

Общи условия за Медицинска застраховка



generali.bg

В сила от 01.01.2024 г.

Общи условия

за Медицинска застраховка



Съдържание

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ. ТЕРИТОРИАЛНО ПОКРИТИЕ	03
II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ. ЗДРАВНИ ПАКЕТИ. НАЧИНИ НА ЗАСТРАХОВАНЕ	03
III. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ	03
IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА/ ЛИМИТИ НА ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. САМОУЧАСТИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ	05
V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ	05
VI. СКЛЮЧВАНЕ И ФОРМА НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА. ВЛИЗАНЕ В СИЛА, ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ И КРАЙ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА	05
VII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ/ ЗАСТРАХОВАЩИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА	06
A) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ	06
B) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ	06
VIII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ	07
IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ	08
X. ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА	08
XI. ДЕФИНИЦИИ	08
XII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	10
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	11

Как да се свържете с нас?



Телефон на потребителя

***7222**

8:00 – 20:00 ч. всеки ден
(за страната, за всички мобилни оператори и фиксирани мрежи,
на цена според тарифния Ви план)



Имейл

information.bg@generali.com



Адрес за кореспонденция с Централно управление на „Дженерали Застраховане“ АД

гр. София, п.к. 1504, бул. „Княз Ал. Дондуков“ № 68

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ. ТЕРИТОРИАЛНО ПОКРИТИЕ

1. По настоящите Общи условия за „Медицинска застраховка“ и срещу платена застрахователна премия, „Дженерали Застраховане“ АД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова български граждани и чуждестранни граждани, пребиваващи в Република България на законно основание. Застраховката покрива рискове, произтичащи от заболяване и/или вследствие на злополука, настъпили през периода на застрахователно покритие, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и/или стоки.

1.1. „Законно основание“ по смисъла на т. 1 от Общите условия е валидно разрешение за продължително, дългосрочно или постоянно пребиваване на чужденец по смисъла на Закона за чужденците в Република България или валидно удостоверение за продължително или постоянно пребиваване на гражданин на държава-членка на Европейския съюз, на държава – страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство или на Конфедерация Швейцария.

2. По смисъла на тези Общи условия:

2.1. „Застрахован“ е физическо лице на възраст от 0 месеца до 69 навършени години, към датата на сключване на договора, като определеното на възрастта се извършва на база цели години. Застрахователят може да разшири обхвата на застрахованите лица в конкретния договор.

2.2. „Застрахован“ е физическо или юридическо лице, което сключва договор за медицинска застраховка и поема задължението да плати застрахователната премия. Застрахователят, при условията на застрахователния договор, може да бъде и Застрахован.

3. Застраховката, сключена по настоящите Общи условия, има действие само на територията на Република България, освен ако в договора е уговорено друго.

4. Здравното застраховане по смисъла на настоящите Общи условия се осъществява при спазване на принципите на доброволност, отговорност за собственото здраве, добросъвестност, свободен избор на изпълнителя на медицинска помощ и/или доставчици на медицинска стока на застрахованите лица, освен в случаите, когато се изисква задължителна координация на застрахования от страна на застрахователя.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ. ЗДРАВНИ ПАКЕТИ. НАЧИНИ НА ЗАСТРАХОВАНЕ

5. Застрахователят обезпечава финансово здравни услуги и/или стоки, ползвани от застрахованото лице, с цел диагностика и лечение на заболявания и травматични увреди, или други договорени здравни стоки и услуги, включително свързани с профилактика, бременност и раждане, както и комбинация от изброените покрития, възникнали в периода на действие на застрахователния договор.

6. Застрахователното покритие включва определени здравни услуги и/или стоки, на които имат право застрахованите лица, съгласно тези Общи условия, застрахователния договор и включените в него ограничения, изключения и специални условия, ако са приложими такива. Здравните услуги, попадащи в обхвата на застрахователното покритие на тази застраховка, са групирани в здравни пакети.

7. Във всеки от здравните пакети, покритите здравни стоки/ услуги са обособени в опции в зависимост от техния обем или допълнителни условия.

8. В застрахователния договор изрично се посочва избраната опция за всеки здравен пакет.

9. При изрична договорка между страните, при сключване на договора, Застрахователят може да изменя обхвата на покритието, да увеличава или намалява размера на лимита за всяка опция, като включва част от здравните услуги от даден пакет в обхвата и лимита на съответната опция от друг такъв. Всички промени се отразяват в съдържанието на застрахователния договор и/или чрез анекс/ добавък към него.

10. Застрахователят може да приложи отлагателен период, като конкретната уговорка се вписва в договора и в приложения към него списък с покритите пакети, услуги и/или стоки.

11. Конкретните видове услуги и/или стоки, включени в здравните пакети и опциите по тях за съответния договор за медицинска застраховка, се посочват като приложение към него.

12. Разходите за предоставените здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица 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 една или няколко от следните опции:

– възстановяване на разходите, направени от застрахованото лице;

– изплащане на суми на изпълнителите на медицинска помощ, които имат сключени договори за абонаментно обслужване със Застрахователя, за предоставените от тях здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица;

– директно изплащане на суми на изпълнителите на медицинска помощ, които нямат сключени договори за абонаментно обслужване със Застрахователя, предоставили здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица;

– изплащане на фиксирани парични суми във връзка с настъпило застрахователно събитие, независимо от направените от застрахованото лице разходи.

12.1. „Възстановяване на разходи“ е форма на обезщетяване, при която Застрахователят, при настъпване на предвидените в договора случаи, в рамките на размера на лимитите и условията по него, възстановява направените разходи от Застрахованите лица за закупени здравни услуги и/или стоки, и/или изплаща суми на изпълнители на медицинска помощ, с които няма сключен договор.

12.2. „Абонаментно обслужване“ е форма на обезщетяване, при която Застрахователят при настъпване на предвидените в договора случаи, осигурява предоставянето на определени здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица от определени изпълнители на медицинска помощ и доставчици на стоки, с които Застрахователят има сключени договори. В този случай финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и/или стоки се уреждат директно между Застрахователя и изпълнителя на медицинската помощ или доставчиците на здравни стоки.

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

12.3.1. „Необходимо медицинско лечение“ е това, което е от подходящ тип и ниво на прилагане върху състоянието, заболяването или нараняването на пациента.

12.3.2. „Разумни и обичайни разходи“ са онези разходи, които са извършени в съответствие с утвърдените медицински стандарт и обичайно прие-

тите медицински процедури, и които не надвишават размерите посочени в т. 91.43 на настоящите Общи условия. Разлика между реално извършените от Застрахованото лице разходи и тези, определени от Застрахователя като Разумни и обичайни е за сметка на Застрахованото лице. Ако разходите не отговарят на горните критерии, Застрахователят има право да редуцира платимата от него сума или да откаже изцяло финансово обезпечаване на претендираните разходи.

12.3.3. Ако разходите не отговарят на горните критерии, Застрахователят има право да редуцира платимата от него сума или да откаже изцяло финансово обезпечаване на претендираните разходи.

13. Не се считат за покрити и Застрахованият не може да претендира от Застрахователя да обезпечи финансово здравни услуги и/или стоки, които не са включени в съдържанието на застрахователния договор.

13.1. Застрахователят не покрива никакви други преки или косвени материални или нематериални вреди, в това число, но не само, възникнали загуби, пропуснати ползи и други, които се явяват последица от същото неблагоприятно събитие.

13.2. Застрахователят не предоставя застрахователно покритие и не е отговорен да заплати каквото и да е обезщетение или да предостави каквато и да е облага по настоящата полица, в случай че предоставянето на това покритие, изплащането на такова обезщетение или предоставянето на такова облага:

13.2.1. е породено от риск, свързан с Ислямска република Иран, Сирийската арабска република, Корейската народнодемократична република, Кримският регион, Боливарска република Венецуела, Република Беларус, регионите на Донецката и Луганската народни републики, райони на Запорожие и Херсон, Руска федерация, Ислямска република Афганистан, Република Съюз Мианмар или други държави/ територии, поставени под пълно ембарго и всеобхватни санкции;

13.2.2. съставлява санкционирано, забранено или ограничено действие, съгласно:

13.2.2.1. резолюция на Организацията на обединените нации;

13.2.2.2. търговски или икономически правила, закони или регламенти на Европейския съюз, Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия или Съединените американски щати;

13.2.2.3. законодателството на Република България;

14. Застрахователят обезпечава единствено разходи за здравни услуги и/или стоки, предоставени от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки, които съгласно действащото законодателство на Република България, имат право да извършват здравни услуги и да предлагат медицински продукти и изделия.

14.1. Лекарите-специалисти, предоставящи съответната здравна услуга, следва да бъдат правоспособни и да бъдат вписани в регистъра на Българския лекарски съюз.

14.2. Лекарствените продукти следва да се предписани от лекар във връзка с диагностицирана злополука или заболяване на застрахованото лице и да са произведени или допуснати официално за внос в България и регистрирани за употреба в Изпълнителна агенция по лекарствата по реда на Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина.

III. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ПОКРИТИЕТО РИСКОВЕ

15. Независимо от покритието рискове и избраните от Застрахования форми на обезпечаване, договорът не покрива и Застрахователят не дължи финансово обезпечаване на разходите, извършени от Застрахования по повод заболяване или злополука, възникнали в резултат на:

15.1. война, нахлуване на неприятел, гражданска война, военен преврат, военен положение, граждански размирици, митинги, демонстрации, протести и всякакъв род граждански въстания, военни учения или други действия, имащи военен характер, стачка, локаути, бунт, въстание, всякакви аварийни и бедствени ситуации, независимо от причината за тяхното възникване, терористични действия или всяко друго действие на лице или организация, целта на които е да се свалят или да се влияе на правителство чрез тероризъм или по друг насилнически начин;

15.2. атомни и ядрени експлозии, въздействие на радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, йонизираща радиация или радиоактивно замърсяване от ядрено гориво, или от отпадъците в резултат на разграждането му, вследствие нарушаване на установените мерки и изисквания за ядрена безопасност;

15.3. производствени аварии или химически замърсявания, вследствие на производствени и други аварии;

15.4. земетресение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;

15.5. употреба от страна на Застрахования на наркотици, наркотични и упойващи вещества, в това число и непредписани от лекар медикаменти с упойващо или наркотично действие, медикаментозна зависимост, прекомерна или хронична употреба на алкохол, анаболни хормони, стимулиращи вещества или такива, с характер на допинг, а също така и увреждане на здравето на Застрахования, вследствие системна употреба на тези вещества;

15.6. извършване на действия от Застрахования, съставляващи престъпление по Наказателния кодекс или действия като сбивания, рушене или повреждане на имущество и други нарушения на обществения ред, квалификацията се като хулиганство, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост по смисъла на чл. 33 от Наказателния кодекс;

15.7. задържане на Застрахования от компетентен държавен орган, както и злополука/ заболяване настъпило по време на срока на задържане или изтърпяване на наложено наказание в затвор или друго предназначено за това заведение за принудително задържане;

15.8. самоубийство или опит за самоубийство от страна на Застрахования, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост;

15.9. умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от страна на Застрахования, както и изгаряния, причинени от слънчеви лъчи или солариуми;

15.10. участие на Застрахования в спортни състезания, в това число автомобилни състезания (регламентирани или нерегламентирани), както и упражняване на екстремни спортове, които застрашават живота и здравето на лицата;

15.11. участие на Застрахования в експерименти, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;

15.12. неспазване от страна на Застрахования на предписан от лекар режим и/или лечение, ползване от страна на Застрахования на лекарствени сред-

ства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, манипулации, извършени от страна на Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за това, както и при спазване на самоволно избран диетичен режим;

15.13. симулиране или агравирание на заболяване от страна на Застрахования или извършване на дейността от него или други лица с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя или Застрахователя (в случай, че със Застрахования са различни лица) за наличието на заболяване и извършени разходи за лечението му.

16. Независимо от покритите рискове и избраните от Застрахователя форми на обезпечаване, договорът не покрива и Застрахователя не дължи финансовото обезпечаване на разходите за следните здравни услуги и/или здравни стоки:

16.1. „Спешна медицинска помощ“ по смисъла на Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ;

16.2. трансплантация на органи;

16.3. здравни услуги и/или стоки, свързани с провеждани кардиохирургични (сърдечни и съдови) операции, неврохирургични операции и операции с много голям обем и сложност. В случай на такова проведено лечение, Застрахователят обезпечава финансово разходите единствено и само за платени/закупени от застрахованото лице допълнително поискани здравни услуги – „избор на лекар/ екип от медицински специалисти“, „настаняване в стая с подобрени битови условия“, „индивидуален сестрински/акушерски пост“ и/или „медициски изделия“, ако такива покрития са договорени в обхвата на застрахователния договор;

16.4. диагностика и лечение на безплодие (инфертилитет) и синдром на поликистоза на яйчниците.

16.5. всички видове здравни услуги и стоки, свързани с подготовка и провеждане на асистирана репродукция;

16.6. диагностика и лечение на сексуална дисфункция;

16.7. профилактика, диагностика и лечение на СПИН и болести предавани по полов път, както и последиците от тях. Застрахователят не прилага хипотезата по предходното изречение, в случай на ползвани здравни услуги, свързани с подготовка за болнично лечение, в т.ч. и раждане или такива касаещи наблюдение и проследяване протичането на бременност;

16.8. лечение на психични заболявания, сеанси по психотерапия и допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на психично болни, освен в случаите на лечение на посттравматичен стрес, вследствие на злополука или при друга специална договореност между страните;

16.9. всички здравни услуги и стоки, свързани с:

16.9.1. диагностика, лечение и проследяване на затлъстяване и метаболичен синдром, нощна апнея;

16.9.2. лечение и проследяване на косопад, себорея, акне, витилиго, гъбички на ноктите (онихомикоза);

16.9.3. отстраняване на възвнати кожни образувания и невуси;

16.9.4. подготовка и провеждане на смяна на пола или стерилизация по желание;

16.9.5. отказване от тютюнопушене;

16.9.6. лечение и проследяване на туберкулоза;

16.9.7. лечение и проследяване на остеопороза;

16.9.8. лечение и проследяване на епилепсия, мигрена, множествена склероза, функционални нервни разстройствa, анорексия, булимия;

16.9.9. диагностика, лечение и проследяване на хронична болка;

16.9.10. облекчаване симптомите на менопауза;

16.10. лечение с неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, в това число и акупунктура, ирисдиагностика, хомеопатични прегледи, както и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от общопрактикуващ лекар или лекарспециалист, или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения. Застрахователят обезпечава разходи за неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, при сключен в застрахователния договор здравен пакет „Алтернативно лечение“;

16.11. балнеолечение и рехабилитация в болнични условия, масажи, СПА процедури. Застрахователят покрива разходите за балнеолечение и рехабилитация, проведени в болнични условия, ако същите са в резултат на заболяване или злополука, предшествани са от болничен престой и представляват задължително продължение на стационарно лечение, като негов етап. Застрахователят покрива тези разходи за лечение само в случай, че са извършени не по-късно от 90 дни от назначаването на последващо балнеолечение и/или рехабилитация;

16.12. диагностика, лечение и проследяване на хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус, които Застрахованият е имал преди или при сключване на застрахователния договор. Застрахователят може да приеме покритие за един или няколко от следните елементи:

16.12.1. здравни услуги, свързани с проследяване/наблюдение на хронично заболяване;

16.12.2. диагностика и лечение на обострените състояния и усложнения на хронични заболявания, както и съществуващи отклонения от здравния статус;

16.12.3. здравни стоки, свързани с лечение на хронични заболявания;

16.13. химиотерапия и лъчетерапия;

16.14. извънболнична и болнична помощ, медикаментозно лечение, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на психично болни;

16.15. извънболнична и болнична помощ, медикаментозно лечение, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на онкологично болни. При провеждано болнично лечение на онкологични (злокачествени) заболявания, Застрахователят обезпечава финансово разходите единствено и само за платени/закупени от застрахованото лице допълнително поискани здравни услуги – „избор на лекар/екип от медицински специалисти“, „настаняване в стая с подобрени битови условия“, „индивидуален сестрински/акушерски пост“ и/или „медициски изделия“, ако такива покрития са договорени в обхвата на застрахователния договор;

16.16. хемодиализа, хемотрансфузия, трансплантация на органи и тъкани;

16.17. разходи, поемани от МЗ, НЗОК, осигурители или други застрахователи, правителствена/национална, общинска, обществена или частна здравна програма или работодател, както и разходи, извършени от застрахования вследствие на самоволен отказ от лечение, провеждано по реда/алгоритъма, на която и да е от визираните програми.

16.18. диагностика и лечение /в т.ч. и медикаменти за лечение/ на:

16.18.1. алкохолизъм, наркомания или друг вид веществено пристрастяване;

16.18.2. травми и наранявания, получени под въздействието на алкохол, опиати или наркотични вещества;

16.18.3. заболявания, възникнали като последица прием на алкохол, опиати или наркотични вещества;

16.19. задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;

16.20. здравни услуги и/или стоки, свързани с провеждано лечение, попадащо в обхвата на лицево-челюстната хирургия, освен в случаите, когато увреждането на здравето е настъпило вследствие на злополука.

16.21. пластични, възстановително-реконструктивни и естетични корекции, козметични операции и други козметични услуги и свързаните с тях предоперативни изследвания и консултации, както и лечение на възникнали следоперативни усложнения. Застрахователят покрива разходи за лечение по предходното изречение, когато същото е наложено, вследствие злополука довела до видими увреждания на кожата и подлежащите тъкани;

16.22. здравни услуги, свързани с:

16.22.1. провеждано проследяване на бременност, освен ако страните изрично не са договорили такова покритие в обхвата на застрахователния договор;

16.22.2. раждане – подготовка, водене и консумативи, освен ако страните изрично не са договорили такова покритие в обхвата на застрахователния договор;

16.22.3. прекъсване на бременност по собствено желание, в т.ч. предшествващи и/или последващи прегледи и изследвания;

16.23. здравни услуги и медикаменти, ползвани или закупени, без лекарско назначение;

16.24. противозачатъчни средства, с изключение на случаите, в които те са средство на избор за лечение на определено заболяване на Застрахования;

16.25. разходите за следните здравни стоки:

16.25.1. хранителни добавки;

16.25.2. хондропротектори;

16.25.3. медицинска козметика;

16.25.4. санитарни материали;

16.25.5. медицински продукти, нерегистрирани в Република България по реда на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛП-ГХМ);

16.26. прегледи, изследвания, лечение и медикаменти и всякакви други здравни услуги и/или стоки, извършени и/или закупени за лечение на заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация, в т.ч. и профилактични прегледи и изследвания за тяхното установяване и/или отхвърляне. При изрична договорка, Застрахователят може да приеме да обезпечава разходи за здравни услуги и/или стоки по предходното изречение, при точно определени в застрахователния договор обхват и лимити;

16.27. генетични изследвания и пренатални тестове;

16.28. лечение на вродени или придобити в детската възраст заболявания, водещи до физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри, изискващи постоянно лечение, както и наличие на изоставане във физическия растеж и/или умственото развитие;

16.29. медицински прегледи и/или медицински операции, чието планиране е осъществено преди сключване на договора за медицинска застраховка. Изключението се прилага при индивидуални, семейни и групови договори, сключени за сметка на застрахованите лица;

16.30. консултации, диагностика, лечение или предписани медикаменти от самия застрахован, негов съпруг/а, родители или деца, ако са медицински лица;

16.31. здравни услуги и стоки, които нямат отношения към заболяването, от което Застрахованият е лекуван;

16.32. рамки за очила, стъкла за очила за предпазване от слънчеви лъчи, стъкла за очила със специално предназначение за упражняване на някои професии или извършването на определени дейности или действия, освен ако в договора не е изрично договорено такова покритие;

16.33. разходи за услуги представляващи онлайн или телемедицински консултации, извън осигурените от Застрахователя канали за този тип услуги, извършвани на „абонаментен принцип“;

16.34. лекарствени средства, предписани от лекар по дентална медицина, освен в случаите, когато е договорно покритие по пакет „Дентална помощ“;

16.35. закупуване на лекарства в количества, надвишаващи 30 дневен период за лечение при обострени хронични заболявания и 15 дневен период за лечение при остри заболявания;

16.36. здравни услуги и/или стоки, ползвани/ закупени от Застрахованото лице преди влизане в сила на договора за медицинска застраховка, дори финансовите документи за тях, да се издадени в периода на застрахователно покритие;

16.37. настаняване на застраховани лица в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на застрахователното покритие по договора;

16.38. административни такси, заплащани от застрахованите лица;

16.39. вторична профилактика – здравни услуги и/или стоки, ползвани без наличие на конкретни симптоми на заболяване;

16.40. всякакви пътни разноси, освен тези за специализиран медицински транспорт в рамките на покритието и лимита по договора;

16.41. прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, прием за осигуряване или застраховане, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, такива извършени във връзка със съдебномедицинска експертиза на Застрахования, освен ако Застрахователят не е приел да ги обезпечава изрично при сключване на договора;

16.42. обезпечаване на следните административни разходи, освен ако в застрахователния договор е уговорено друго:

16.42.1. потребителски такси, заплащани по реда на чл. 37 от Закона за здравното осигуряване;

16.42.2. административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения;

16.42.3. такси за получаване на копия (записи) от извършени изследвания на хартиен/ технически носител, както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго;

16.43. всякакви други здравни услуги и/или здравни стоки, които:

16.43.1. не са изрично описани в съдържанието на здравните пакети, покрити по договора за медицинска застраховка или допълнително покритите по договора за медицинска застраховка, анексите и приложенията към него;

16.43.2. дори описани в съдържанието на здравните пакети, са свързани с провеждано лечение, попадащо извън обхвата на застрахователния договор.

16.44. следните дентални услуги и свързаните с тях здравни стоки:

- 16.44.1.** реплантанти и имплантанти;
16.44.2. ортодонтска услуга;
16.44.3. избелване на зъби;
16.45. здравни услуги и/или стоки, назначени/предписани и/или закупени преди началото на застрахователното покритие, дори претенциите на Застрахования и/или разходните документи за тях да са с дата след началото на покритието. Изключението по предходното изречение не се прилага ако договорът е бил подновен, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования.

IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА/ ЛИМИТИ НА ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. САМОУЧАСТИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

- 17.** Застрахователната сума (лимитът на отговорност) се уговаря в договора за медицинска застраховка и представлява максималния размер на задължението на Застрахователя за финансовото обезпечаване на обема и обхвата на здравните услуги и стоки, по този договор. Отговорността на Застрахователя е до размера и лимитите, посочени в договора. В договора за медицинска застраховка страните изрично определят:
17.1. агрегатен лимит, за едно лице, за целия срок на договора.
17.2. лимит по всеки отделен, покрит от договора, здравен пакет, който не може да бъде по-висок от агрегатния лимит.
17.3. при дефиниране на лимити по отделните покрития, сумата на ползваните услуги и/или стоки не може да надвишава размера на съответния лимит.
18. Застрахователната сума/ лимитите на отговорност се определят в съответствие с избория от Застрахования здравен пакет при сключването на застрахователния договор и са основа за изчисление на дължимата застрахователна премия и размера на застрахователните плащания.
19. Разходите за лечение над застрахователната сума/ лимит на отговорност и разходите за здравни услуги/стоки, извън договорените в застрахователния договор са за сметка на застрахованите лица.
20. В застрахователния договор, независимо от изборното покритие, може да бъде договорено самоучастие на Застрахования.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

- 21.** Застрахователната премия е сумата, която Застрахования заплаща на Застрахователя и срещу която Застрахователят покрива договорените в застрахователния договор здравни рискове.
22. Застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от:
22.1. избраните от Застрахования покрития;
22.2. лимитите на отговорност на Застрахователя;
22.3. договорените отлагателни периоди и самоучастия;
22.4. броя на застрахованите лица.
23. Застрахованият дължи допълнително данък върху застрахователната премия, съгласно Закона за данък върху застрахователната премия.
24. Застрахователната премия се заплаща:
24.1. еднократно при сключване на договора за медицинска застраховка;
24.2. на разсрочени вноски, като първата от тях се заплаща при сключване на договора. При уговаряне на разсрочено плащане, броят на разсрочените вноски при едногодишен срок на договора не може да бъде по-голям от дванадесет;
24.3. с годишни вноски, в началото на всеки застрахователен период от една година, ако застраховката е сключена за повече от една година.
25. Застрахователният договор не влиза в сила, ако не е платена пълната застрахователна премия (при договорено еднократно плащане/ или първата вноска от нея (при договорено разсрочено плащане), освен ако не е уговорено друго.
26. Общият размер на застрахователната премия, броят, размерът, падежите на всяка разсрочена вноска по нея и начинът на плащане се посочват в застрахователния договор.
27. При неплащане на поредната застрахователна вноска в уговорения в застрахователния договор срок, Застрахователят може едностранно да прекрати действието на договора, като:
27.1. за индивидуални, семейни и групови договори, сключени за сметка на лицата, застрахователният договор се прекратява на шестнадесетия ден, от датата на падежа на съответната вноска;
27.2. за групови договори, сключени за сметка на работодателя, застрахователният договор се прекратява на тридесет и първия ден, от датата на падежа на съответната вноска.
28. При неплащане на годишната застрахователна премия или разсрочена вноска от нея, Застрахователят има право едностранно да спре финансовото обезпечаване на разходите за здравни услуги на застрахованите лица и да уведоми изпълнителите на медицинска помощ, чрез които се извършва абонаментното обслужване на застрахователния договор да не извършват услуги на застрахованите лица по този договор.
29. Застрахователят упражнява правата по т. 27 и т. 28, не по-рано от 15 дни от датата, на която Застрахованият е получил писменото уведомление от Застрахователя за плащане на дължимата застрахователна премия/вноска и премията/вноската не е платена.
30. Писменото предупреждение ще се смята за връчено когато в застрахователния договор Застрахователят изрично е посочил кое от правата по т. 27 и т. 28 ще упражни.
31. В случаите на прекратяване на договора за медицинска застраховка по т. 27, Застрахователят има право на премията за частта на застрахователния период до датата на прекратяване на застрахователния договор.

VI. СКЛЮЧВАНЕ И ФОРМА НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА. ВЛИЗАНЕ В СИЛА, ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ И КРАЙ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

- 32.** Договорът за медицинска застраховка се сключва в писмена форма и съдържа всички реквизити, съгласно Кодекса за застраховането. Неразделна част от договора са всички приложения към него, настоящите Общи условия и последващите сключването му анекси и приложенията към тях.
33. В договора и съответните приложения задължително се посочват застрахователното покритие, представляващ комплекс от избраните застрахователни рискове /обезпечените здравни услуги и стоки/, техните лимити, самоучастия, отлагателни периоди, както и срокът на договора и начинът на плащане на застрахователната премия.
33.1. При договорени повече от едно застрахователни покрития не се допуска промяна на условията за застрахованото лице, по време на действие на договора.

- 33.2.** При изрично договорена възможност за промяна на застрахователното покритие от лимитите на застрахованото лице се приспадат стойността на разходите за ползваните до определената дата здравни услуги и стоки. При прехвърляне от по-висок към по-нисък лимит застрахованото лице не дължи стойността на разходите за ползваните до определената дата здравни услуги и стоки.

- 34.** При изрична договорка между страните към договора могат да се присъединят, за сметка на Застрахования/ Застрахованите лица и членове на техните семейства.

- 34.1.** Членовете на семейства на застраховани се присъединяват към договора за здравна застраховка, не по-късно от един месец от сключването му, чрез анекс или нов застрахователен договор с приложен Списък на застрахованите лица;

- 34.2.** Членовете на семейства на застраховани лица се застраховат при еднакви или сходни покрития и условия на ползване и за същия срок, при които е застраховано съответното лице по основния договор.

- 35.** Застрахователните договори могат да бъдат:

- 35.1.** индивидуални застрахователни договори – застраховат се лица на възраст от 0 месеца до 69 навършени години;

- 35.2.** семейни застрахователни договори – застраховат се съпрузи или лица, живеещи във фактически извънбрачно съжителство /в едно домакинство и на съпругески начала/ на възраст от 16 до 69 навършени години и/или техните непълнолетни деца, включително деца на един от съпрузите или съвместно живеещите лица, осиновени деца или деца, за които се грижат като настойници или попечители, на възраст от 0 месеца до 18 навършени години. Пълнолетни деца се застраховат само, ако не са женени/ омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си.

- 35.3.** групови застрахователни договори, които могат да бъдат „групови договори за сметка на застрахованите лица“ и „групови договори за сметка на работодателя“. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 5 (пет) и повече лица. Групов договор за сметка на работодателя е този, при който като „служители“ се застраховат най-малко пет лица. Застраховат се лица на възраст от 0 месеца до 69 навършени години. При групови договори – за лица на възраст над 70 навършени години се покриват само рискове в резултат на застрахователна злополука.

- 36.** Застрахователят прилага следните опции за оценка на риска в зависимост от избора на Застрахования:

- 36.1.** пълна оценка на медицинския риск, при която кандидатите за застраховане при индивидуални, семейни и групови застраховки, за сметка на лицата, попълват Лични здравни декларации за здравословното си състояние. По преценка на Застрахователя може да бъдат изисквани и други медицински документи. Декларациите се прилагат към досието на застрахователния договор и са неразделна част от него. При пълна оценка на медицинския риск се спазват следните условия:

- 36.1.1.** при групови застрахователни договори задължително се изисква Списък на застрахованите лица;

- 36.1.2.** при групова застраховка над 5 лица, за сметка на работодателя, Застрахователят може да сключи договор, без да изисква попълването на Лична здравна декларация;

- 36.1.3.** в случаите на т. 34 се прилагат правилата за оценка на медицинския риск по основния договор.

- 36.1.4.** при пълна оценка на медицинския риск застрахователният договор може да бъде сключен с нормален риск, с изключване от покритието на съществуващи заболявания/ състояния или може да бъде отказано застрахователно покритие.

- 36.2.** мораториум върху оценката на риска, при който Застрахователят автоматично изключва от застрахователно покритие всички хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус, които Застрахования има при сключване на застрахователния договор, независимо дали са диагностицирани, лекувани или не, за които е потърсена консултация или лечение през предходните 3 години. Когато договорът е сключен без оценка на медицинския риск не се покриват разходи за лечение, ако след началото на действието на застрахователния договор възникне медицинска необходимост от лечение на съществуващо заболяване, състояние или симптоматика, дефинирани в предходния текст.

- 37.** Необходими документи за сключване на договора:

- 37.1.** За индивидуални, семейни, групови договори за сметка на лицата и групови договори за сметка на работодателя:

- 37.1.1.** предложение-въпросник, по образец на Застрахователя;

- 37.1.2.** лична здравна декларация;

- 37.1.3.** списък на застрахованите лица;

- 37.2.** С подписа си върху договора, Застрахования изразява съгласието си за сключването му и удостоверява верността на данните и обстоятелствата, отнасящи се до него или до застрахованите лица.

- 38.** При сключване на договора Застрахования, неговият пълномощник или неговият застрахователен посредник е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са му известни и които са от значение за оценяване на застрахователния риск, включително възрастта, пола и здравословното състояние на Застрахования. Същото изискване важи и за Застрахования, когато при сключването на договора е била поискана информация и от него.

- 38.1.** За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос;

- 38.2.** Ако Застрахованият/Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати договора, по реда предвиден в Раздел X от тези Общи условия. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора;

- 38.3.** Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Ако Застрахования не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т. 38.2;

- 38.4.** Застрахователят може да упражни правата по т. 38.2 и т. 38.3 в едномесечен срок от узнаване на обстоятелствата;

- 38.5.** Застрахователят може да откаже, частично или изцяло, плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството по т. 38.2 и т. 38.3 е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може

да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

39. Ако при сключването на застрахователния договор, обстоятелство по т. 38 не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узаването му да предложи изменение на договора.

39.1. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.

39.2. В този случай, Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.

39.3. Застрахователят не може да откаже плащане на застрахователно обезщетение или сумапри застрахователното събитие, настъпило преди изменението или прекратяването на договора, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

40. По време на действието на договора Застрахователят/Застрахованият е длъжен, незабавно след узаването им, да обявява пред застрахователя всички новонастъпни обстоятелства, за които при сключването на договора писмено е поставен въпрос. При неизпълнение на това задължение, се прилагат последствията по т. 38.

41. Срокът на договора за медицинска застраховка е дванадесет месеца, освен ако в него не е уговорено друго. Срокът може да се определя в месеци и/или дни.

42. Периодът на застрахователно покритие по договора за медицинска застраховка влиза в сила от 00:00 часа на деня, посочен в договора за начало на срока, ако към тази дата дължимата застрахователна премия или първата вноска от нея /ако е договорено разсрочено плащане/ е постъпила в брой или по банков път по сметката на Застрахователя, освен ако в договора не е уговорено друго.

43. Договорът изтича и застрахователното покритие се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен в него за край на срока.

44. За застрахованите лица, присъединени по време на договора, срокът на застраховката може да бъде и по-кратък от една година. Застрахователното покритие за тях започва в 00:00 часа на деня, следващ присъединяването и е валидно до крайния срок/ период на покритие на договора.

45. При подновяване на договора без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, изключението по т. 16.45 не се прилага, като в този случай разходите се възстановяват по договора, в който са извършени,

VII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ/ ЗАСТРАХОВАЩИЯ. ПОСЛЕДСТВИИ ОТ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА

A) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

46. Застрахованият има право свободно да избере формата на финансово обезпечаване на риска, съгласно настоящите Общи условия, покритието по условията на сключения договор за медицинска застраховка здравни пакети и опциите по тях.

47. Застрахованият има право на свободен избор на изпълнител на здравни услуги на територията на Република България.

48. Застрахованият има право лично да ползва обезпечените по договора здравни услуги и/или стоки и не може да преотстъпва правата за ползването им на други лица.

49. Застрахованият има право да получи от Застрахователя персонална здравна карта, с която да се легитимира при ползване на здравни услуги и/или при получаване на здравни стоки само от изпълнители и/или доставчици, с които Застрахователят има сключен договор. Крайният срок на валидност на здравната карта е крайният срок на договора за медицинска застраховка.

49.1. Застрахователят предоставя на застрахования възможност за ползване на персонализирана електронна здравна карта, чрез онлайн платформата.

50. Застрахованият има право, при ползване на здравни услуги и/или закупуване на здравни стоки по реда на т.12.2, да избере изпълнителя на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки само от списъка с изпълнители, публикуван на Интернет страницата на Застрахователя или включени в специалните договорности на застрахователния договор.

50.1. При ползване на здравните услуги и/или стоки директно от техния изпълнител и/или доставчик Застрахованият е длъжен да се легитимира с валидна персонална здравна карта, предоставена от Застрахователя и лична карта.

50.2. Застрахованият няма право да преотстъпва здравната си карта на други лица.

50.3. Застрахованият няма право да ползва и да се легитимира със здравната си карта, след изтичането на нейния срок на валидност или след датата на неговото предсрочно изключване от списъка на застрахованите по договора лица.

50.4. Застрахованият е длъжен да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравните услуги и/или стоки, предоставени от Застрахователя.

50.5. В случай на загубване или унищожаване на здравната карта, Застрахованият е длъжен незабавно да уведоми Застрахователя. Застрахователят издава нова здравната карта /дубликат/;

50.6. Застрахованият е длъжен да предаде на Застрахователя (в случай, че са различни лица) персоналната си здравна карта, при неговото предсрочно изключване от списъка на застрахованите по договора лица или при предсрочно прекратяване на застрахователния договор.

51. Застрахованият има право, при условията на т.12.2 на възстановяване на извършени от него разходи за ползвани здравни услуги и/или закупени здравни стоки от избран от него изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки от Застрахователя в следните случаи:

51.1. когато Застрахователят няма сключен договор с изпълнителя и/или доставчика, избран от Застрахования или;

51.2. услугата, която е покрита по условията на договора и здравния пакет, не се предлага от изпълнителя на медицинска помощ и/или доставчиците на услуги, с които Застрахователят има сключен договор;

51.3. когато в договора е договорено обезпечаване на предоставените здравни услуги и/или стоки под формата на Възстановяване на разходи при условията на т.12.

52. В случаите, в които Застрахованият е заплатил здравни услуги и/или стоки, предоставени от изпълнителя на медицинска помощ, с който Застрахователят се намира в договорни отношения, последният възстановява разхода, в рамките на договорените лимити за възстановяване на разходи, по цени на действащия в момента НРД, а за всички услуги извън обхвата на

НРД до размера на преференциалната стойност, която би заплатил в случай, че здравната услуга/стока е била ползвана на абонаментен принцип.

52.1. Всяко планово болнично лечение и свързаните с това разходи на застраховани лица, които са здравно неосигурени (по смисъла на Закона за здравното осигуряване) или са здравноосигурени, но не желаят да се възползват от правата си по НЗОК за болнично лечение /като сами заплатят същото/, подлежи на задължителна предварителна писмена координация и одобрение от страна на Застрахователя. При липса на такава, Застрахователят има право да откаже възстановяване на предявените разходи.

52.2. Предварително писмено потвърждение се получава в срок от три работни дни, след електронно запитване отправено на електронния адрес, посочен на гърба на персоналната здравна карта.

53. В случаите по т. 51 Застрахованият отправя претенция към Застрахователя за възстановяване на разходите за ползвани здравни услуги и/или стоки.

54. Застрахованият има право:

54.1. да прекрати индивидуалния договор за медицинска застраховка, при условията, съдържащи се в него или при условията на Раздел X от тези Общи условия.

54.2. да получи от Застрахователя (в случаите на семейни и групови договори – чрез Застрахователя) писмена информация, под формата на указание, брошури или други, относно покритието на договора, начините за упражняване на правата по него, съгласно конкретно договореното и настоящите Общи условия. Застрахователят не може да бъде държан в отговорност, в случай, че е предоставил тази информация на Застрахования, но поради каквато и да било причина, тя не е достигнала до Застрахования (в случай, че са различни лица).

54.3. да отправя запитвания до Застрахователя – устно, в лични срещи с оторизирани негови служители, по телефона или в писмена форма – по поща, електронна поща, факс и други, единствено и само във връзка с упражняването на собствените си права по договора. Застрахованият по семеен или групов договор няма право на обобщена статистическа информация по изпълнението на договора или на информация по конкретни казуси на други Застраховани и дори да поиска такава информация, Застрахователят е длъжен да откаже нейното предоставяне.

54.4. да изисква от Застрахования (в случай, че са различни лица) и от Застрахователя да обработват неговите лични данни при пълно спазване на изискванията на законодателството и да не ги ползват или разгласяват пред трети лица, освен единствено и във връзка с изпълнението на застрахователния договор. Застрахованият има право писмено да откаже Застрахователя да обработва неговите лични данни, което води и до отказ от права по застрахователния договор.

55. Всички запитвания, молби, жалби и/или възражения, по повод на движението и/или разглеждане на претенция на Застрахованото лице, се депозират в писмена форма, като Застрахователят е длъжен да отговори в определения в Кодекса за застраховането срок. В случай, че за изготвяне на отговора е необходимо Застрахователят от своя страна да отправи запитване към трето лице или по случая следва да се произнесе държавен орган, Застрахователят уведомява съответното лице, че ще отговори окончателно след получаване на съответния отговор.

56. Застрахованият няма право на самолечение, т.е сам да си назначава медикаменти и изследвания по собствено желание, без лекарско предписание.

B) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

57. По време на действие на договора за медицинска застраховка Застрахованият има право:

57.1. да получава информация от Застрахователя за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, за които промени да информира застрахованите лица;

57.2. да включва и изключва лица към договора, като ежесечно подава, еднократно към Застрахователя обобщен списък на лицата, подлежащи на включване/изключване от покритието по застрахователния договор. Промени се подават в срок не по-късно от 5 работни дни преди крайната дата, на която страните по договора ще извършат промяна на Списъка на застрахованите лица. Крайната дата (денят) за промяна на списъка със застрахованите лица за всеки съответен месец от действието на договора, съответства на числото от датата, посочена за влизане в сила на договора.

57.3. да изисква от Застрахователя да pazi личната/търговската му тайна и да не прави достояние пред трети лица под каквато и да била форма, всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор за медицинска застраховка, както и всякаква информация или данни, станали му достояние, във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора;

57.4. да прекрати договора при условията и реда, съдържащи се в него или настоящите Общи условия;

58. Застрахованият получава информацията по т. 57.1 в зависимост от посочения в договора начин за комуникация: по поща, куриер, факс или електронна поща. Застрахователят предоставя текуща информация на Застрахования, чрез посочените в договора лица и координати за контакт. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението да информира Застрахования за списъка с изпълнителите, с които има сключен договор, като поддържа актуален списък на своята Интернет страница www.generalibg.com, откъдето Застрахованият и всяко застраховано лице могат да получат необходимата информация за изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки.

59. По групови договори, Застрахованият е длъжен да предостави на Застрахованите лица здравната карта, както и информацията по т. 54.2.

59.1. Застрахователят е длъжен да издаде и предаде на Застрахования персонални здравни карти за всички застраховани лица в срок до 10 работни дни от влизането в сила на договора, а за присъединените към него членове на семействата на застрахованите лица в срок до 10 работни дни от датата на влизане в сила на анекса за присъединяването им.

59.2. При предсрочно изключване на застрахованото лице от обхвата на застрахователния договор, Застрахованият е длъжен да изиска от него връщане на персоналната здравна карта и да я унищожи, в срок от 15 дни от датата на предсрочното прекратяване на покритието за конкретното лице.

60. Застрахованият няма право да получава каквато и да било информация за здравния статус на застрахованите лица. В тези случаи Застрахованият може да получава само обобщени статистически данни по изпълнението на договора за медицинска застраховка и информация за движението на документите по конкретна претенция.

61. Кореспонденция, съдържаща данни за здравния статус на застрахованите лица, се изпраща по начин, който гарантира опазването на личните данни, които съдържа. Застраховачият няма никакво право, под каквато и да било форма да се запознава със съдържанието ѝ. Единствено и само застрахованото лице има право да направи достояние на трети лица, включително и на Застраховачият, информацията за собствения си здравен статус или кореспонденцията, съдържаща такава информация. Застрахователят не може да бъде държан отговорен за вреди, претърпени от Застрахованото лице, в случай, че е спазил задълженията си за предаване на информацията за здравния статус на застрахованото лице.

62. По време на действието на договора за медицинска застраховка Застраховачият е длъжен:

62.1. да заплати изцяло уговорената застрахователна премия или да заплати съответните разсрочени вноски от нея на посочените в договора за медицинска застраховка падежи, като това се отнася и до допълнителната застрахователна премия при разширяване на покритието или увеличаване броя на застрахованите лица;

62.2. да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравните услуги и/или стоки, предоставени от Застрахователя.

62.3. изчерпателно, точно, коректно и в писмена форма да информира застрахованите лица за условията, при които е сключен договора за медицинска застраховка и при които те могат да упражняват правата си по него, както и за всяка промяна в първоначално приложението към договора списък на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, за която е бил информиран от Застрахователя или която е отразена в Интернет страницата на Застрахователя;

62.4. на свой ред изчерпателно, точно, коректно и в писмена форма да предаде на застрахованите лица, до които се отнася, информацията, получена от Застрахователя по конкретен казус;

62.5. да предаде на Застрахованите лица, предназначенията за всеки от тях персонална здравна карта, издадена от Застрахователя, в срок до 14 дни от получаването им от Застрахователя и/или информацията за индивидуалният им здравен номер, с цел активиране на електронна здравна картка; **62.6.** при прекратяване на договора за медицинска застраховка, независимо от причината, писмено да информира за това, най-късно в деня следващ прекратяването, всички Застраховани, като им укаже, че не могат да се ползват от правата си по договора. Застраховачият е длъжен да събере обратно от всички Застраховани издадените им персоналните здравни карти и да ги унищожи в сроковете по т. 59.2, за което уведомява Застрахователя. Същото задължение Застраховачият има и в случаите, в които поради, каквато и да било причина е отпаднало основанието застраховано лице да се ползва от правата си по договора;

62.7. да пази търговската тайна на Застрахователя и да не прави достояние пред трети лица, под каквато и да било форма, всяка информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на договора или всяка информация за Застрахователя, за неговите тарифи и ценови условия, Общи условия, здравни пакети, опции и съдържание по пакетите и каквито и да било други данни и информация за Застрахователя, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора за медицинска застраховка, както и да не прави достояние пред застрахованите лица, ценовите условия и другите условия на договора за медицинска застраховка, които не се отнасят и нямат отношение към упражняването на техните права.

63. В случай, че в застрахователния договор изрично е договорено кореспонденцията между Застраховател и Застрахован да се извършва, чрез посредничеството на Застраховачия, последният е длъжен да предава, адресираната до застрахованото лице лична кореспонденция, в запечатан плик, съгласно указанията на Застрахователя.

64. При неизпълнение на задълженията на Застраховачия по т. 62.1 от тези Общи условия се прилагат последните по точки 27, 28 и 31 от тях. В случай че Застраховачият не изпълни задължението си по т. 62.7 от тези Общи условия, той носи отговорност пред Застрахователя за причинените му от неизпълнението вреди и следва да ги обезщети.

65. В случай, че задълженията на Застраховачия по т. 62.6 не са изпълнени и Застрахователят, поради каквато и да било причина е обезпечил здравни услуги и/или стоки, ползвани от Застраховано лице след прекратяване на договора, Застраховачият дължи възстановяване на платената сума, ведно със законната лихва от датата на плащане.

66. В случай, че за лице, изключено от групата на застрахованите, е изплатено застрахователно обезщетение или сума, Застрахователят е длъжен да върне на Застраховачия само тази част от еднократно платената застрахователна премия, касаеща периода, за който лицето вече няма да бъде част от групата на застрахованите лица. В случай на договорено разсрочено плащане Застрахователят има право да иска и да получи от Застраховачия застрахователната премия дължима за лицето, до датата на неговото изключване от групата;

67. При плащане на застрахователно обезщетение или сума в полза на застраховано лице за събитие, настъпило след отпадане на основанието за застраховането му, но преди уведомяване на Застрахователя за това, Застраховачият се задължава да възстанови размера на изплатеното застрахователно обезщетение.

VIII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

68. 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.

68.1. Застрахователят може да откаже сключването на застрахователен договор за отделен кандидат за застраховане – физическо лице, за група или за част от членовете на групата.

69. Застрахователят не може да бъде държан отговорен и към него не могат да се отправят претенции, в случай че Застраховачият не е изпълнил задълженията си по т. 62.3, т. 62.5 и/или т. 62.6 и вследствие на това Застрахованото лице не е могло да упражни правата си по договора и/или го е направило по начин, който изключва възможността за Застрахователя да изпълни задължението си за финансово обезпечаване на направените разходи.

70. Застрахователят има право:

70.1. да получи в размера и в сроковете, посочени в договора, дължимата по него застрахователна премия, включително и премията, дължима за присъединените членове на семействата на застрахованите лица и премията, дължима вследствие на разширяване на покритието или изравняването по-

ради промяна на броя на застрахованите, а при неизпълнение да приложи точки 27, 28 и 31 от тези Общи условия;

70.2. да прави промяна в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, като информира за това Застраховачия;

70.3. да организира провеждането на профилактични прегледи и изследвания, включени в покритието на Пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“ по съответния договор, при конкретно определени от него изпълнители на медицинска помощ;

70.4. да откаже на Застрахования или на Застраховачия искана от тях информация в случаите, в които същите нямат право да я получат, съгласно закона, договора и тези Общи условия;

70.5. да проверява документите и фактите по претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица и да изисква представянето на редовни, съгласно договора и тези Общи условия, документи;

70.6. да изисква от Застраховачия/ Застрахования да пази търговската му тайна и да не прави достояние пред трети лица, под каквато и да било форма, всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на договора за медицинска застраховка, или всякаква информация за Застрахователя за неговите тарифи и ценови условия, Общи условия, здравни пакети, опции и съдържание по здравните пакети и каквито и да било други данни и информация за Застрахователя, които са станали известни на Застраховачия във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора за медицинска застраховка, както и да не прави достояние пред застрахованите лица ценовите и другите условия на договора за медицинска застраховка, които не се отнасят и нямат отношение към упражняването на техните права;

70.7. да въвежда, съхранява и обработва в информационната си система, необходимите за обслужването на договора за медицинска застраховка данни, касаещи неговото сключване и изпълнение, в това число данни за внесените застрахователни премии и за размера на ползваните и/или закупени здравни услуги и/или здравни стоки, както и данни за застрахованите лица и тяхното здравословно състояние;

70.8. да прекрати договора за медицинска застраховка при условията, съдържащи се в него или при условията на Раздел X от тези Общи условия;

70.9. да откаже финансовото обезпечаване и заплащане на здравните услуги и/или стоки, ползвани и/или закупени от Застрахования или възстановяването на извършени от него разходи за такива здравни услуги и/или стоки в следните случаи:

70.9.1. здравните услуги и/или стоки или разходите за тях излизат извън обхвата, обема или лимита на отговорност на Застрахователя, по съответния здравен пакет, посочени в договора;

70.9.2. Застрахованият е ползвал и/или закупил здравни услуги и/или стоки, които са изключени от покритието, съгласно договора за медицинска застраховка и/или Раздел III на настоящите Общи условия;

70.9.3. Застрахованият не е имал право да ползва и/или закупува тези здравни услуги и/или стоки от съответния изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки;

70.9.4. съответните здравни стоки и/или услуги са ползвани/закупени извън срока на валидност на персоналната здравна карта на застрахованото лице или то се е легитимирило със здравна карта на друго лице;

70.9.5. Застрахованият не е представил всички необходими и изискуеми, съгласно договора за медицинска застраховка и тези Общи условия документи, доказващи претенцията му, включително и в допълнително предоставения му от Застрахователя срок по т. 79;

70.9.6. Застраховачият не е платил дължимата застрахователна премия / при договорено еднократно плащане/, или съответната поредна вноска от нея /ако е договорено разсрочено плащане/, поради което договорът за медицинска застраховка не е влязъл в сила или са настъпили последните по точки 27 и 28 от тези Общи условия;

70.9.7. при наличието на основание, предвидено в настоящите Общи условия, в закон или друг нормативен акт, или уговорено в договора за медицинска застраховка.

71. През срока на действие на договора за медицинска застраховка Застрахователят е длъжен:

71.1. при осъществен риск по този договор, финансово да обезпечи здравните услуги и/или стоки, ползвани и/или получени от Застрахования на принципа на абонаментно обслужване или да възстанови на Застрахования направените от него разходи за такива здравни услуги и/или стоки, при спазването на изискванията на закона, договора за медицинска застраховка и тези Общи условия;

71.2. в съответствие с тези Общи условия да издаде персонална здравна карта на всеки Застрахован, като в случаите на групов договор да му я предаде, чрез Застраховачия;

71.3. да предоставя на Застраховачия и на Застрахованите всяка информация или данни, която съгласно договора и настоящите Общи условия, те имат право да получат, по реда и начина, предвиден за това;

71.4. да изпраща на Застраховачия, в зависимост от посочения в договора начин за комуникация, информация за всяка промяна в първоначално приложението към договора за застраховка списък на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки в срок от 20 дни след промяната.

71.5. по реда, установен в договора, тези Общи условия и Вътрешните правила за администриране на молби, жалби, сигнали и препоръки от ползвателите на застрахователни услуги да отговаря на запитвания, молби, жалби и/или възражения отправени от Застраховачия/Застрахования;

71.6. да пази личната/търговската тайна на Застраховачия и да не прави достояние пред трети за съответния договор лица, под каквато и да било форма всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор или всякаква информация или данни за Застраховачия или за Застрахованите, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора;

71.7. да пази в пълна тайна и да не предоставя под никаква форма, в това число и на Застраховачия, каквато и да било информация, свързана със здравния статус на Застрахования, освен в случаите, предвидени в нормативен акт;

71.8. да обработва данните и информацията, представляващи лични данни на застрахованите лица при спазване изискванията на Закона за защита на личните данни и Общ регламент (ЕС) на Европейския парламент и на Съвета относно защита на данните 2016/679.

IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

72. Застрахователят не е изпълнител и доставчик на здравни услуги и/или стоки и не може да бъде държан отговорен от Застрахователя/Застрахования за тяхното качество или срокове за изпълнение или доставка, или за каквито и да било възникнали проблеми в обслужването. При възникнали проблеми Застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки.

73. Застрахователят организира провеждането на профилактични прегледи и изследвания, включени в покритието на пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“ по съответния договор, при конкретно определени от него изпълнители на медицинска помощ. В този случай застрахованите лица не могат да ползват услугите на други изпълнители на медицинска помощ по този здравен пакет.

74. При избор на абонаментен принцип на обслужване и покритие по застрахователен договор за територията на България, Застрахованият има право да ползва договорените здравни услуги и стоки навсякъде в страната, да избира свободно лекуващ лекар и лечебно заведение между изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор.

74.1. С цел навременно и адекватно обслужване на застрахованите лица, Застрахователят осигурява център за обслужване на клиенти, който при необходимост насочва застрахованите лица към конкретен изпълнител на медицинска помощ и координира предоставянето на здравни услуги и стоки от страна на същия.

74.2. Медицинските документи, удостоверяващи ползване на здравни услуги и стоки се подписват от Застрахования;

74.3. Начинът на предоставяне и отчитане на здравни услуги и стоки от страна на изпълнителя на медицинска помощ е предмет на отделен договор, сключван между него и Застрахователя.

75. Когато е избран принципът за възстановяване на разходи или Застрахователят и изпълнителят/доставчикът на здравни услуги/стоки, нямат сключен договор за абонаментното предоставяне на конкретни здравни услуги и/или стоки, същите се заплащат от Застрахования, който предявява своята претенция пред Застрахователя по реда на т. 53.

75.1. Претенцията се предявява в писмена форма по един от следните начини: чрез попълване на формуляр, по образец на Застрахователя, в указаните на Интернет страницата му териториални структури; по поща или с куриер – на адреса на централното управление на Застрахователя или онлайн – чрез обособена от Застрахователя платформа.

75.2. При предявяване на претенцията, Застрахованият получава входящ номер и/или номер на претенцията.

76. С цел обосноваване на претенцията си по основание и размер, Застрахованият представя комплект от документи, съгласно Приложение № 1 към Общите условия.

76.1. С цел определяне на основателността на претенцията, Застрахователят има право да изисква допълнителни медицински и финансови документи.

76.2. Набавянето на необходимите документи е задължение на застрахованите лица. Разходите за издаване на документите са за сметка на застрахованите лица.

77. Документите по т. 76 трябва да отговарят на следните изисквания:

77.1. финансовите документи да са четливи, без поправки или добавки и да отговарят на изискванията на българското законодателство. При представяне сканирани или ксерокопия на финансови документи, Застрахователят си запазва правото да изиска същите в оригинал, с цел определяне основанието и размера на дължимото обезщетение.

77.2. медицинските документи да са четливи и да съдържат подпис и печат на лекуващия лекар или на лечебното заведение.

77.3. рецептата трябва да бъде издадена на датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил. В случай, че е издадено електронно предписание за лекарствен продукт (електронна рецепта), назначението от същото следва да е описано и в издадения медицински документ;

77.4. датата на фактурата и на фискалния бон не трябва да предхожда датата на прегледа и издаването на рецептата.

78. Застрахователят проверява претенцията и приложените към нея документи и възстановява извършените разходи до размера на договорената застрахователна сума и/или лимит на отговорност, съгласно договорените покрити рискове и самоучастие на застрахованото лице.

79. В случай че Застрахованият не представи всички изискуеми документи към претенцията, или някой/и от представените документи не отговарят на нормативните изисквания относно техните реквизити, или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят, има право, в срок до 15 работни дни от получаването на претенцията, писмено да изиска от Застрахования да представи липсващите документи, съгласно Приложение № 1 от Общите условия.

79.1. В случай, че застрахованото лице не представи изискваните документи, Застрахователят се произнася мотивирано по основателността на претенцията, не по-късно от шест месеца от датата на предявяването ѝ.

79.2. В срок до 15 работни дни след постъпване на всички необходими документи, Застрахователят определя и заплаща размера на застрахователната сума или мотивирано отказва плащането.

79.3. Застрахованият може да се информира за статуса на предявена от него претенция, чрез интернет страницата на Застрахователя.

79.4. Освен ако в договора не е уговорено друго, всяка писмена кореспонденцията до Застрахования, в т.ч. уведомявания, покани и становища, се изпраща на посочен от него в депозираното искане за плащане адрес на електронна поща.

80. Приложените към застрахователната претенция финансови документи не се връщат на Застрахования, при пълно или частично плащане на обезщетение по претенцията.

80.1. Връщане на документи по преписка се извършва въз основа на изрично писмено искане от Застрахования, като оригиналните документи се предават на Застрахования с приемо – предавателен протокол или друг метод удостоверяващ приемо-предаването, а към преписката се прилагат заверени копия на върнатите документи. Копия на документи се изпращат на посочен от заявителя електронен адрес или чрез куриер, за негова сметка.

80.2. Връщане на оригинали на финансовите документи по частично платена претенция се допуска, като върху оригинала на същите се поставят печат "платено", с посочени сума и дата на плащане, както и печат на Застрахователя.

81. Застрахователят обезпечава финансово и възстановява разходи само

за здравни услуги и/или стоки, необходимостта за ползването на които е възникнала и същите са ползвани и/или закупени през срока на договора за медицинска застраховка.

81.1. При направени разходи за лекарствени средства, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато лекарствените средства са закупени не по-късно от 10 дни от датата на изписването им, но само в срока на действие на договора за медицинска застраховка.

81.2. При направени разходи за помощни или корекционни средства, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато същите са закупени не по-късно от 60 дни от датата на изписването им, но само в срока на действие на договора за медицинска застраховка.

81.3. При направени разходи за клинично-лабораторни и инструментални изследвания, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато същите са проведени не по-късно от 30 дни от датата на назначаването им, но само в срока на действие на договора за медицинска застраховка;

82. При претенция за възстановяване на разходи за лекарствени средства, предписани и закупени в количество, необходимо за лечение за срок по-дълъг от тридесет дни, Застрахователят обезпечава само онези част от разходите, съответстващи на количеството медикаменти, необходимо за лечение към момента на предявяване.

83. Плащането на застрахователната сума се извършва по саморъчно посочена от Застрахования банкова сметка. Застрахователят си запазва правото да изиска от Застрахования представяне на удостоверение за валидна банкова сметка, издадено от обслужващата го банка.

84. Застрахователят има право да откаже изплащане на суми за здравни услуги и/или стоки, които не са във връзка с поставената диагноза и предписаното лечение.

84.1. Застрахователят има право да изиска допълнителен (контролен) преглед на лицето, с оглед диагностично уточнение и преценка на назначената терапия. Този вид преглед се извършва по изключение, след уведомяване на лицето за часа и мястото на прегледа и е за сметка на Застрахователя. При липса на потвърждение на диагноза и терапия Застрахователят има право да откаже изплащане на суми за здравни услуги и/или стоки.

84.2. В случаите, когато Застрахователят е отказал плащане на ползваните и/или закупените от Застрахования здравни услуги и/или стоки, поради някое от основанията за това, предвидени в т. 70.9, Застрахованият е длъжен да заплати на съответния изпълнител/доставчик, ползваните и/или закупени от него здравни услуги и/или стоки. В случай, че Застрахователят поради каквато и да е причина е обезпечил ползваните/закупените здравни услуги/стоки, Застрахованият следва да възстанови на Застрахователя платената сума, ведно със законната лихва, от датата на плащането.

85. Конкретните процедури за произнасяне по предявени претенции за изплащане на застрахователни суми/ обезщетения на основание сключен договор се регламентират в Правилата за ликвидация и уреждане на претенции, които заедно с Приложение № 1 към настоящите Общи условия се публикуват на интернет страницата на Застрахователя и са достъпни за всички потребители на застрахователните услуги.

86. В случай на смърт на Застрахования, след като е получил здравни услуги и/или стоки, Застрахователят възстановява разходите или изплаща дължимите суми за тях на правоимащите – здравни заведения или законните наследници, въз основа на представени документи. В случай на плащане на законните наследници, същите следва да представят Удостоверение за наследници.

X. ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

87. Всякакви изменения в договора за медицинска застраховка се извършват с анекс към него, подписан от Застрахования и Застрахователя. При съединяването на членове на семействата на застрахованите, ако не е било включено в първоначално сключения договор, се извършва по реда на т. 34 от настоящите Общи условия.

88. Договорът за медицинска застраховка се прекратява:

88.1. с изтичане на уговорения срок;

88.2. със смъртта на Застрахования;

88.3. по взаимно съгласие, като прекратяването се оформя в писмена форма като анекс/ добавък, сключен между Застрахования и Застрахователя.

88.4. с едномесечно писмено предизвестие отправено от всяка от страните (Застраховател или Застраховаш/ Застрахован) до другата страна по договора;

88.5. едностранно от страна на Застрахователя, без дължимо предизвестие: **88.5.1.** в хипотезите и с последиците на т. 27, т. 38.2. и т. 39.1. от тези Общи условия;

88.5.2. в случай на установена измама, извършена от Застрахования и/или Застрахования, или от трето лице, със знанието и без противопоставяне от страна на Застрахования и/или Застрахования, при ползване на здравни услуги и стоки, предмет на застрахователния договор;

88.5.3. в случай на установено преднамерено излагане на опасност /преднамерено действие/ от страна на Застрахования.

89. Застрахованият/ Застрахованият не може едностранно да прекратява договора за медицинска застраховка по реда на т. 88.4, когато е налице, която и да е от следните хипотези:

89.1. Застрахователят е изпълнил задълженията си по здравен пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“ по отношение на повече от 50 % от застрахованите лица;

89.2. до края на срока на застрахователния договор остават по-малко от четири месеца;

89.3. общият размер на предявените претенции надвишава 50% от внесена за застрахователна премия.

90. Когато договорът се прекратява при хипотезите на т. 88.3 и т. 88.4:

90.1. ако застрахователната премия е платена в пълен размер, Застрахователят възстановява на Застрахования частта от премията съответстваща на периода от датата на прекратяване до края на срока на договора;

90.2. в случаите на разсрочено плащане Застрахователят има право да иска плащането на договорената застрахователна премия, до датата на прекратяване на договора.

XI. ДЕФИНИЦИИ

91. По смисъла на тези Общи условия:

91.1. „Договор за медицинска застраховка“, наричан за краткост „дого-

вора" е договор за здравно (медицинско) застраховане, сключен съгласно настоящите Общи условия и Кодекса за застраховането;

91.2. „Отлагателен период“ е периодът, след датата на сключване на договора, през който Застрахованият не може да ползва здравни услуги и стоки;

91.3. „Падеш“ е датата за плащане на застрахователната премия или на разсрочена вноса от нея;

91.4. „Здравен пакет“ е група от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и/или стоки, които се покриват изцяло или частично от Застрахователя при условията на договора за медицинска застраховка, приложенията и анексите към него и тези Общи условия;

91.5. „Изпълнител на медицинска помощ“ е физическо или юридическо лице, регистрирано по Закона за лечебните заведения и имащо право да извършва медицинска дейност, съгласно Българското законодателство. Не са Изпълнители на медицинска помощ лечебните заведения за лечение на психично болни, алкохолици и наркомани, хосписи и домове за медико-социални грижи;

91.6. „Доставчик на здравни стоки“ е търговец, регистриран по Търговския закон, който има право да доставя, дистрибутира или продава здравни стоки;

91.7. „Медицинска помощ“ е система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и/или профилактични услуги, осигурявани от медицински специалисти или изпълнители на медицинска помощ;

91.8. „Дентална помощ“ е система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, осигурявани от лекари по дентална медицина или изпълнителни на дентална помощ;

91.9. „Обем на медицинските услуги и стоки“ е количеството здравни услуги и стоки, до които застрахованите лица имат достъп при определени условия, регламентирани в настоящите Общи условия и в договора;

91.10. „Обхват на здравните услуги и стоки“ е видовото разнообразие на предоставяни здравни услуги и стоки, които се покриват напълно или частично от Застрахователя;

91.11. „Член на семейство на Застрахован“ е физическо лице – съпруг, съпруга, включително лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство /в едно домакинство и на съпружески начала/ и/или техните непълнолетни деца, включително деца на един от съпрузите или съвместно живеещите лица, осиновени деца или деца за които се грижат като настойници или попечители, на възраст от 0 месеца до 18 години. Пълнолетни деца се застраховат само, ако не са женени/ омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си;

91.12. „Застрахователно събитие“ е настъпването на покрит застрахователен риск през срока на действие на договора, изразяващо се в появилата се необходимост от ползването на здравни услуги и/или стоки в резултат на заболяване, обостряне на съществуващо заболяване или хронично такова, травми от злополуки и други нещастни случаи, а в случай че в договора е уговорено друго и диспансерно наблюдение;

91.13. „Заболяване“ е съвкупността от оплаквания и клинични прояви, за които е поставена диагноза от практикуващ съгласно Българското законодателство лекар, налагаща свързани с нея система от лечебни мерки, отразени в официални медицински документи;

91.14. „Акутно заболяване“ е остро, често внезапно настъпило нарушение на основните жизнени функции на организма, с бързо прогресиране на симптоматиката, което може да доведе до тежки органични нарушения, инвалидност или смърт и изискващо спешна медицинска намеса. За тези нарушения /заболявания или наранявания/ се очаква да се повлияят бързо от адекватно лечение, насочено към възстановяване на здравословното състояние, което е било преди нарушението;

91.15. „Злополука“ е събитие, настъпило внезапно, не по волята на Застрахования, което може да бъде определено по време и място и в срок до една година от датата на настъпването е причинило неработоспособност и/или смърт;

91.16. За злополука се признават и случат на:

91.16.1. изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно налягане на собствени стоки;

91.16.2. неработоспособност и/или смърт, причинени от задължителна имунизация;

91.16.3. заболявания, които са пряко следствие от настъпила злополука;

91.16.4. инфекции, при които заразната материя е проникнала при злополука в организма на пострадащото лице;

91.16.5. ухапване от насекоми, с изключение на маларийчен комар;

91.16.6. ухапване от влечуги и гризачи;

91.17. Не се считат за злополука нещастните случаи, настъпили в резултат на:

91.17.1. професионални заболявания;

91.17.2. заболявания от общ характер;

91.17.3. травматични увреждания, получени при епилептични припадъци, както и при припадъци, причинени от други заболявания (включително колики), при психични болести, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане, атеросклероза и други;

91.17.4. остри стомашно-чревни инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза;

91.17.5. усложнение на бременността, раждането и следродовия период, аборт в извънболнични условия;

91.17.6. температурни влияния – простуда, измръзване, слънчев или топлинен удар, слънчево изгаряне, възпалителни състояния на органи и системи, причинени от ниски температури;

91.17.7. медицинска или хирургическа манипулация и интервенция, освен ако тя е наложена от самата злополука;

91.17.8. алкохолно въздействие, довело до смърт или травматични увреждания;

91.17.9. въздействие на наркотични вещества или техни аналози – стимулатори, допингиращи средства, довело до смърт или травматични увреждания;

91.17.10. Не са злополука и ингвиналните и коремни хернии, дисковите хернии, радикулити, отлепване на ретината.

91.18. „Хронично заболяване“ се определя като заболяване, болест, страдание или травма, които имат една или повече от следните характеристики: – повтарящ се във времето характер на основните симптоми, клиничната картина, лабораторните показатели;

– прогресивно развитие, понякога с ремисия, но без окончателно излекуване;

– изискващо поддържащо лечение – постоянно, сезонно или при обостряне, което нормализира състоянието, но не води до излекуване;

– изискващо диспансерно наблюдение, проследяване на патологичните отклонения и внасяне на корекции в лечението;

– водещо до трайно ограничение на функцията на отделен орган или система и формиращо процент ТНР.

91.19. „Съществуващи преди договора състояния“ – отклонение от нормалния здравен статус, свързано с наличие на симптоми, клинична картина в различен стадий, патологични отклонения от референтните стойности на лабораторните показатели, евентуално провеждано лечение, проявили се през последните 5 години преди началото на застрахователното покритие, независимо от това дали е или не е потърсена лекарска помощ и дали е или не е поставена диагноза.

91.20. „Предходни заболявания“ са всички диагностицирани отклонения от нормалния здравен статус, които Застрахованият е имал преди или при сключване на застрахователния договор, или актуално заболяване, за което има презумпция за минала анамнеза.

91.21. „Извънболнична медицинска помощ“ включва здравни (медицински) услуги, които се предоставят в амбулаторни условия, от лечебни заведения за извънболнична помощ, съгласно Закона за лечебните заведения, в съответствие с медицинските стандарти.

91.22. „Болнична медицинска помощ“ е стационарния престой и/или целният набор от здравни (медицински) услуги, които се предоставят от лечебни заведения за болнична помощ, съгласно Закона за лечебните заведения, в съответствие с медицинските стандарти съобразно здравословното състояние на застрахованото лице.

91.23. „Оперативно/хирургическо лечение“ е непосредственият лечебен процес, когато с хирургически способности се извършва корекция на патологични състояния на органи или системи, както и цялото многообразие от оперативни вмешателства, извършвани еднократно или многократно, но взаимно свързани – в точно определено време, отразено в оперативния журнал на амбулаторните или болнични звена, включващи операционна дейност в лечението.

91.24. „Медицински преглед“ включва: анамнеза, установяване на обективно състояние, физикални и апаратни методи за изследване на здравословното състояние на застрахованото лице, както и комплексна преценка на резултатите от клиничното търсене и чрез тях поставяне на диагноза и назначаване на лечение. По смисъла на тези Общи условия не са медицински прегледи, дейностите, изпълнени от екстрасенси, народни лечители и неспособни медицински (физически и юридически) лица. Медицинският преглед може да е извършен и в дома на пациента при неотложни показания.

91.25. „Медицински изследвания“ са методи за разкриване на патологичните отклонения от нормалните физиологични показатели на организма, прилагани от квалифицирани лица, оторизирани в съответствие с действащото законодателство да ги извършват. Резултатите от медицинските изследвания следва да бъдат отразени в официален медицински документ. Изследванията се назначават от съответния лекар-специалист по съществуващи медицински показания.

91.26. „Наблюдение на бременност“ включва предварително определени прегледи и изследвания, извършени с цел проследяване състоянието на бременната, плода и развитието на бременността.

91.27. „Раждане“ е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, който е потенциално жизнеспособен. Застрахователното покритие за „раждане“ включва медицинска помощ, здравни грижи и битови условия, предоставяни на застрахованите лица в болнични условия по повод раждане. По настоящите Общи условия, Застрахователят обезпечава разходи свързани с раждане, единствено и само, ако събитията са извършени в лечебно заведение за болнична медицинска помощ.

91.28. „Специализирано обгрижване“ представлява оказването на, назначена от съответния лекар-специалист, помощ от медицинска сестра, рехабилитатор или от друго квалифицирано лице, която има за цел да спомогне процеса на оздравяване.

91.29. „Палиативни грижи“ представляват грижи за облекчаване състоянието на неизлечимо болни и които не са предназначени или не могат да доведат до оздравяването им.

91.30. „Лекарствен продукт“ е всеки краен продукт, който представлява активно вещество или комбинация от активни вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора, произведени или допуснати официално за внос в България и регистрирани за употреба в Изпълнителна агенция по лекарствата по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица.

91.30.1. Не са лекарствени продукти всички билки, синтезирани билкови препарати и хомеопатични средства, препарати с превантивно действие, хранителни добавки, противозачатъчни средства, когато водещото е контрацептивното им действие, специализирани храни, биостимулаторите и медицинската козметика.

91.31. „Импланти“ са медицински изделия, по смисъла на Закона за медицинските изделия, които се имплантират чрез хирургическа или друга медицинска интервенция в човешкото тяло и остават в него за период по-дълъг от 30 дни;

91.32. „Медицински консумативи и превързочни материали“ са медицински изделия, по смисъла на Закона за медицинските изделия, необходими в медицинската практика при извършване на диагностични и терапевтични дейности, употребени в хода на профилактика, диагностика и лечение, съобразно дадено за тях лекарско предписание. Към тях спадат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, абокат, инжекционни спринцовки, игли, катетри и други консумативи, свързани с диагностиката и лечението на застрахованото лице. Не са консумативи изкуствени лещи, стентове, пейсмейкър, изкуствени стави, импланти и други остеоинтеграционни средства;

91.33. „Помощни средства“ са използваните средства за подпомагане и корекция на жизнените функции, предписани от лекар и закупени по време на действие на договора.

91.33.1. Помощни средства са: протези, патерици, бастуни, инвалидни столчета и колички, ортези, еластични чорапи, ортопедични стелки, еластични бандажи превързочни, уринатори;

91.33.2. Корекционни средства са: контактни лещи, стъкла за очила и слухови апарати.

91.34. „Специализиран медицински/ санитарен транспорт“ е транспортиране на Застрахования при необходимост, от медицинска гледна точка, от

дома му или мястото на инцидента до лечебно заведение, или от едно лечебно заведение до друго лечебно заведение, осъществявано чрез специализирано МПС с придружаващ медицински екип/лице на територията на Република България.

91.35. „Спешна медицинска помощ“ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма.

91.35.1. „Спешно състояние“ е всяко остро или внезапно възникнало състояние на нарушение на виталните функции на организма, свързано с нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло, водещо непосредствено до смърт или трайно и тежко увреждане. Този тип състояние изискват незабавна намеса на подготвени за целта лица, които да осигурят поддържането на виталните функции на организма до поставянето на окончателната диагноза от медицински специалист/и и прилагане на реанимационни мероприятия или на интензивни грижи.

91.36. „Неотложна медицинска помощ“ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.

91.36.1. „Неотложно състояние“ е всяко възникнало болестно състояние или обострено хронично заболяване, което е довело до дискомфорт на лицето и е предпоставка за търсене на медицинска помощ и носи риск от евентуално нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло. Неотложното състояние изисква бърза намеса от страна на медицински специалист за изясняване и диагностициране на това състояние, предприемане на мерки за овладяване на придружаващите го симптоми и синдроми (болка, гадене, повръщане и други) и последващо предприемане на лечебни мероприятия.

91.37. „Самоучастие“ е тази част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие, която Застрахованият поема за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от Застрахователя. Размерът на самоучастието се посочва в договора и се прилага за всеки възникнал случай. Самоучастието може да бъде безусловно или условно, като:

91.37.1. при „Безусловното самоучастие“ Застрахованият поема отговорността при настъпване на застрахователно събитие до определен размер от цената на всяка услуга/стока;

91.37.2. при „Условното самоучастие“ Застрахователят изплаща пълния размер на цената на услугата/стоката, ако тя надвишава самоучастието, определено в договора. Сумите, които не надвишават установения по договор размер на условното самоучастие се поемат от Застрахования;

91.38. „Вторична профилактика“ е активен метод насочен към ранно откриване на заболяването, преди пълното разгръщане на клиничната симптоматика чрез инициално лечение за подобряване на състоянието, редуциране симптоматиката и превенция на хронифицирането на заболяването. Обект на вторичната профилактика са предимно видимо здрави лица, със заболяване в безсимптом период или ранен клиничен стадий.

91.39. „Необходимо медицинско лечение“ са онези здравни услуги и стоки, които са:

91.39.1. есенциални за диагностициране и лечение на състоянието на пациента, болестта или травмата;

91.39.2. съобразени със симптомите на пациента, болестта или травмата;

91.39.3. съответстващи на общоприетата медицинска практика и професионални стандарти;

91.39.4. необходими по причини, различни от удобството и изгодата на пациента или неговия лекар;

91.39.5. осигурявани от подходящо лечебно заведение, в подходящи условия и с подходящо ниво на грижите и лечението на здравословното състояние на пациента;

91.39.6. осигурявани само за подходящото времетраене на лечението.

91.40. „Преднамерено излагане на опасност /преднамерено действие“ означава умишлен, волеви и осъзнат акт на Застрахования, в резултат на който той уврежда или създава реална опасност за увреждане на здравето му и/или телесната му цялост.

91.41. „Екстремни спортове“ – видове спорт с висока степен на присъщата опасност. Включват екстремни нива на височина, скорост, умения и сила, както и използването на специализирана екипировка за тяхното упражняване. Като „екстремни спортове“ се определят моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене, спелеология, рафтинг.

91.42. „Безплодие (инфертилит)“ е термин, който обединява три състояния: невъзможност да се зачене (стерилитет), невъзможност да бъде доизносена бременността, докато плодът стане жизнеспособен (недоизносване), и нежизнеспособност на новороденото.

91.43. Размер на максимални разходи по определени услуги

91.43.1. Списъкът на установените от Застрахователя максимални стойности за реимбурсиране на медицински услуги и медицинските услуги се публикуват на интернет страницата на Дружеството. Списъкът и стойностите се актуализират два пъти годишно и са валидни за всички разходи, извършени след публикуването им.

91.43.2. 130% от стойността на клиничната пътека, кореспондираща на проведеното болнично лечение, съобразно действащия към момента на постъпване в лечебното заведение НРД;

91.43.3. Максималната продажна цена на закупения лекарствен продукт, определена съгласно Регистъра на максималните продажни цени воден от Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (наричан НСЦРЛП).

91.44. „Телемедицина“ е медико-консултативна дейност за оказване на срочна медицинска помощ от разстояние, чрез провеждане на консултативна беседа с лекар и/или интерпретация на показателите от проведени медико-диагностични изследвания. Телемедицинската консултативна се извършва от правоспособен лекар, чрез видео или аудио конференция връзка с пациенти, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяване.

XII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

92. Суброгация и давност

92.1. С плащането от страна на Застрахователя по договора за медицин-

ска застраховка, в случаите в които застрахователният риск е реализиран в резултат на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение. Застрахованият се задължава да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.

92.2. Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последния да упражни правата си.

92.3. Правата и задълженията по договора за медицинска застраховка във връзка със застрахователни суми или обезщетения се погасяват с тригодишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователно събитие.

93. Застрахователят е администратор на лични данни съгласно Общия регламент относно защитата на данните (ЕС 2016/679).

93.1. Предоставената информация от застрахованите лица е поверителна и ще бъде използвана единствено за целите на здравното застраховане – оценката на риска, сключването, поддържането на застрахователния договор и обработката на плащанията по него;

93.2. Предоставената от застрахованите лица информация представлява застрахователна тайна и може да бъде предоставяна на други лица, само в изрично определените от закона случаи;

93.3. Предоставените на лични данни от Застрахования/ Застрахования има доброволен характер, но отказът за предоставянето им е основание Застрахователят да откаже сключването на договор, в случай, че непредоставянето на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска или по друг начин застрашава или възпрепятства реализацията на правата и задълженията на Застрахователя по застрахователния договор;

94. Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени от Застрахования суми и несвоевременно получени застрахователни плащания.

95. Изменението или замяната на Общите условия с нови по време на действието на вече сключен застрахователен договор има сила, само ако същите са били дадени на застрахования и той писмено ги е потвърдил.

96. За броя на сроковете по договора за медицинска застраховка и тези Общи условия, когато изрично не е указано друго в тях, се прилага чл. 72 от Закона за задълженията и договорите. Навсякъде, където сроковете по договора за медицинска застраховка и тези Общи условия са определени в дни, се имат предвид календарни, а не работни дни, освен ако изрично не е посочено друго.

97. Всички съобщения и уведомления до Застрахователя, съгласно изискванията на настоящите Общи условия, трябва да бъдат в писмена форма и изпратени на адреса на електронната поща на определеното контактно лице или на адреса за кореспонденция, посочен в застрахователния договор.

98. Всяка от страните по договора за медицинска застраховка е длъжна писмено да съобщи на другата страна за всяка направена от нея промяна в посочените в договора за медицинска застраховка данни за: фирмата (наименование, правно-организационната форма, седалището и адреса на управление), адреса за кореспонденция (ако е различен от адреса на управление), структурното звено, служителя или адреса, електронния адрес. Когато Застрахованият/Застрахованият е физическо лице, то е длъжно да уведоми писмено Застрахователя при промяна на адреса си /постоянен или настоящ/, телефона или електронния адрес. В случай, че задълженията по предходните изречения не са изпълнени, независимо от причината за това, всички уведомления, предизвестия, запитвания, възражения, молби или каквато и да било друга писмена кореспонденция, която е изпратена от другата страна на посочените в договора координати, се считат за връчени с всички последици от това.

99. В случай, че договорът се сключва чрез застрахователен посредник, страните изрично посочват, дали обслужването на договора и размяната на кореспонденцията помежду им, ще се осъществяват чрез него. В такъв случай, оторизираният застрахователен посредник се обвързва със задължението на Застрахования по т. 98.

99.1. Застрахователят не може да бъде държан отговорен в случаите, когато кореспонденцията не е предадена от застрахователния посредник на Застрахования, вследствие на което за последния са настъпили вреди и/или неблагоприятни последици.

100. От 0.00 часа на деня, определен за ефективно преминаване на страната към единната европейска валута, всички парични стойности по договора ще бъдат автоматично превалутирани от лева в евро, съгласно установените правила за превалутирание при приемането на Република България в Еврозоната на страните членки на Европейския съюз, които са приели еврото за своя официална валута.

101. Заглавията на разделите по тези Общи условия са само указателни, с оглед систематизацията им и само от тях не могат да се правят изводи относно наличието или липсата на право или задължение на някоя от страните, нито пък може да се извлича каквато и да било уредба на отношенията между страните по договора за медицинска застраховка, ако тези изводи не следват или не се опират на конкретна клауза или клаузи на тези Общи условия.

102. Застрахователният договор за медицинска застраховка, тези Общи условия, всички приложения, анексите/добавъци към него и приложенията към анексите/ добавъците, в своята цялост съдържат условията на договора за медицинска застраховка и са неразделни една от друга негови части.

103. Всички въпроси и спорове, породени от действието или тълкуването на застрахователния договор и/или приложенията и анексите/добавъците към него, и/или тези Общи условия се разрешават чрез преговори между страните, а при невъзможност за постигане на съгласие – от компетентния български съд.

104. За всички въпроси, неуредени в застрахователния договор за медицинска застраховка, всички приложения, анексите/ добавъци към него и приложенията към анексите/ добавъците и тези Общи условия се прилага разпоредбите на Кодекса за застраховането, Закона за здравното осигуряване, Търговския закон и другите приложими норми на българското законодателство.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на „Дженерали Застраховане“ АД с Протокол № 50 от 30.11.2015 г., в сила от 01.12.2015 г., изменени и допълнени с Протокол № 31/28.08.2019 г., в сила от 01.09.2019 г. и с Протокол № 4 от 01.02.2023 г., в сила от 01.03.2023 г. и с Протокол № 53/20.12.2023 г. в сила от 01.01.2024 г.

Приложение № 1 към Общи условия за Медицинска застраховка

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ ПО „МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА“

Всяка претенция се завежда с представяне на попълнена бланка „Искане за плащане“, придружена от посочените необходими документи, съобразно вида на направения разход, както следва:

ПАКЕТ „ИЗВЪРНЕОПЛНИЧНА ПОМОЩ“	<p>При прегледи и манипулации в амбулаторни условия при възникнал здравен проблем:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, дата на издаване, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания, включително образна диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Резултати от проведените изследвания Разчитане/интерпретация на резултат от образно-диагностично изследване Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>За контрастно вещество при образни изследвания:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98), с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Разчитане/интерпретация на резултат от образно-диагностично изследване Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържа 	<p>щаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на заплатената здравна стока – оригинал</p> <ul style="list-style-type: none"> Фискален бон – оригинал <p>При физиотерапия и рехабилитация:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) за извършен преглед от лекар – специалист, по профила на заболяването, с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние и препоръка за физиотерапия и рехабилитация, подпис и печат на лекаря/лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Амбулаторен лист, издаден от лекар – специалист по „физикална и рехабилитационна медицина“, с отразен преглед и назначен комплекс от процедури – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Физиопроцедурна карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури – копие, заверено от лечебното заведение Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с описани вида и броя на платените процедури, както и техните индивидуални цени. – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При подготовка за планова хоспитализация:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени консултации, изследвания с подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Резултат/интерпретация и заключения от назначените консултации и извършени изследвания Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал
ПАКЕТ „БОЛНИЧНА ПОМОЩ“	<p>При болнично лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Резултати от проведени изследвания, извън обхвата на клиничната пътека, (в случай че са назначени) – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Разчитания от образна диагностика, извън обхвата на клиничната пътека, (в случай че е назначена) – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При физикална терапия и рехабилитация в специализирани лечебни заведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза, от проведено болнично лечение, носеща подпис на лекуващия лекар и печат на лечебното заведение, с препоръка за последващо рехабилитационно лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Епикриза от Специализирана болница за рехабилитация, отразяваща проведено физикална терапия и/или рехабилитация – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Физиопроцедурна карта с назначени и проведени физиотерапевтични/рехабилитационни процедури – копие, заверено от лечебното заведение Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал 	<p>Допълнително поискани услуги при хоспитализация:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/; Фактура, издадена на името на застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на ползваните медицински услуги – оригинал; Фискален бон – оригинал <p>При „избор на лекар/екип“ за болнично лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/; „Заявление за избор на лекар/екип от медицински специалисти – копие, заверено от лечебното заведение; Фактура, издадена на името на застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на ползваните медицински услуги – оригинал; Фискален бон – оригинал. <p>За медицински изделия, при болнично лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/; Стикер, идентифициращ медицинското изделие – оригинал/при невъзможност – копие, заверено от лечебното заведение; Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените здравни стоки – оригинал; Фискален бон – оригинал.
ПАКЕТ „БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ“	<p>При „Бременност: Еднократно изплащане на застрахователната сума веднъж за една бременност. Сумата се изплаща след настъпване на 4-ти лунарен месец“:</p> <ul style="list-style-type: none"> Медицински документ, удостоверяващ бременност в четвърти или последващ лунарен месец (след 16 г.с.) – оригинал. <p>В документът следва да са отразени: дата на издаване, анамнеза, обективно състояние, диагноза, назначени изследвания, терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение.</p> <p>При „Раждане: Еднократно изплащане на застрахователната сума веднъж за една бременност. Сумата се изплаща след раждане“:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза, удостоверяваща настъпило раждане, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/ отделение, дата и печат на 	<p>лечебното заведение – оригинал.</p> <p>При „Раждане: всички услуги, свързани с настъпване, родоразрешение и наблюдение на родилката, включително избор на лекар или екип от медицински специалисти“:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза на родилката, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/ отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал; При „избор на лекар/екип“ за раждане – заявление за избор на лекар/ екип – копие, заверено от лечебното заведение; Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал; Фискален бон – оригинал.

ПАКЕТ „РАЗХОДИ ЗА ЛЕКАРСТВА И МЕДИЦИНСКИ СТОКИ“:	<p>За лекарствени продукти: Лекарствени продукти, предписани на бяла рецептурна бланка – образец МЗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/епикриза – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ – с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис и печат на лекуващия лекар и дата на издаване – оригинал /в случай, че рецептата е в режим „многократно предписване“ – четливо копие/. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал Фискален бон – оригинал <p>Лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 за едномесечна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Рецепта – рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 – копие. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал Фискален бон – оригинал <p>Лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А с три отрязъка – А, В и С:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Копие от същия амбулаторен лист се прилага и към рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А – отрязък В и С. Рецепта – рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А – отрязък А, В и С – копие Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал Фискален бон – оригинал <p>За медицински консумативи, превързочни материали и</p>	<p>помощни средства:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98), с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, обосноваващи заплащане на медицински консуматив и/или превързочен материал, назначение за ползване на помощно средство, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Рецепта, с подпис и печат на лекуващия лекар и дата на издаване, с отразено назначение за закупуване на помощно средство – оригинал. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените здравни стоки – оригинал Фискален бон – оригинал <p>За диоптрични стъкла за очила или контактни лещи за корекция на зрението:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98), с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначена оптична корекция, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Рецепта от офталмолог, с ясно посочени параметрите на корекцията на диоптъра – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Описание в рецептата е необходимо да отговаря на отразената корекция на диоптрите в амбулаторния лист от прегледа. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с посочени индивидуални стойности на „диоптрична рамка“, „диоптрични стъкла“ / „диоптрични лещи“ и „монтаж“ – оригинал Фискален бон – оригинал <p>За да бъде приета от Застрахователя, като легитимно издадена, всяка рецептурна бланка, съдържа следните реквизити: имена, УИН, подпис и печат на лекаря, назначил лекарствена терапия, дата на предписване, режим на отпускане, име и възраст на пациента.</p> <p>Ваксини:</p> <ul style="list-style-type: none"> Медицински документ, удостоверяващ: извършен профилактичен преглед преди поставяне на ваксината и поставяне на ваксината – оригинал; Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал; Фискален бон – оригинал.
ПАКЕТ „ДЕНТАЛНА ПОМОЩ“	<p>При проведено дентално лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист, с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание и индивидуални цени на предоставените дентални услуги – оригинал. Фискален бон – оригинал <p>При медикаментозно лечение, назначено от лекар по дентална медицина:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист, с отразен зъбен статус, диагноза, вид на 	<p>извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, назначена медикаментозна терапия, подпис и печат на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение или Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат – оригинал /при невъзможност четливо копие/.</p> <ul style="list-style-type: none"> Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ – с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис на лекуващия дентален лекар, печат на лечебното заведение и дата на издаване на рецептата – оригинал. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал Фискален бон – оригинал
ПАКЕТ „АЛТЕРНАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ“:	<ul style="list-style-type: none"> Медицински документ, удостоверяващ извършени неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, /съгласно действащата нормативна уредба/ – оригинал; 	<ul style="list-style-type: none"> Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал; Фискален бон – оригинал.

Забележки:

- По всички застрахователни пакети, вместо фискален бон по смисъла на **Наредба № Н-18/13.12.2006 г.** за регистриране и отчитане чрез фискални устройства на продажбите в търговските обекти, изискванията към софтуерите за управлението им и изискванията към лицата, които извършват продажби чрез електронен магазин, като легитимен разходо-оправдателен документ доказващ извършения разход, Застрахователят приема и заверено от банката издател платежно нареждане, стига в същото да е визирано основание за плащане, отговарящо на посоченото издадената от доставчика на здравна стока/услуга фактура.
 - Застрахователят няма да изиска представяне на разходо-оправдателен документ – фактура, в случай че Застрахованото лице представи фискален бон, издаден от фискално устройство, съдържащ реквизитите по чл.114, ал.1, т.3, 4, 5, 7, 9 и 10 от Закона за ДДС, а именно: дата на издаване, име и адрес на доставчика, идентификационен номер по чл. 94, ал. 2 на доставчика име и адрес на получателя по доставката количеството и вида на стоката, вида на услугата датата, на която е възникнало данъчното събитие на доставката, или датата, на която е получено плащането.
 - При издадено „електронно предписание за лекарствен продукт“ (електронна рецепта), по смисъла на Наредба №4/04.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, Застрахователят няма да изисква представянето на попълнена „бяла рецептурна бланка – образец на МЗ“.
- В тези случаи Застрахователят ще приеме претендиращия разход като доказан по основание, в случай че закупените здравни стоки са подробно описани в издадения от лекуващия лекар медицински документ.**
- Представянето на „служебна бележка, издадена от лечебното заведение“, се изисква единствено и само в случай, че издадената фактура не съдържа данни за вид и единични стойности на заплатените за времето на болничния престой услуги.