

Осигурителното покритие престанува со истекот на последниот ден од периодот на осигурување. Со престанокот на осигурителното покритие престануваат и сите обврски на осигурителот кои произлегуваат од осигурените случаи што се случиле во текот на траењето на осигурувањето.

Член 14. Обврски на осигурителот и на осигуреникот за време на траење на договорот на осигурување

1. На барање на осигурителот, договарачот на полисата и осигуреникот се должни да ги достават сите информации кои се неопходни за утврдување на обврската за плаќање од страна на осигурителот или за видот и обемот на осигурителното покритие. Ова ја вклучува и обврската на осигуреникот по барање на осигурителот да подлежи на преглед од лекар определен од осигурителот.
2. Договарачот на полисата и осигуреникот се должни да ги следат разумно правилата на однесување препорачани од лекарот или осигурителот и да избегнуваат било какви дејствија или недејствија кои би можеле да попречат на одржување на здравјето. Освен тоа осигуреникот се обврзува да подлежи на дополнителен преглед од лекар назначен од осигурителот на барање на осигуреникот.
3. Договарачот на полисата или осигуреникот мора да го известат осигурителот за настанувањето на осигурениот случај во рок од 3 дена откако ќе дознаат за истиот.

Член 15. Пријава на осигурен случај

1. Лицата кои имаат право на осигурена сума имаат обврска, кога ќе настапи осигурениот случај, да му поднесат на осигурителот писмена пријава, а во случај кога Договорот за осигурување е склучен преку осигурително брокерско друштво, лицата можат да побараат помош од страна на осигурителното брокерско друштво во случај на настанување на осигурениот случај.
2. За исплата на осигурената сума, на осигурителот мора да му биде доставена следната документација:

- Копија од полисата за осигурување,
 - Барање за надомест на штета за операција (во печатена форма),
 - Копија од лична карта/возачка дозвола на осигуреникот,
 - Изјава за носител на јавна функција
 - Отпусна листа од болницата во која е извршена операцијата,
 - Целокупната и целосна медицинска документација за причината, почетокот, обликот и текот на болеста, како и сите извештаи и наоди од лекарот и здравствената установа во која осигуреникот е прегледан и лекуван, за да се утврди настанувањето на осигурениот случај, т.е. основата за исплата на осигурената сума, кога е тоа во согласност со разумна процена, релевантно и потребно за утврдување право на исплата и висина на исплата.
3. Трошоците за лекарскиот преглед и за известувањето (првично и конечно лекарско уверение, повторен лекарски преглед и наод од специјалист), како и останатите трошоци што се однесуваат на докажувањето на околностите за настанувањето на несреќниот случај и правата од Договорот за осигурување, ги поднесува подносителот на барањето.
 4. Осигурителот е овластен и има право од осигуреникот, договарачот, корисникот, здравствената установа или кое било друго правно или физичко лице да бара дополнителни објаснувања и докази, како и да презема, на сопствен трошок, дејства во поглед на лекарски преглед на осигуреникот од страна на своите лекари или лекарски комисији, поради утврдување на важните околности за пријавениот несреќен случај.
 5. Доколку договарачот или осигуреникот не му го пријави несреќниот случај на осигурителот, или не му ја достави целосната медицинска и останата документација, туку веднаш поведе судски спор против осигурителот, таквата тужба ќе се смета за прерана. Сите трошоци за ваквата судска постапка, без оглед на исходот, ги поднесува тужителот

Член 16. Последици во случај на прекршување на обврските од страна на имателот на полисата и осигуреникот за време на траењето на договорот за осигурување

1. Во случај носителот на полисата и осигуреникот да не исполнат некоја од пропишаните или договорените обврски, ќе одговараат пред осигурителот за предизвиканите штети.
2. Доколку имателот на полисата или осигуреникот свесно или со намера го предизвикаат осигурениот случај, осигурителот се ослободува од обврската за плаќање.

Член 17. Исплата на осигурената сума

Осигурителот е обврзан да ја исплати осигурената сума во согласност со Договорот за осигурување, во рок од 14 (четиринаесет) дена, сметајќи од денот кога осигурителот ја добил потребната документација согласно овие Услови. Доколку за утврдување на постоење на осигурителна обврска или нејзиниот износ е потребно значително време, овој рок почнува да тече од денот кога е утврдено постоењето на неговата обврска и нејзиниот износ, односно од денот кога кај осигурителот пристигнал последниот докажен документ.

Член 18. Корисник на осигурувањето

1. Корисникот во случај на операции е самиот осигуреник.

2. Во случај на смрт на осигуреникот при операција, исплатата на име на покривање на операција му се исплаќа на корисникот назначен во полисата за основно осигурување на живот, односно врз основа на Општите услови за осигурување на лица АБП 2006 под кои се склучува ова дополнително осигурување.

Член 19. Постапка за вештачење

1. Доколку осигурителот и договарачот или осигуреникот не се согласни во поглед на видот, причината или последиците на несреќниот случај и во поглед на висината на обврската на осигурителот, утврдувањето на спорните факти им се доверува на вештаците. Еден вештак се именува од страна на осигурителот, а другиот од спротивната страна. Доколку именуваните вештаци не се согласни, тие самите определуваат трет вештак што ќе го даде своето стручно мислење единствено во врска со оние факти што се спорни за двајцата вештаци и се во границите на нивните наоди и мислења.
2. Секоја страна ги плаќа трошоците за вештакот што го именувала, а на третиот вештак секоја страна му исплаќа по половина од трошоците.

Член 20. Застарување

Побарувањата што произлегуваат од Договорот за дополнително осигурување во случај на операција застаруваат според одредбите на Законот за облигациони односи.

Член 21. Завршни одредби

1. За се што не е опфатено со овие Услови се применуваат одредбите од Општите услови за осигурување на лица АБП 2006.
2. Доколку постои несогласување на некои одредби од Општите услови за осигурување на лица АБП 2006 и некои одредби од овие Услови, за односите од договорите за осигурување се применуваат одредбите од овие Услови.
3. Во врска со односите меѓу осигурителот, осигуреникот, договарачот на осигурувањето, корисникот и другите лица на кои се однесува Договорот, а кои не се опфатени со овие Услови, ќе се применуваат одредбите од Законот за облигациони односи.
4. За односите меѓу страните од овој Договор за осигурување се применуваат законските одредби кои важат во Република Северна Македонија.

Член 22

Овие Услови влегуваат во сила од денот на нивното усвојување.