

ОБЩИ УСЛОВИЯ НА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА

Глава I

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

“Застрахователна компания България Иншурънс“ АД, наричано по-нататък „Застраховател“, сключва договори за здравна застраховка, при условията на които се задължава да покрие разходи за здравни стоки и услуги, произтичащи от заболяване и/или злополука, настъпили в срока на застрахователния договор.

Покриват се събития, настъпили на територията на Република България, освен ако не е уговорено друго.

Застраховката се сключва в официалната валута на Република България.

ДЕФИНИЦИИ

1. Понятията по настоящите Общи условия имат следният смисъл:

Застраховател е “Застрахователна компания България Иншурънс“ АД, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1404, бул. „България“ № 83А, ет. 2.

Застраховач е физическо или юридическо лице, което сключва договор за здравна застраховка със Застрахователя и плаща определената в договора застрахователна премия. По условията на застрахователния договор Застраховачият може да бъде и Застрахован.

Застрахован (застраховано лице) е физическо лице, в чиято полза е сключен договор за здравна застраховка и на което се възстановяват направените от него медицински разходи и/или се осигурява предоставяне на здравни стоки и услуги.

Застрахователен договор – състои се от тези Общи условия, Специални условия, застрахователна полица, здравни пакети, списък на застрахованите лица, здравна декларация (когато се изисква такава), всички допълнителни споразумения и добавъци (ако има такива).

Страни по застраховката са Застрахователят, Застраховачият и Застрахованият.

Група е предварително формирана общност от две и повече лица, събрани по общ признак с незастрахователни цели и чиито брой е определен или определяем.

Трето ползващо се лице е лице, посочено в застрахователния договор, което при определени обстоятелства има право да получи пълния размер или част от застрахователно обезщетение.

Член на семейство е съпруг, съпруга или лица, живеещи във фактическо съжителство в общо домакинство, деца до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст и които не са семейни.

Застрахователна сума представлява максималният размер на отговорността на Застрахователя по сключения застрахователен договор за обезпечаване на предоставените здравни стоки и услуги и/или възстановяване на направените в срока на договора медицински разходи за здравното обслужване на Застрахованото лице.

Застрахователна премия е сумата, която Застраховачият заплаща на Застрахователя в замяна на поетите от него задължения по застрахователния договор.

Застрахователно събитие е настъпването на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.

Застрахователно обезщетение е паричната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования при настъпване на покрит риск в резултат на настъпило с него застрахователно събитие.

Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователната премия, който период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.

Отлагателен период е периодът от време, през който Застрахователят не носи отговорност за настъпване на застрахователно събитие, независимо, че застрахователният договор е влязъл в сила.

Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие, с външен за Застрахования произход, настъпило против неговата воля през срока на застрахователното покритие, което причинява на Застрахования телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на тъкан, сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, ухапване от отровни насекоми или влечуги, задушаване или удавяне и др.). Не се признават за злополука увреждания, настъпили след употребата на алкохол и/или наркотични вещества.

Заболяване е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

Предшествашо (минало) заболяване е заболяване, нараняване или медицинско състояние, за което Застрахованото лице е знаело, че съществува преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение и медикаменти, или консултации, или диагностициране.

Хронично заболяване означава болест или състояние, което се определя с една или повече от следните

характеристики:

- (1) Продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;
- (2) изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания.

Болница е лечебно заведение, създадено и лицензирано в съответствие със Закона за лечебните заведения, в което се лекуват лица по утвърдените в Република България медицински стандарти. Не са болница лечебните заведения за извънболнична помощ, специализираните медицински заведения за лечение на хронично и психично болни, алкохолици, наркомани, както и балнеосанаториални, профилактични и почивни медицински заведения, домове за социални грижи и други подобни.

Болничен престой (хоспитализация) е непрекъснат, минимум 24 часов престой на Застрахования в лечебно заведение за болнична помощ, извършен по лекарско предписание с цел неотложно изследване, консултация, диагностициране, лечение или наблюдение.

Лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ – са тези, регистрирани съгласно Закона за лечебните заведения. В тях се извършва диагностициране, лечение, рехабилитация и наблюдение на болни; извършва се наблюдение и се оказва медицинска помощ при бременност. Дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и защита правата на пациента.

Медицински обоснована здравна услуга е налице, когато нейното осъществяване е подходящо и необходимо за диагнозата и лечението на заболяване, имащо покритие по полицата. Същата следва да е предписана от правоспособен лекар и извършването ѝ да не надвишава, по отношение на обема, продължителността или интензивността си, общоприетите професионални стандарти за лечение съгласно медицинската практика в Република България.

Медицински разходи са всички разумни и необходими разходи, направени във връзка с лечение на заболяване или злополука, предписани от правоспособен лекар, които разходи са пряко свързани с лечението или диагностиката и без извършването на които, лечението или диагностиката са невъзможни. За медицински разходи не се считат направените разходи за закупуване на лекарствени средства без директно лечебно действие като мултивитамини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни и други подобни.

Разумни и обичайни разходи са разходите, чиято пазарна стойност съответства на професионалния опит на Застрахователя, на средната пазарна цена, заплатена от него на лечебните заведения, с които има сключени договори за подобен род дейности през текущата година и при съобразяване с държавните регулаторни режими.

Лекарства/лекарствени средства са всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на заболявания

при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора за профилактика, диагностициране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологични функции на човека, но само тези лекарства/лекарствени средства, които са предписани от лекар, намират се в пряка причинно-следствена връзка с поставената диагноза и са регистрирани в Изпълнителна агенция по лекарствата.

Здравни стоки са използваните в хода на диагностиката и лечението специфични средства и материали като: превързочни материали, игли, спринцовки, абокати, банки, системи, катетри, подлоги, колекторни торбички, патерици, ортези и др.

Лимит на отговорност е максималната сума, дължима от Застрахователя, съгласно приложимото ниво на покритие.

Здравен пакет е съвкупност от регламентирани по вид и обхват здравни стоки и услуги, предоставени на Застрахованото лице с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве и покривани от Застрахователя при условия и ред, определени в настоящите Общи условия.

Ниво на покритие е опцията от застраховани рискове, избрани от Застрахователя и посочени в застрахователния договор.

Самоучастие - определена в застрахователния договор част от разходите за здравни стоки и услуги, която Застрахованият заплаща за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от Застрахователя.

Глава II

ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА. ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

2. С договора за здравна застраховка Застрахователят се задължава да покрие разходите за здравни стоки и услуги, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука, или други договорени здравни услуги и стоки, включително свързани с профилактика, бременност и раждане на Застрахованото лице, като ги обезпечи финансово по начин и в обем, уговорени в застрахователния договор.

3. Застрахователят може да покрие разходите и за други стоки и услуги, свързани със здравно обслужване на Застрахованото лице, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука, включително транспорт и специализирано обгрижване.

4. По тази застраховка се застраховат физически лица, които са:

(1) Български граждани, които се осигуряват по смисъла на Закона за здравното осигуряване и са с непрекъснати здравноосигурителни права;

(2) Чуждестранни лица и/или лица граждани на държава-членка на Европейския съюз, които са със статут на дългосрочно или постоянно пребиваващи в Република България и са осигурени по смисъла на Закона за здравното осигуряване.

5. Разходите за предоставените здравни стоки и услуги на Застрахованото лице се обезпечават финансово от Застрахователя, съгласно условията на договора и

настоящите Общи условия. Финансовото обезпечаване се извършва в рамките на размера на лимитите по застрахователния договор чрез:

(1) **Възстановяване на разходи** е форма на обезщетяване, при която Застрахователят, при настъпване на предвидените в договора случаи, частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на Застрахованото лице за предоставени стоки и услуги от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключен договор за абонаментно обслужване.

(2) **Абонаментно (Безкасово) обслужване** е форма на обезщетяване, при която Застрахователят при настъпване на предвидените в застрахователния договор случаи, осигурява предоставянето на определени здравни стоки и услуги на Застрахованото лице от изпълнители на медицинска помощ, дентални услуги и доставчици на стоки, с които е сключил договори за абонаментно обслужване. Финансовите отношения по повод на предоставените здравни стоки и услуги се уреждат директно между Застрахователя и изпълнителя на здравни услуги.

(3) **Изплащане на фиксирани парични суми** – Застрахователят изплаща на Застрахованото лице фиксирана сума при настъпване на предвидените в застрахователния договор случаи, независимо от стойността на извършените разходи.

6. Застрахователят възстановява само разходите, покрити от договора, които са подходящи, медицински обосновани, необходими, разумни и обичайни.

7. Отговорността на Застрахователя по съответните покрития е до лимита на договорения обем и обхват на за здравни стоки и услуги, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития в срока на действие на застраховката.

8. Направените разходи за лечение от Застрахования над застрахователната сума (лимит на отговорност), както и за здравни стоки и услуги, извън договореното застрахователно покритие, са за сметка на Застрахованото лице.

9. При изплащане на обезщетение, застрахователната сума (лимитът на отговорност) по съответния застрахователен риск се намалява автоматично със сумата на изплатеното обезщетение.

Глава III

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

10. Покритите по застраховката рискове, попадащи в обхвата на застрахователното покритие, са групирани в здравни пакети. Конкретно избраните от Застрахования здравни пакети са подробно описани в Приложение № 1 към застрахователната полица и са неразделна част от застрахователния договор. Застрахованият може свободно да избере вида на пакетите и продуктите

опции, които да бъдат включени в него.

11. Предвидените лимити на отговорност на Застрахователя, самоучастието и отлагателните периоди се посочват в застрахователния договор.

12. Обособени са следните здравни пакети:

(1) „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика)“;

(2) „Извънболнична медицинска помощ“;

(3) „Болнична медицинска помощ“;

(4) „Услуги свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ“;

(5) „Възстановяване на разходи за лекарства и здравни стоки“;

(6) „Дентално лечение (Стоматология)“;

(7) „Медицинско асистирание“.

13. Във всеки от здравните пакети, покритите здравни стоки и услуги са обособени в три продуктови опции на покритие в зависимост от техния обем или допълнителни условия, както следва:

(1) Базова;

(2) Разширена;

(3) Луксозна.

14. Пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“ се предлага само в Разширена и Луксозна опции.

15. Застраховката се сключва при еднакви продуктови опции или като комбинация на различни продуктови опции за отделните здравни пакети:

(1) Пакет „Извънболнична медицинска помощ“ е основен и задължително се включва в застрахователното покритие.

(2) Пакет „Болнична медицинска помощ“ се ползва само като надграждащ съответната клинична пътека на Националната здравноосигурителна каса. Застрахователят покрива само изрично договорените разходи в пакета и Специалните условия.

(3) Избраните при сключване на договора продуктови опции не могат да се променят до изтичане на срока му.

16. Застрахователят може да приложи отлагателен период като конкретната договореност се вписва в застрахователния договор. Не се прилага нов отлагателен период при продължаване на застрахователния договор без прекъсване за следващ застрахователен период.

Глава IV

ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

17. Независимо от покритите рискове и избраните форми на финансово обезпечаване, по смисъла на настоящите Общи условия, Застрахователят не покрива и не възстановява разходи за настъпили събития и последиците от тях, ако са възникнали или са в резултат на:

(1) Война, гражданска война, нападение, вражески действия, военен преврат, терористични действия, граждански размирици, митинги, демонстрации, протести, вандализъм и/или всяко друго действие на Застрахованото лице, което е нарушение на обществения ред или е престъпление по смисъла на Наказателния кодекс;

(2) Атомни и ядрени експлозии, въздействие на радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, йонизираща радиация, производствени аварии и последващи химически замърсявания;

(3) Земетресение, изригване на вулкани и други природни бедствия с катастрофичен характер;

(4) Участие на Застрахованото лице като играч в професионални спортни и любителски състезания, упражняване на високорискови и екстремни спортове: автомобилни и мотоспортове, подводни и въздушни спортове, изследване на пещери, планинско катерене, бързи скокове, боравене с пиротехнически средства и фойерверки, ски скокове и други;

(5) Спешна медицинска помощ;

(6) Хемодиализа, хемотрансфузия, онкологични заболявания, лечение на туберкулоза;

(7) Епилепсия, множествена склероза и свързаните с тях изследвания и лечение;

(8) Трансплантация на органи; лечение на вродени аномалии; вътреутробни операции;

(9) Участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно-изследователска цел;

(10) Задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;

(11) Лечение на алкохолизъм, злоупотреба/зависимост от наркотици, анаболи, стимуланти, лекарства и други субстанции или всяко състояние на пристрастеност от всякакъв вид, и всяко нараняване или болест, произтичащи пряко или косвено от тази злоупотреба или състояние;

(12) Грижа или медицинско лечение, които възникват пряко или косвено от човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ) или свързани с ХИВ болести, включително СПИН или свързани с него инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тези състояния, независимо как са били причинени;

(13) Козметични процедури или пластична хирургия, както и всички здравни услуги, ползвани с цел козметичен ефект, отстраняване на мазнини или други излишни телесни тъкани и всякакви последици от такова медицинско лечение, прегледи и изследвания, свързани с установяване и уточняване на проблеми с теглото (увеличение или загуба на тегло), хранителни разстройства, независимо дали са по психологически причини или не; тестове за хранителна intolerантност;

(14) Диагностициране и лечение на косопад, себорея, диагностициране и лечение на акне, отстраняване на липоми, атероми, веруки и невуси.

(15) Програми и лечение за отказване от тютюнопушене;

(16) Фертилитет in vitro, изследване и лечение на стерилитет, контрацепция, както и техните усложнения и последващо лечение, дейности, свързани с безплодие и всяко свързано с него състояние, форма или подготовка за асистирана репродукция, изследване и лечение на всякакви полови и репродуктивни дисфункции, операции за смяна на пола;

(17) Прекъсване на бременност по желание на Застрахованото лице и свързаните с това прегледи и лечение;

(18) Лечение на умствени и психически разстройства, психиатрично лечение, както и разходите за психолог и психотерапевт;

(19) Лазерна корекция на зрението, крослинкинг;

(20) Стъкла за очила или лещи за корекция на зрението при промяна в диоптъра с по-малко от 0.5 диоптъра;

(21) Лечение с методите на нетрадиционната медицина, акупунктура;

(22) PET скенер;

(23) Разходи за генетични и пренатални изследвания, тромбофилия;

(24) Кардиохирургични операции в условия на екстракорпорално кръвообръщение;

(25) Диагностициране и лечение на сънна апнея, смущения в съня, хъркане;

(26) Лечение при изкуствено поддържане на жизнените функции и мозъчна смърт;

(27) Всеки вид лечение, за което няма утвърдени медицински стандарти или такова, неотговарящо на утвърдените стандарти;

(28) Предшествващи и хронични заболявания и техните рецидиви, освен ако не е уговорено друго.

(29) Симулиране на заболяване и/или извършване на действия от страна на Застрахованото лице или други лица с цел да се въведе в заблуждение Застрахователят или Застрахованият за наличието на заболяване и извършени разходи за лечението му;

(30) Диагностични и лечебни процедури, за които няма медицински показания за тяхното прилагане, или такива с профилактична цел, отказ от хоспитализация, неспазване на предписан режим и/или лечение, умишлено увреждане на собственото здраве;

(31) Сбиване, опит или извършване на самоубийство и/или престъпление от общ характер, хулигански прояви, ненужно самоизлагане на опасност, както и вреди, настъпили в резултат на груба небрежност на Застрахования, в случаите, в които той е пострадал поради неполагане на дължимата грижа (грижата, която би положил и най-небрежният човек при подобни условия) за собственото си здраве;

(32) Увреждане на здравето или смърт, настъпили докато Застрахованият е задържан от органи на властта или се намира в място за лишаване от свобода или следствените арести;

(33) За разходи изцяло или частично поети от други застрахователни дружества, обществена или частна медицинска програма, както и суми, определени в Закона за здравно осигуряване, в частта му за задължително здравно осигуряване;

(34) За високоспециализирани изследвания като компютърна томография, ядрено магнитна резонансна томография и радиоизотопни изследвания, които не са предварително съгласувани и писмено одобрени от Застрахователя;

(35) За ползвано лечение в болница за рехабилитация или за долекуване и продължително лечение в случаите, когато Застрахованият е без направление от лекуващ лекар и лечението не е съгласувано с лекар-координатор на Застрахователя;

(36) За медицински услуги, извършени в заведения, които не са регистрирани съгласно Закона за лечебните заведения, и за лекарствени средства, ползвани без предписание от правоспособен лекар или невключени в

списъка на лекарствените продукти на Изпълнителната агенция по лекарствата, получили разрешение за употреба в страната;

(37) Закупени лекарствени продукти в количества, надвишаващи 30 дневен период за лечение или закупени повече от седем дни след датата на предписването им;

(38) Превышаващи разумните и обичайни разходи за медицинско обслужване и необходими медикаменти; разходи за личен комфорт; приложение на козметични средства и процедури; услуги и лечение в санаториуми, минерални бани, хидроклиники и други подобни;

(39) Хранителни добавки, мултивитамини, Хондропротектори;

(40) Продукти за отслабване или продукти за контрол върху теглото, за вегетативни смущения по време на пътуване, стимуланти, анаболни хормони, и други вещества с характер на допинг;

(41) Медицинска козметика;

(42) Противозачатъчни средства с изключение на случаите, когато се използват за лечение на заболяване;

(43) Хомеопатични лекарствени продукти, които не са предписани от лекар;

(44) Цветни лещи, очила за компютър и за защита от слънчеви лъчи, рамки за очила;

(45) Ортопедия (зъбопротезиране), щифтово изграждане на зъби, опори на подвижни протези, ZX-27, естетични инлеи, фасети, силанти, подвижни зъбни протези, репланти и импланти и всички процедури свързани с тях;

(46) Стоматологични манипулации с козметична цел;

(47) Ортодонтска и зъботехническа дейност;

(48) Подмяната на налични obturации и конструкции, без медицинска обосновка и по естетични и козметични причини;

18. Застрахователят не дължи плащане и не възстановява суми, определени законово като потребителски такси в извънболнична помощ, както и всякакъв вид такси за издаване и/или получаване на документи, преписи на документи и всякакъв друг вид носители на информация, изисквани от лечебни заведения.

19. Застрахователят не дължи плащане, когато здравните стоки и/или услуги не са изрично включени в покритието по избрания застрахователен пакет.

20. Застрахователят не покрива болнично лечение на Застраховано лице, което няма здравноосигурителни права или е с прекъснати такива.

21. С изрична писмена уговорка между страните и след заплащане на допълнителна премия, някои от изключенията от застрахователното покритие могат да бъдат покрити.

Глава V

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ.

22. Застрахователната премия се определя на база тарифи на Застрахователя в зависимост от:

(1) Избраните от Застрахования покрития;

(2) Лимитите на отговорност на Застрахователя;

(3) Договорените отлагателни периоди и самоучастия;

(4) Броя на застрахованите лица;

(5) Възрастта и здравословното състояние на застрахованите лица.

23. Застрахователната премия е годишна и се плаща:

(1) Еднократно – при сключване на застрахователния договор;

(2) На разсрочени вноски, като първата от тях се заплаща при сключване на застрахователния договор.

24. Застрахователния договор не може да влезе в сила, ако не е платена годишната застрахователна премия (при еднократно плащане) или първата разсрочена вноска по премията, освен ако не е уговорено друго.

25. При включване на нови застраховани лица към групов застрахователен договор се заплащат застрахователни премии, изчислени на месечна база пропорционално за остатъчния срок на застраховката като лимитите и подлимитите по избраните застрахователни пакети се определят пропорционално за оставащия срок на договора.

26. При изключване на Застраховано лице от застрахователния договор преди изтичане срока на застраховката, Застрахователят има право на:

(1) Цялата годишна премия за това лице, в случай че са изплатени застрахователни обезщетения и/или са предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения за текущия застрахователен период;

(2) Премията до датата на прекратяване на застраховката за това застраховано лице, в случай че не са изплатени застрахователни обезщетения и/или не са предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения за текущия застрахователен период;

(3) Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия при смърт на Застраховано лице.

27. Общият размер на застрахователната премия, броят, размерът и падежите на всяка разсрочена вноска по нея се посочват в застрахователния договор. Застрахователната премия се заплаща в брой или безкасово чрез банков превод.

28. Застрахованият е длъжен да извърши плащането на застрахователната премия или вноските по нея в случаите на разсрочено плащане в размерите и сроковете, определени в договора. В случай че Застрахованият забави плащането на премията или някоя вноска от нея, или плати по-малък размер от дължимата сума, Застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати по реда, определен в Кодекса за застраховането.

29. При неплащане на разсрочена вноска, Застрахователят има право едностранно да спре финансовото обезпечаване на разходите за здравни стоки и услуги на застрахованите лица и да уведоми изпълнителите на медицинска помощ, чрез които се извършва абонаментното обслужване да не предоставят на застрахованите лица здравни стоки и услуги.

30. При настъпване на застрахователно събитие преди застрахователната премия да е издължена изцяло от Застрахования, Застрахователят може да удържи неиздължената премия от дължимото застрахователно обезщетение или сума.

31. Застрахователят има право да промени размера на застрахователната премия и/или условията на договора. Застрахователят трябва да бъде уведомен за промяната и се счита, че е дал съгласието си за тази промяна, освен ако не възрази писмено срещу нея в 15-дневен срок от получаване на уведомлението.

Глава VI

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ, ДЕЙСТВИЕ И ПРОМЕНИ. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ.

32. Настоящите Общи условия, Специалните условия по тази застраховка, застрахователната полица, здравните пакети, списъците на застрахованите лица, всички допълнителни споразумения и добавъци са неразделна част от застрахователния договор.

33. Застрахователят има право преди сключването на застрахователния договор, да извърши оценка на риска на кандидатите за застраховане и на това основание да приеме или откаже сключването на застрахователен договор.

34. При сключването на застрахователния договор кандидатът за застраховане е длъжен да посочи на Застрахователя всички обстоятелства относно здравословното си състояние, за които е знаел и са съществени за оценката на риска. Съществени са всички обстоятелства, за които Застрахователят е задал писмен въпрос и всякакви други обстоятелства, които са известни на кандидата за застраховане и които са важни за предмета на застраховката.

35. Ако се установи, че Застрахователят или Застрахованото лице са обявили неточни данни за здравословното състояние на Застрахованото лице или са укрили, или премълчали обстоятелство, поради което Застрахователят не би сключил застраховката, или би я сключил при други условия, същият има правата по чл. 362-365 от Кодекса за застраховането.

36. Застрахователният договор се сключва с физически и психически здрави лица с нормален здравен риск. Нормален риск се прилага за лица, които към момента на представяне на здравната декларация не са посочили никакви заболявания или телесни увреждания, или за които Застрахователят е констатирал, че са с минимален здравен риск.

37. Въз основа на данните от здравната декларация, Застрахователят има право да поиска от кандидата за застраховане да премине допълнителни прегледи и/или изследвания, като в този случай разходите, свързани с тях са за сметка на кандидата за застраховане.

38. Застрахователят има право да откаже застраховка на лице със здравословни проблеми, които представляват висок риск или да го приеме за застраховане при изменени условия.

39. Нивото на риска се определя от Застрахователя, въз основа на данните, декларираните в здравната декларация. След определянето му, Застрахователят може да застрахова лицето като:

(1) Ограничи или изключи конкретно застрахователно покритие и/или заболяване, като вземе предвид нарушенията в здравословното състояние или

последствията от предшестващо здравословно състояние;

(2) Приложи специални отлагателни периоди за изплащане на обезщетение за лечение по отделни покрития;

(3) Завиши премията за това лице;

40. Ако Застрахователят не приеме предложените от Застрахователя условия за застраховане по т. 39 в писмена форма в срок от 5 работни дни от получаването им, се счита, че предложението за застраховане на лицето не е прието.

41. Застрахователният договор се сключва в писмена форма въз основа на предложение за застраховане от Застрахователя, списък на застрахованите лица, здравна декларация и други документи, които Застрахователят може да изиска за оценяване на застрахователния риск.

42. По тези Общи условия се застраховат лица на възраст от 0 до 64 години към началото на застрахователното покритие. Възрастта на кандидатите за застраховане се определя в цели години към началото на застраховката. По-малко от шест месеца не се вземат под внимание, а навършени шест или повече месеца се приемат за цяла година.

43. Към застрахователния договор се прилагат следните документи:

(1) При индивидуално и семейно застраховане – здравна декларация, по образец на Застрахователя;

(2) При групово застраховане с численост на групите от 2 до 10 лица включително – списък на застрахованите лица и здравни декларации.

(3) При групово застраховане с численост на групите от 10 до 50 лица включително – списък на застрахованите лица и здравна декларация по преценка на Застрахователя;

(4) При групово застраховане с численост на групите над 50 лица – списък на застрахованите лица;

(5) При застраховане на членове на семейства, желаещи да се включат към групов застрахователен договор – здравна декларация.

44. Застрахователят има право да актуализира списъка на застрахованите лица през срока на действие на застраховката, като писмено уведомява в договорените срокове Застрахователя за настъпилите промени. За промяната се издава добавък по ред, определен от Застрахователя.

45. По изрична договореност между Застрахователя и Застрахователя могат да се застраховат членове на семействата на застрахованите по групов договор лица. Включването им се извършва, както следва:

(1) Членовете на семействата на включените към датата на влизане в сила на застрахователния договор лица могат да се добавят не по-късно от един месец след влизане в сила на договора;

(2) Членове на семействата на лица, включени след датата на влизане в сила на застрахователния договор, могат да се добавят не по-късно от един месец след началната датата на застрахователното покритие за съответните лица при условие, че до изтичане на застрахователния договор остават не по-малко от 6 месеца.

(3) Новородено дете на застрахован може да се застрахова до един месец от датата на раждане след представяне на Удостоверение за раждане, от което е видно, че детето е родено след датата на влизане в сила на договора и при спазване на условията по-горе.

(4) Покритието за членове на семейства, влиза в сила от месеца, следващ месеца на заявяване, като лимитът на отговорност при финансово лимитираните дейности и съответно застрахователната премия се определят на пропорционална база на оставащия срок на договора.

46. Застраховачият се задължава да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по застрахователния договор, списъка с лечебните заведения, условията и реда за получаване на здравни стоки и услуги, както и да им предостави здравните карти срещу подпис от тяхна страна.

47. По време на срока на действие на застрахователния договор, Застраховачият е длъжен да уведоми Застрахователя за всички нови обстоятелства, които засягат информацията, предоставена при сключване на застрахователния договор.

48. Застрахованото лице има право:

(1) Да се регистрира в електронната система на Застрахователя, достъпна на www.bulgariainsurance.bg/вход_за_клиенти, където Застрахователят поддържа електронното му досие и където е налична информация за всяка негова претенция: номер и дата, обща стойност, състояние, одобрена/отказана сума, основание за отказ;

(2) Лично да ползва здравните стоки и услуги, и да не преотстъпва правата за ползването им на други лица;

(3) Да избира лекуващ лекар и лечебно заведение от списъка с лечебните заведения, с които Застрахователят е в договорни отношения и който е публикуван на интернет страницата му и е на разположение в офисите му;

(4) При всяко посещение при лекар или лечебно заведение, да се легитимира с лична карта и със здравна карта с валиден срок на действие;

(5) При загуба или унищожаване на здравната карта, незабавно да уведоми Застрахователя, за да се анулира старата и да му бъде издадена нова срещу заплащане на стойността ѝ.

49. Застрахователният договор се прекратява с изтичане на застрахователния период.

50. Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния период в следните случаи:

(1) Ако Застрахованото лице съзнателно е декларирало неверни факти и обстоятелства;

(2) Ако Застраховачият/Застрахованото лице е нарушил/о условията на застрахователния договор.

(3) При навършване на 65-годишна възраст от застрахованото лице - застрахователното покритие се прекратява с изтичане на периода, за който е платена застрахователна премия.

(4) Едностранно от Застраховачия, в случай че договорът е сключен за срок, не по-малък от една година и до края му остават не по-малко от три месеца;

(5) В случай, че разсрочена вноска от дължимата

застрахователна премия (вкл. данъка) към определена дата на падеж, съгласно договорените условия, е просрочена с повече от 15 (петнадесет) дни - по реда, определен в Кодекса за застраховането.

(6) В други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в българското законодателство.

51. Предсрочно прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на застраховано лице по индивидуален или семеен застрахователен договор влиза в сила от деня на връщане на здравната му карта на Застрахователя. До деня на връщане на картата Застраховачият дължи плащане на застрахователната премия за съответното лице.

52. В случаите, когато застрахователният договор е сключен от работодател, а застраховани лица са негови служители и/или работници и/или лица, работещи по граждански договори или договори за управление, Застраховачият е длъжен да изиска предаване на здравната карта от Застрахованото лице, в деня на прекратяване на правоотношението помежду им и да я върне на Застрахователя. В противен случай, Застраховачият носи отговорност за разходи, извършени след датата на прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на съответното лице.

53. В случай че договорът се прекратява предсрочно по вина на Застраховачия, Застрахователят не дължи връщане на платената премия до края на застрахователния срок, освен ако не е уговорено друго.

54. При прекратяване на застрахователния договор преди да е влязъл в сила, премията се възстановява, намалена с 5% за административни разходи.

55. В случай че през периода на действие на застрахователния договор застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право да поиска увеличение на застрахователната премия или да прекрати договора предсрочно.

56. При предсрочно прекратяване на договора застрахованите лица са длъжни да върнат незабавно на Застрахователя здравните си карти.

57. Всеки разход, направен от Застрахованото лице, извън срока на неговото индивидуално застрахователно покритие, не подлежи на заплащане от Застрахователя.

Глава VII

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

58. При договорен пакет „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика)“, Застраховачият подава предварителна заявка за провеждането ѝ. Заявката се подава не по-късно от 120 (сто и двадесет) дни преди края на застрахователния договор, а профилактиката започва не по-рано от 30 (тридесет) дни от датата на получаване на заявката.

(1) Застраховачият представя окончателен график с желаните дати за провеждане на профилактика на застрахованите лица в срок не по-късно от 30 (тридесет) дни преди първата заявена дата. Графикът трябва да

съдържа конкретни дати, както и брой на лицата. Застрахователят организира провеждането на профилактичните прегледи и изследвания.

(2) Застрахователят изпраща на Застрахователя поименни списъци с лицата, подлежащи на профилактични прегледи и изследвания, както и датите, на които ще преминат, в срок не по-късно от 7 (седем) дни преди началото на профилактичните прегледи.

(3) Застрахователят предвижда и допълнителни (резервни) дати за профилактични прегледи на лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Броят на допълнителните (резервни) дати се определя от Застрахователя и зависи от броя на застрахованите лица и застрахователното покритие.

(4) Застрахователят се задължава да организира присъствието на застрахованите лица за осъществяването на профилактичните прегледи, съобразно графика.

(5) Задължението на Застрахователя за организиране и провеждане на профилактичните прегледи се счита за изпълнено и в случаите, в които застрахованите лица не се явят на определените по график основни и допълнителни дати.

(6) За служители, постъпили след датата на провеждане на профилактичните прегледи за групата, не се организират такива.

59. При ползване на здравни стоки и услуги на принципа на възстановяване на разходи, Застрахованото лице заплаща тяхната стойност и предявява своята претенция пред Застрахователя. Финансовите документи – фактури, фискални бонове, документи за безкасови плащания и др. се представят задължително в оригинал.

60. Претенцията се предявява писмено, чрез формуляр „Претенция за изплащане на застрахователно обезщетение“ по образец на Застрахователя в срок от тридесет календарни дни, считано от датата на действителното извършване на разходите.

61. Към претенцията се прилагат всички документи, доказващи основанието и размера ѝ, като в зависимост от естеството на събитието те са:

(1) *За медицински прегледи:*

амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед, съдържащ поставената диагноза, анамнеза, описание на обективното състояние и отразени назначения за изследвания и лечение, фактура на името на застрахованото лице с описани отделно позиции, фискален бон;

(2) *За медицински изследвания:*

амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед, съдържащ поставената диагноза, анамнеза, описание на обективното състояние и отразени назначения за изследвания и лечение, резултати от проведените изследвания, фактура на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции), фискален бон;

(3) *За физиотерапия:*

амбулаторен лист или медицинско направление от преглед при лекар, с което се предписва физиотерапия; физиотерапевтична карта, фактура на името на

Застрахованото лице с детайлно описание на вида, броя и цената на отделните физиопроцедури, фискален бон.

(4) *За наблюдение на бременност:*

амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед, резултати от проведени изследвания, фактура на името на Застрахованото лице, фискален бон.

(5) *За болнично лечение:*

епикриза за проведеното лечение, фактура на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции), фискален бон, стикери от използвани консумативи и медицински изделия или друг официален документи, удостоверяващ влягането им, издаден от медицинското заведение, извършило оперативната интервенция.

(6) *За рехабилитация и санаториално лечение:*

епикриза от проведено болнично лечение с вписани препоръки за провеждане на рехабилитация или санаториално лечение, които са продължение на основното лечение, процедурен картон от проведените физиотерапевтични процедури, медицински документ, удостоверяващ извършената рехабилитация, фактура на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции), фискален бон;

(7) *За раждане:*

епикриза на Застрахованото лице; фактура на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции), фискален бон;

(8) *За услуги, свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ:*

медицински документи, удостоверяващи необходимостта от услугата и нейното извършване, издадени от лекуващия лекар, фактура на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции), фискален бон.

(9) *За лекарствени продукти и помощни средства:*

амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед, рецепта, фактура с фискален бон на името на застрахованото лице с описани поотделно позиции на закупените лекарствени продукти.

(10) *За диоптрични стъкла/лещи:*

медицински документ от извършен преглед от лекар-офталмолог, осъществен в лечебно заведение и удостоверяващ промяна в зрението с повече от 0.5 диоптъра, рецепта, фактура, фискален бон на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции – рамка, диоптрични стъкла, изработка), стикери за закупени диоптрични стъкла/лещи.

(11) *За дентално лечение:*

амбулаторен лист от стоматолог с подробно описание на извършените дейности, фактура на името на застрахованото лице (с описани отделно позиции), фискален бон; секторна рентгенова снимка – за пулпит, периодонтит и хирургични услуги. Към първата заведена претенция за дентално лечение задължително се представя и документ, удостоверяващ денталния статус на Застрахованото лице.

62. Застрахователят е длъжен да възстанови на Застрахования разходите за здравни стоки и услуги в срок до 15 (петнадесет) работни дни от датата на постъпване на Претенцията за изплащане на застрахователно

обезщетение и всички необходими документи за определяне на основанието и размера ѝ.

63. Ако се установи, че за изясняване на причините за настъпване на застрахователното събитие, основанието и размера на претенцията, са необходими допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му, Застрахователят уведомява Застрахованото лице за необходимостта от представянето им, най-късно в срок от 45 дни от представянето на документите, определени със застрахователния договор. Изпълнението на задължението по т. 62 на Застрахователя започва след представянето на изискваните допълнителни доказателства.

64. Разходите по набавянето на необходимите документи не се възстановяват от Застрахователя и са за сметка на Застрахования.

65. За определяне на основателността на претенцията, Застрахователят има право да изисква допълнителни медицински и финансови документи.

66. Основание за отказ за изплащане на обезщетение е налице:

(1) При непредставяне на всички изискуеми документи съгласно настоящите Общи условия, застрахователния договор и специалните условия към него, доказващи основанието и размера на претенцията в указаните срокове.

(2) Ако Застрахователят/Застрахованото лице представи неверни или преправени документи.

(3) Ако Застрахователят/Застрахованото лице предяви претенция за изплащане на обезщетение след изтичането на предвидения от настоящите Общи условия срок.

(4) В случаите, в които Застрахованото лице ползва здравни стоки и услуги, които не са покрит риск или надвишават договорения лимит.

(5) При други условия, предвидени в закона, застрахователния договор или специалните условия към него.

67. При пълен или частичен отказ за изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят уведомява Застрахования за мотивите си чрез писмо, електронно съобщение или смс в зависимост от посочения от Застрахованото лице предпочитан начин за комуникация в Претенцията за изплащане на застрахователно обезщетение и/или в застрахователния договор.

68. Застрахователното обезщетение се изплаща по банкова сметка на Застрахованото лице, която то посочва в Претенцията за изплащане на застрахователно обезщетение.

Глава VIII

ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

69. Застрахователят не е изпълнител и доставчик на здравни стоки и услуги, и не може да бъде държан отговорен от Застрахователят/ Застрахования за тяхното качество или срокове за изпълнение, или доставка, или за каквито и да било възникнали проблеми в обслужването на Застрахования от съответния изпълнител. При възникнали проблеми, Застрахователят може да

съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител.

ЛИЧНИ ДАННИ

70. “Застрахователна компания България Иншурънс“ АД е регистрирано като администратор на лични данни. Личните данни на застрахованите се събират, съхраняват и обработват от Застрахователя при стриктното спазване на изискванията по ЗЗЛД.

71. Лицата, чиито данни се обработват от Застрахователя имат право:

(1) На достъп до отнасящите се до тях лични данни, както и да поискат поправка на тези данни;

(2) Да възразят срещу обработването на личните им данни съгласно чл. 34а, ал. 2 от ЗЗЛД.

72. Личните данни, събирани и обработвани от Застрахователя в качеството му на администратор на лични данни, могат да бъдат предоставяни на следните категории трети лица:

(1) Банки, с цел администриране на застраховки, свързани с банкови продукти;

(2) Маркетингови агенции;

(3) Лица, на които администраторът е възложил обработването на лични данни;

(4) Лица, оказващи съдействие във връзка с обслужване и събиране на вземания на администратора;

(5) Органи, институции и лица, на които администраторът е длъжен да предоставя лични данни по силата на действащото в Република България законодателство.

ПОДСЪДНОСТ, ДАВНОСТ, ПРАВО НА РЕГРЕСЕН ИСК

73. Всички спорове между Застрахователя, от една страна, и Застрахователя или застраховано лице, от друга, се уреждат по пътя на взаимно съгласие. В случай на непостигане на съгласие между страните, всички спорове между Застрахователя и Застрахователят/Застрахования ще бъдат решавани от компетентния съд.

74. Правата по застрахователния договор се погасяват с изтичането на предвидените в закона давностни срокове.

75. Приложимо право по тези Общи условия е българското право.

76. Застрахователят не дължи лихви за неправилно и погрешно внесени или несвоевременно поискани суми.

77. В случаите, когато Застрахованият е ползвал услуги, които не се покриват по договора и Застрахователят, независимо от причината, е заплатил за тези услуги, Застрахованият дължи възстановяване на изплатените суми заедно със законната лихва от датата на извършеното от Застрахователя плащане. Застрахователят уведомява писмено Застрахователя за начина, размера и срока за възстановяване на сумата.

78. При настъпване на застрахователно събитие, причинено от трети лица, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу тях до размера на платеното обезщетение и направените разходи.

РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

79. Ползвателите на застрахователни услуги имат право да подават жалби във връзка със застрахователното

правоотношение, лично в централния офис на адрес: гр. София, бул. „България“ № 83А, по пощата или в електронен вид на office@bulgariainsurance.bg.

80. Застрахователят регистрира всяка получена жалба в отделен регистър „Жалби“ с входящ номер и дата на постъпване. По всяка отделна Жалба, Застрахователят се произнася в 30-дневен срок от постъпването ѝ като този срок започва да тече от следващ работен ден.

81. При несъгласие с изразения от Застрахователя писмен отговор, ползвателите на застрахователни услуги имат възможност да се свържат с Комисия за финансов надзор. Адресът на Комисията е: гр. София, ул. „Будапеща“ № 16, e-mail: delovodstvo@fsc.bg.

82. Вътрешните правила за дейността по уреждане на застрахователни претенции се намират на интернет страницата на Застрахователя: www.bulgariainsurance.bg

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на “Застрахователна компания България Иншурънс“ АД от 21.02.2018 г. и влизат в сила на 12.03.2018 г.

С влизане в сила на настоящите Общи условия се прекратява действието на Общите условия по застраховка „Заболяване“ в сила от 01.07.2015 г.

Настоящите Общи условия са част от застрахователна полица №

Днес.....г. долуподписаният,

.....

Декларирам, че получих подписан екземпляр от настоящите Общи условия, запознах се със съдържанието им и съм съгласен с тях, за което се подписвам:

.....

За “ЗК България Иншурънс“ АД:

.....