НАЦИОНАЛНА ГРУПАЦИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ

ОПШТИ УСЛОВИ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА СТРАНЦИ ПРИ ПАТУВАЊЕ ИЛИ КРАТКОРОЧЕН ПРЕСТОЈ ВО Р.МАКЕДОНИЈА

(пречистен текст)

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ

Скопје март 2012 година

ДЕФИНИЦИИ:

Пооделни изрази во овие услови значат:

- **Осигурувач** - Национална групација за осигурување АД "Осигурителна полиса" Скопје со адреса на Бул. Климент Охридски бб Скопје;
- **Договарач** – правно или физичко лице кое го склучува договорот за осигурување за осигуреникот (осигурениците) и кое ја плаќа премијата;
- **Осигуреник** – лице од чија смрт, траен инвалидитет или нарушување на здравјето зависи исплатата на осигурената сума односно надоместот;
- **Корисник** – лице на кое се врши исплата на осигурената сума односно надомест;
- **Полиса** – исправа за склучениот договор за осигурување;
- **Осигурена сума** – највисок износ до кој осигурувачот е во обврска да исплати штета;
- **Премија** – износ кој договарачот е должен да го плати на осигурувачот по договорот за осигурување;
- **Партнер** – субјект кој според договорот со осигурувачот овозможува и организира здравствена помош;
- **Франшиза** – сума наведена во полисата, со која осигуреникот учествува во секој штетен настан;
- **Акутни заболувања** - заболувања со брз и прогресивен тек, коишто се јавиле за време на траењето на осигурувањето и предизвикале итно лекување;
- **Итна стоматолошка помош** - се настанати итни воспалнителни состојби при следните стоматолошки услуги:
    1. инцизија на апцес и флегмони во усната шуплина
    2. вадење на скршен заб, вклучувајќи анестезија
    3. контролен преглед за услугите по т.1 и т.2 од овој став
    4. неодложни состојби по применетите стоматолошки процедури
- **Медицински трошоци** - како резултат на несреќа или акутно заболување се: неопходните трошоци за медицински прегледи, лекувања и хируршки интервенции, тераписки трошоци, употреба на медицински уреди, ренгенски и лабараториски трошоци, трошоци за болнички престој, транспортни трошоци (трошоци за превезување на осигуреникот од местото на несреќата во Р. Македонија до здравствена установа или трошоците за преместување на осигуреникот од една болница до друга на територијата на Р. Македонија). Неопходноста за преместување се определува од медицинската установа, спроведеното лекување од лекарот или Партнерот.
- **Репатријација** – враќање на посмртните останки на осигуреникот до матичната земја во случај на негова смрт за време на престојот во Р. Македонија.

ОДДЕЛ 1

ОПШТИ УСЛОВИ

Член 1

Овие Општи услови за здравствено осигурување на странци за време на патување или краткорочен престој во Р. Македонија (во понатамошниот текст: Услови) се составен дел на договорот за здравствено осигурување на странци што договарачот на осигурувањето ќе го склучи со Националната групација за осигурување АД "Осигурителна полиса" Скопје (во понатамошниот текст: Осигурувач). Осигурувањето се склучува согласно општите услови, минималната осигурена сума, минималната премија и начинот на склучување на задолжителното здравствено осигурување на странци, кои

краткорочно престојуваат во Р. Македонија или минуваат низ неа согласно понудените Општи услови.
Осигурувачот врз основа на договорот за осигурување, потпишана полиса и платена премија обезбедува помош и осигурителни услуги наведени во договорот-полисата, кои произлегуваат од осигурените случаи што ќе настанат во Р. Македонија и се поврзани со патувањето на странски државјани во Р. Македонија:

- здравствена помош и осигурување;
- помош при патување и осигурување;
- осигурување од незгода

ПРЕДМЕТ НА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 2

1. Предмет на осигурување за задолжителното здравствено осигурување се:
А) Здравствена помош:
- Итен лекарски преглед;
- Итен лекарски третман;
- Итен болнички третман;

односно трошоците за лекување и болничко лекување на странци кои краткорочно престојуваат во Р. Македонија или минуваат низ неа.
Во трошоците, направени за лекување и престој во болница за странци по став 1 од овој член спаѓат трошоците за итна медицинска помош, направени за амбулантска и болничка медицинска помош и трошоците за стоматолошка помош.
Б) Друга помош при патувањето и осигурувањето:
- Посета на пациентот;
- Надомест на телефонски трошоци;
- Репатријација - враќање на посмртни останки.

В) Осигурување од незгода

СКЛУЧУВАЊЕ, ПОЧЕТОК И ИСТЕК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 3

1. Договорот за осигурување може да биде склучен за период од најмногу 365 дена.
2. При склучување на групни осигурувања кон полисата се доставува и список на осигурените лица.
3. Осгурувањето важи согласно утврдената скаденца во полисата, односно започнува во 00:00 часот на денот кој во полисата е наведен како почеток на осигурувањето и трае до 24:00 часот на денот наведен како истек на осигурувањето.

СПОСОБНОСТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ И ТЕРИТОРИЈАЛНО ПОКРИТИЕ

Член 4

1. Согласно овие Услови се осигуруваат лица коишто во моментот на склучување на осигурувањето се во добра здравствена состојба.
2. Осигуреник може да биде секое лице кое е странски државјанин т.е. лице без македонско државјанство, кое краткорочно престојува во Р. Македонија или поминува низ земјата.
3. Осигурувањето важи само на територијата на Р. Македонија.

ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОСИГУРИТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Член 5

1. Доколку настанат повеќе штети односно серија на штети на осигурениците, а кои произлегуваат од ист штетен настан (осигурени случаи) и кои временски се поврзани (агрегат), максималната обврска на осигурувачот изнесува 6.000.000,00 денари.
2. Во случај на настанување на штета од став 1 од овој член кај обештетување на оштетените се применува правилото на пропорција.
3. Доколку осигурувањето е склучено со франшиза, осигурениkот учествува во секој штетен настан во висина на договорената франшиза.

КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 6

1. Корисници се лицата кои се назначени од договарачот со писмено одобрение од осигуреникот и кои имаат право на услугите од осигурувачот согласно договорот-полисата за осигурување.
2. Корисникот може да се менува во секое време во текот на траењето на осигурувањето со едностpана писмена изјава од договарачот или осигуреникот која ќе се достави до Осигурувачот.
3. Доколку договарачот не назначи корисник согласно став 1 од овој член, законските наследници на осигуреникот се корисници на осигурената сума за случај на смрт од незгода на осигуреникот.
4. Доколку осигуреникот е малолетно лице, корисникот на правото од склучениот договор е неговиот законски застапник или старател.

ОСИГУРЕНА СУМА, ПРЕМИЈА И ОБВРСКИ НА ОСИГУРЕНИКОТ

Член 7

1. Осигурувањето се склучува за осигурените суми кои се договорени помеѓу двете страни, но не пониски од определената минимална осигурена сума од страна на Осигурувачот за склучување на задолжително здравствено осигурување на странци кои краткорочно престојуваат во Р. Македонија или минуваат низ неа согласно понудените Општи услови.
2. Осигурувањето може да се склучи за осигурени суми поголеми од минималната осигурена сума, определена од страна на Осигурувачот.
3. Премијата за осигурување се определува согласно Тарифата за осигурување.
4. Премијата се плаќа еднократно при склучување на договорот за осигурување.
5. Доказ за договорот за осигурување е полисата за осигурување.
6. Во рамките на одговорноста на Осигурувачот влегуваат:
- сите неопходни трошоци извршени од осигуреникот или од надлежната здраствена установа за болнички престој, поради болест или несреќен случај - незгода за време на траењето на договорот, трошоците за транспорт или преместување на осигуреното лице во друга здраствена установа.
- стоматолошка помош (покритието опфаќа само итни состојби);
7.Одговорноста на осигурувачот е најмногу во висина на договорениот лимит, независно од бројот на настанатите осигурени случаи за време на траење на договорот.
Осигуреникот е должен:
- Да го извести Осигурувачот за сите околности и податоци кои произлегуваат во врска со штетниот настан;
- Да ја намали или ублажи штетата колку што е можно повеќе, притоа следејќи ги инструкциите на Осигурувачот;
- Да ја пријави штетата во рок од 24 часа и да ја запази обврската за јавување во роковите и на начин утврден во договорот;
- Да дозволи осигурувачот да ги изврши сите испитувања кои се однесуваат на причините за штетата, за проценување на штетата и за обемот на надомест.
8. Одговорноста на осигуреникот се прекинува пред истекот на договорот за осигурување во случај на надминување на договорениот лимит за сите осигурени случаи како резултат на исплатени или резервирани штети.

ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ

Член 8

1. Осигурувачот ги исплаќа трошоците за извршените медицински прегледи и сместување во болниците на осигуреникот и тоа:
- за укажаната медицинска помош - по цена на соодветната здравствена установа;
- на осигуреното лице (осигуреникот) во случај тој да и платил на здраствената установа за извршените медицински услуги

2. Исплаќањето на осигурените суми и надоместоци за задолжителното здравствено осигурување се врши од страна на осигурувачот (лицето кое ја издало полисата или од овластениот Партнер).
3. Надоместокот за задолжителното здравствено осигурување се определува и исплаќа во денари од осигурувачот во рок од 14 дена, откако осигуреникот ќе ги достави сите неопходни документе потребни за увид на трошоците во врска со лекувањето и болничкиот престој.
4. Кога е потребно за утврдување на штетата, Осигурувачот ги надоместува трошоците за превод на извештаите на македонски јазик до износ од 1.500 денари – врз основа на оригинална фактура.
5. При настанување на осигуреиот случај неопходно е осигуреникот, неговиот претставник, медицинско или друго задолжелно лице да го извести Осигурувачот или неговиот Партнер во рок од 24 часа.
6. При исплаќање на надомест осигурената сума во зависност од осигуреиот ризик автоматски се намалува за сумата на обештетувањето.

ЗАСТАРУВАЊЕ НА ПОБАРУВАЊАТА ЗА ИСПЛАТА НА НАДОМЕСТ

Член 9

1. Правото да се бара исплата на надомест која потекнува од полисата истекува во рок од 3 (три) години од настанување на осигуреиот случај.

ВЗАЕМНИ ОДНОСИ МЕЃУ ДВЕТЕ СТРАНИ ПРЕД ИСТЕК НА РОКОТ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 10

1. Осигуреното лице ги користи правата за задолжително здравствено осигурување ако не врши злонамерно користење на здравствени услуги.
2. Осигурувачот има право да го прекине осигурувањето во следниве случаи:
- при измама од страна на осигуреникот;
- ако осигурувањето е склучено без знаење на осигуреникот;
- при прекинување на осигурителното дејство (независно од причините за тоа) осигурувачот не ја утврдил осигурителната премија.
3. При непочитување на условите од член 8 став 5, осигурувачот има право да не изврши исплата на надомест на штета.

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ

ОДДЕЛ 2
ЗДРАВСТВЕНА ПОМОШ И ОСИГУРУВАЊЕ

РИЗИЦИ ОПФАТЕНИ СО ЗДРАВСТВЕНА ПОМОШ И ОСИГУРУВАЊЕ

Член 11

1. Осигурувачот или неговиот Партнер му ги пружа на осигуреникот следните услуги на здравствена помош и ги покрива соодветните трошоци ако осигуреникот се разболи или доживее незгода и тоа за:
- Итен лекарски преглед;
- Итен лекарски третман;
- Итен болнички третман.

Осигурувачот го задржува правото да ги покрие болничките трошоци во Р. Македонија додека здравствената состојба на осигуреникот дозволи враќање во матичната земја за понатамошно лекување, врз основа на договор со здравствениот работник.
- Итна операција, интензивен третман;
- Надомест на трошоци за лекови купени со лекарски рецепт, потврден со оригинална фактура;
- Најмување вештачки делови, штаки, инвалидска количка и други медицински инструменти, опрема и алати врз основа на рецепт;

- Итна стоматолошка помош заради директно прекинување на болка до износ од 100 ЕУР.
Трошоци за лекување настанати како последица на болест до износ од 1.000 ЕУР/15.000 ЕУР / 30.000 ЕУР.
Трошоци за лекување настанати како последица на незгода до износ од 1.000 ЕУР/ 15.000 ЕУР / 30.000 ЕУР.
Осигурувачот ги обезбедува овие услуги исклучиво во итни случаи.
2. Под итен случај се подразбираат случаите кога непреземањето на лекарски третман би предизвикало загрозување на животот или безбедноста на осигуреникот, или неизлечиви оштетувања на здравјето на осигуреникот, како и случаи кога врз основа на симптомите на заболување или болест на осигуреникот (губење свест, крварење, инфективно акутно заболување и друго) или заради ненадејна повреда на осигуреникот, итно е потребен лекарски третман на осигуреникот. Осигурувачот ја утврдува итноста врз основа на мислење на лекар-цензор.
3. Осигурувачот ги признава горенаведените трошоци само во случаите кога осигурувачот го дозволил користењето на овие услуги врз основа на претходно барање од осигуреникот или негов претставник, од институцијата што го извршува третманот или од здравствениот работник.
Доколку не било можно да се бара одобрување пред започнување на лекувањето, наведените лица или институции се должни да го известат Осигурувачот или неговиот Партнер во најкраток можен рок, а најдоцна 24 часа по настанувањето на осигурениот случај, односно по започнување на лекувањето и да бараат одобрување за користење на здравствените услуги.
Доколку Осигурувачот или неговиот Партнер не биле известени претходно или во рок од 24 часа, осигурувачот ќе ги плати настанатите основани трошоци на осигуреникот најмногу до износ од 50 ЕУР.
4. Полисата покрива трошоци за оправдани и вообичаени здравствени услуги исклучиво во јавните здравствени институции, како и во здравствените установи со кои соработува Осигурувачот, имајќи ја предвид просечната цена на лекарската услуга која важи во местото на користење на услугите. Лекарот кој дава услуги или врши преглед е ослободен од обврската за чување на професионална тајна за осигуреникот во однос на Осигурувачот или Партнерот.

ИСКЛУЧЕНИ РИЗИЦИ

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ

Член 12

1 .Осигурувањето не ги опфаќа ризиците, причинети или резултат на:
- Било која нега или купување лекови и преземена медицинска интервенција заради хронично заболување или претходна здравствена состојба на пациентот или од причини поврзани со неа, без разлика дали му била позната на пациентот или не;
- Услуги кои не се неопходни за утврдување на дијагнозата;
- Постлекување, рехабилитација;
- Хемодијализа и хемотрансфузија;
- Трансплантација на органи, ткива и клетки;
- Неурохируршки, кардиолошки и очни операции;
- Предпородилна нега;
- Породилна и постпородилна нега по 28-та недела на бременоста;
- Третман од дебелина, лечење импотенција и стерилитет, вештачко оплодување;
- Не-итен лекарски преглед и/или лекување;
- Лекување на СИДА или откривање преку задолжителни или доброволни тестови;
- Болничко лекување на онколошки заболувања;
- Лекување на психијатриски и психички болести;
- Лекување од алкохолизам и наркоманија;
- Задолжитена имунизација;
- Рутински, контролни прегледи и лекарски проверки;
- Пластични и козметички операции и други козметичко-медицински услуги;

- Примена на неконвенционални методи за благопријатно дејство врз индивидуалното здравје (психотерапија, акупунктура, третман од надри лекар, хомеопат);
- Трошоци за враќање преземени без одобрение на осигурувачот или трошоци за предвремено враќање без одобрение од лекар специјалист;
2. Осигурителното покритие за задолжителното здравствено осигурување не вклучува обештетување за телесни повреди или смрт на осигуреникот причинети како резултат на:
- Непочитување на пропишаниот режим или лекување;
- Симулирање на болест;
- Самоповредување со умисла;
- Обид за убиство и самоубиство;
- Подготовка и учество во спортски натпревари;
- Извршување на активности од општ карактер или друга дејност, забранети со закон;
- Повреда на здравје (ако настапило за времето кога осигуреникот бил задржан од страна на властите или се наоѓа во затвор);
- Земјотреси или нуклеарни катастрофи, радиоактивни продукти или радиациона терапија;
- Нарушување на здравјето како последица на прекумерна или хронична употреба на алкохол, наркотици, опијатни сретства или зависност од лекови;
- Терористички акт или терористички дејства;
- Учество во воени дејства или обуки, или предизвикани од радиоактивни или хемиски материјали при востание, бунт или други дејства од нарушителен карактер;
- Полови (венерични) заболувања и заболување на репродукитвниот систем;
- Бременост, раѓање, абортус;
- Лекувања, операции и интервенции, без истите да се последица на несреќа;
3. Осигурувачот не плаќа здраствени услуги на Осигуреникот, ако тој учествува во медицинско-научни испитувања на лекарски продукти.
4. Осигурувачот не сноси одговорност за случувањата, произлезени пред склучувањето на договорот.
5. Трошоците кои го надминуваат износот од 50 ЕУР, ако осигуреникот, неговиот застапник, здравствената институција или здравствениот работник нема да побара одобрение од Осигурувачот за користење на лекарските услуги во рок од 24 часа не се на терет на Осигурувачот.

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ

РЕШАВАЊЕ НА ШТЕТИ

Член 13

1. Доколку осигуреникот користел услуги на здравствена помош, здравствената устанува (лекар, орган, лице) доставува фактури и полиса за осигурување или копија директно до Осигурувачот или неговиот Партнер.
2. Доколку осигуреникот платил за лекарскиот третман – по пријавувањето на осигуреният случај согласно Условите – веднаш по комплетирањето на потребната документација штетата ќе се надомести од надлежниот орган на Осигурувачот.
3. Трошоците за користење на лекарски услуги без претходно одобрение Осигурувачот ќе ги надомести најмногу до висина од 50 ЕУР.
4. Штетите ќе бидат ликвидирани врз основа на следните документи:
- полиса за осигурување или копија од полисата;
- пополнета и заверена медицинска документација која ја потврдува итноста на лекувањето;
- дијагнозите, лекарскиот опис, крајниот болнички извештај;
- болнички листи;
- оригинални фактури за медицински трошоци, како и трошоци за лекови;
- пријава за штета на образец од Осигурувачот пополнета од страна на осигуреникот, неговиот наследник или од корисникот на осигурувањето;
- копија од трансакциона сметка;
- други документи по проценка на осигурувачот.

ОДДЕЛ 3

ДРУГА ПОМОШ ПРИ ПАТУВАЊЕТО И ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 14

Во случај осигуреникот да има право на здравствени услуги во Оддел 1, Осигурувачот ги обезбедува и следните дополнителни услуги:

ПОСЕТА НА ПАЦИЕНТОТ

Член 15

1. Доколку животот на осигуреникот е во опасност, или мора да престојува во болница подолго од 10 дена, Осигурувачот ќе го организира и плати патот на лицето именувано од осигуреникот, кое живее во странска земја до Р. Македонија и назад (врз основа на одлуката на осигурувачот: трошоците за гориво на неговиот автомобил, воз втора класа, авионска карта туристичка класа), ќе резервира сместување во хотел и ќе ги покрие трошоците за хотелот, до максимален износ од 200 ЕУР без оглед на времетраењето на посетата.
2. Без претходно одобрение од Осигурувачот, трошоците за посета на пациентот нема да бидат надоместени од Осигурувачот.

НАДОМЕСТ НА ТЕЛЕФОНСКИ ТРОШОЦИ

Член 16

1. Осигурувачот ги покрива сите телефонски трошоци преземени од осигуреникот во врска со осигуреният случај потврдени со фактури до износ од 25 ЕУР за телефонски разговори во земјата, односно до износ од 50 ЕУР за телефонски разговори во странство.

ВРАЌАЊЕ НА ПОСМРТНИ ОСТАНКИ

Член 17

1. Во случај на смрт на осигуреникот, Осигурувачот ќе обезбеди враќање на посмртните останки до матичната земја и ќе ги покрие трошоците поврзани со враќањето најмногу до износ од 15.000 ЕУР.
2. Без претходно одобрение од Осигурувачот, трошоците за враќање во Р. Македонија нема да бидат покриени.

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ

ОДДЕЛ 4

ОСИГУРУВАЊЕ ОД НЕЗГОДА, ПОИМ ЗА НЕСРЕЌЕН СЛУЧАЈ

Член 18

Под незгода се подразбира надворешно влијание кое се појавува неочекувано, надвор од контрола на осигуреникот, како резултат на која осигуреникот умира во рок од една година, стекнува траен целосен инвалидитет или траен делумен инвалидитет. Нарушување на здравјето како последица на изгореници предизвикани од сончеви зраци, терапија со кварцни ламби, солариум, сончаница, како и истегнување при лифтинг, кила, измрзнатини, самоубиство или обид за самоубиство и изведување на официјална физичка работа не се квалификува како незгода.

ОСИГУРЕНИ СУМИ

Член 19

1. Независно од услугите на здравствена помош и од надоместената сума за здравствено осигурување, Осигурувачот ќе ги исплати следните износи за осигурување од незгода:
- Во случај на смрт од незгода 150.000 денари;

- За траен инвалидитет од незгода до 300.000 денари или дел од овој износ сразмерен на степенот на трајниот инвалидитет.
2. Под поимот – целосен траен инвалидитет се подразбира загуба на следните делови на телото и сетила: екстремитети (раце и нозе) и загуба на видот, слухот и говорот.
3. Под поимот – делумен траен инвалидитет се подразбира намалување на функцијата на следните делови на телото и сетилата: екстремитети (раце и нозе) и вид, слух и говор, како последица на повредите здобиени во незгодата.

ИСКЛУЧУВАЊЕ НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ ЗА ИСПЛАТА НА ОСИГУРИТЕЛНИТЕ ПОКРИТИЈА ОД НЕЗГОДА

Член 20

1. Осигурувачот ќе биде исклучен од обврската за исплата на осигурените суми за незгода:
- Кога осигуреникот го загубил животот како последица на намерно дејствување на корисникот на осигурувањето;
- Кога е докажано дека осигуреникот ја предизвикал незгодата спротивно на законот, намерно или поради крајна небрежност.
2. Се смета дека незгодата настанала како последица на небрежно однесување на осигуреникот, особено во следниве случаи:
- Во алкохолизирана состојба со ниво на алкохол преку 0.80% (за возач преку 0.5%) или под влијание на наркотични средства или лекови или во индиректна врска со таквата состојба;
- Како резултат на возење на осигуреникот без возачка дозвола.

ПОТРЕБНИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЛИКВИДИРАЊЕ НА ШТЕТИТЕ

Член 21

1. Во случај на смрт како резултат од незгода, штетите ќе бидат ликвидирани врз основа на следните документи:
- Копија од полисата за осигурување;
- Медицинска потврда за смртта;
- Извештај од извршена аутопсија;
- Официјален записник или потврда за незгодата и повредата, заедно со околностите за истата;
- Пријава за штета на образец од Осигурувачот пополнета од страна на законски наследник или од корисникот на осигурувањето;
- Копија од трансакциона сметка;
- Други документи по проценка на осигурувачот.
2. Во случај на траен инвалидитет од незгода неопходни ќе бидат следните документи:
- Копија од полисата за осигурување;
- Медицинска потврда за лекувањето, како и сите медицински документи;
- Официјален извештај за незгодата;
- Пријава за штета на образец од Осигурувачот пополнета од страна на законски наследник или од корисникот на осигурувањето;
- Копија од трансакциона сметка;
- Други документи по проценка на осигурувачот.

ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 22

Ако осигуреникот е физичко лице има право до Агенција за супервизија на осигурување, како надлежен орган на супервизија на друштвото да поднесе жалба во однос на Друштвото за осигурување, согласно Законот за супервизија на осигурувањето.

Одбор на директори
Претседател,
Васил Влашки

АД "ОСИГУРИТЕЛНА ПОЛИСА" СКОПЈЕ