

# Общи условия за Медицинска застраховка



[generalibg.com](http://generalibg.com)

# Общи условия

## за Медицинска застраховка



## Съдържание

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ. ТЕРИТОРИАЛНО ПОКРИТИЕ. ПРИНЦИПИ. . . . .	03	VII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ/ ЗАСТРАХОВАЩИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА . . . . .	06
II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ. НАЧИНИ НА ЗАСТРАХОВАНЕ . . . . .	03	А) Права и задължения на Застрахования . . . . .	06
III. ИЗКЛЮЧЕНИЯ . . . . .	03	Б) Права и задължения на Застраховачия . . . . .	07
IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА / ЛИМИТИ НА ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. САМОУЧАСТИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ . . . . .	05	VIII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. . . . .	08
V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ . . . . .	05	IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ. . . . .	09
VI. СКЛЮЧВАНЕ И ФОРМА НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА. ВЛИЗАНЕ В СИЛА, СРОК И КРАЙ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА. . . . .	05	X. ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА . . . . .	10
		XI. СУБРОГАЦИЯ И ДАВНОСТ . . . . .	10
		XII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ . . . . .	10
		XIII. ДЕФИНИЦИИ . . . . .	11
		XIV. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ . . . . .	12

## I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ. ТЕРИТОРИАЛНО ПОКРИТИЕ. ПРИНЦИПИ

**1.** По настоящите Общи условия „Дженерали Застраховане“ АД, наричано по-нататък „Застраховател“, срещу платена застрахователна премия, сключва договори за медицинска застраховка. Тази застраховка покрива рискове, произтичащи от заболяване и/или злополука, настъпили в срока на застрахователния договор, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и/или стоки.

**2.** По смисъла на настоящите Общи условия:

**2.1.** „Застрахован“ е физическо лице, български гражданин или чужденец, със статут на дългосрочно или постоянно пребиваващ в Република България, в чиято полза е сключен договор за медицинска застраховка, на възраст от 0 месеца до 65 години включително /към датата на сключване на договора/. Определенето на възрастта се извършва на база цели навършени години. Застрахователят може да разшири обхвата на застрахованите лица.

**2.2.** „Застраховач“ е физическо или юридическо лице, което сключва договор за медицинска застраховка и поема задължението да плати застрахователната премия. Застраховачият, 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 изрично не е уговорено друго в договора.

**4.** Здравното застраховане по смисъла на настоящите Общи условия се осъществява при спазване на принципите на доброволност, равнопоставеност на страните, отговорност за собственото здраве, добросъвестност, свободен избор на изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на медицинска стока на застрахованите лица.

## II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ. НАЧИНИ НА ЗАСТРАХОВАНЕ

**5.** Застрахователят обезпечавя финансово здравни услуги и/или стоки, ползвани с цел диагностика и лечение на заболявания и травматични увреди, или други договорени здравни стоки и услуги, включително свързани с профилактика, бременност и раждане на застрахованото лице, 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 три опции в зависимост от техния обем или допълнителни условия, както следва:

**7.1.** Минимална опция;

**7.2.** Разширена опция;

**7.3.** Луксозна опция.

**8.** Застрахователният договор изрично посочва избраната опция за всеки пакет.

**9.** При изрична договорка между страните, при сключване на договора Застрахователят може да изменя обхвата на покритието, 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.

**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:

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

**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 със съответния медицински стандарт и обичайно приетите медицински процедури.

**12.3.3.** Ако разходите не отговарят на горните критерии, Застрахователят има право да редуцира платимата от него сума, с размера на същите.

**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.

**14.** Застрахователят обезпечавя 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 лекарствените продукти в хуманната медицина.

## III. ИЗКЛЮЧЕНИЯ

**15.** Независимо от покритите рискове и избраните от Застраховачия форми на финансово обезпечаване, медицинската застраховка не покрива и не обезпечавя и Застрахователят не дължи и не може да бъде вържан отговорен за финансовото обезпечаване на разходите, извършени от Застрахования за ползвани здравни услуги и/или здравни стоки поради възникнало заболяване или злополука, в резултат на:

**15.1.** война, нахлуване на неприятел, гражданска война, военен преврат, военно положение, граждански размирици, митинги, демонстрации, протести и всякакъв род граждански въстания, военни учения или други действия, имащи военен характер, стачка, локаут, 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 свали или да се влияе на правителството чрез тероризъм или по друг насанически начин;

**15.2.** атомни и ядрени експлозии, въздействие на радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, йонизираща радиация, нарушаване на установените мерки и изисквания за ядрена безопасност, довели до нарушаване на условията и лимита на радиационно въздействие върху околната среда, съгласно действащите български и международни норми и стандарти;

**15.3.** на производствени аварии и 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 на Застрахования, прекомерна или хронична употреба от страна на Застрахования на алкохол, а също така и увреждане на здравето, 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, квалитетни се като хулиганство, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост по смисъла на чл.33 от НК;

**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;

**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 средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, манипулации, извършени от страна на Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за това;

**15.13.** симулиране или агравирание на заболяване от страна на Застрахования или извършване на действия от него или други лица с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя или Застраховачия /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 Застраховачия форми на обезпечаване, договорът не покрива и не обезпечават Застрахователят не дължи и не може да бъде държан отговорен за финансовото обезпечаване на разходите за следните здравни услуги и/или здравни стоки:

**16.1.** „Спешна медицинска помощ“ по смисъла на Наредба № 25/04.11.1999г. за оказване на спешна медицинска помощ и „неотложна медицинска помощ“ по смисъла на Наредба № 10/31.05.1994г. за неотложната медицинска помощ;

**16.2.** Трансплантация на органи;

**16.3.** Кардиохирургични /сърдечни и съдови/ операции, неврохирургични операции и операции с много голям обем и сложност;

**16.4.** Диагностика и лечение на стерилитет;

**16.5.** Всички видове медицински изследвания, дейности и методи прилагани при асистирана репродукция;

**16.6.** Лечение на сексуална дисфункция;

**16.7.** Профилактика, диагностика и лечение на СПИН и болести предавани по полов път;

**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 пост-травматичен стрес, вследствие на злополука, когато представлява задължително продължение на назначено лечение;

**16.9.** Програми и лечение за наднормено тегло, обстипация, митюнопушене, косопад, смяна на пола, нощна апнея, лечение на следните дерматологични заболявания – гъбички на ноктите (онихомикоза), витилиго, себорея, външни кожни образувания – липоми и други мастни образувания, отстраняване на невуси, акне и лечение на менопауза. Лечение на нервни разстройства, анорексия, булимия;

**16.10.** Акупунктура, ирисдиагностика, хомеопатични прегледи, лечение с нетрадиционни методи и средства, в това число и хомеопатия, както и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от общо-практикуващ лекар или лекар-специалист, или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения;

**16.11.** Балнеолечение, рехабилитация, мануална терапия и масажи, спа – процедури. Застрахователят покрива разходите за балнеолечение и рехабилитация в резултат на заболяване или травматична увреда, които са предшествани от болничен престой и представляват задължително продължение на стационарно лечение и са негов етап;

**16.12.** Всички хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус, които Застрахованият е имал преди или при сключване на застрахователния договор, освен ако Застрахователят не ги е приел изрично при сключване на договора;

**16.13.** Химиотерапия и лъчетерапия;

**16.14.** Извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинската помощ на психиатрично болни;

**16.15.** Извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинската помощ на онкологично болни;

**16.16.** Хемодиализа, хемотрансфузия, трансплантация на органи и тъкани, лечение на туберкулоза, епилепсия, остеопороза, мигрена, множествена склероза и хронична болка;

**16.17.** Не се заплащат и възстановяват суми, поемани от МЗ, НЗОК, Осигурители или други Застрахователи, правителствена/национална,

общинска, обществена или частна здравна програма или работодател, освен ако в договора не е предвидено друго;

**16.18.** Лечение /в т.ч. и медикаменти за лечение/ на алкохолизъм и наркомания, включително травми и наранявания, получени в пияно състояние или в състояние на наркотично въздействие, както и на заболявания, които са възникнали като последица от тях;

**16.19.** Задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;

**16.20.** Дейности, попадащи 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 здравни услуги и свързаните с тях преоперативни изследвания и консултации, както и лечение на възникнали следоперативни усложнения, освен в случаите на злополука, когато са наложителни поради груби увреждания на кожата и подлежащите тъкани;

**16.22.** Прекъсване на бременност по собствено желание и свързаните с това изследвания;

**16.23.** Здравни услуги и лекарствени средства, ползвани без лекарско предписание;

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

**16.25.** Имуностимулатори, имunosупресори, цитостатици, медикаменти за лечение на психични заболявания;

**16.26.** Хранителни добавки, хомеопатични препарати, хондропротектори, фитопрепарати, витамини, минерали, микроелементи, медицинска козметика, санитарни материали, слабители средства, препарати на алтернативната медицина, както и всякакви други медицински продукти, нерегистрирани в Република България по реда на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ);

**16.27.** 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;

**16.28.** Генетични тестове;

**16.29.** 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;

**16.30.** Планирани медицински прегледи и/или медицински операции (за индивидуални, семейни и групови договори, когато са за сметка на Застрахованите лица), чието планиране е осъществено преди сключване на договора за медицинска застраховка;

**16.31.** Консултации, диагностика, лечение или предписани медикаменти от самия Застрахован, негов съпруг/а, родители или деца, ако са медицински лица;

**16.32.** Здравни услуги и стоки, които нямат отношения към заболяването от което Застрахованият е лекуван;

**16.33.** 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;

**16.34.** Лазерна корекция на зрението;

**16.35.** Лекарствени средства, предписани от лекар по гентална медицина, освен в случаите, когато в пакет „Дентална помощ“ е договорено медикаментозно лечение;

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

**16.37.** Здравни услуги и/или стоки, ползвани от Застрахованото лице преди влизане в сила на договора за медицинска застраховка;

**16.38.** Настаняване на застраховани лица в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на застрахователното покритие по договора.

**16.39.** Административни такси, заплащани от застрахованите лица;

**16.40.** Вторична профилактика /здравни услуги и/или стоки, ползвани без наличие на конкретни симптоми на заболяване/;

**16.41.** Всякакви пътни разходи, освен тези за специализиран медицински транспорт в рамките на покритието и лимита по договора;

**16.42.** 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 ги е приел изрично при сключване на договора;

**16.43.** Освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго, Застрахователят не се ангажира с обезпечаване на следните административни разходи:

**16.43.1.** потребителски такси, заплащани по реда на чл.37 от Закона за здравето осигуряване;

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

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

**16.44.** Всякакви други здравни услуги и/или здравни стоки, които 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.

**16.45.** Не подлежат на финансово обезпечение следните дентални услуги и свързаните с тях здравни стоки:

**16.45.1.** ортопедия /зъбопротезиране/, включващо: подготовка за зъбопротезиране, изработване на корона (протези, мостове) и поставянето им.

**16.45.2.** щифтово и безщифтово израждане на зъби;

**16.45.3.** реплантанти и имплантанти;

**16.45.4.** ортодонтична услуга;

**16.45.5.** избяване на зъби;

**16.45.6.** Всякакви други дентални услуги и/или свързаните с тях здравни стоки, които не са изрично описани в съдържанието на здравните пакети, покрити по договора за медицинска застраховка или извън допълнително покритите по договора за медицинска застраховка, анексите и приложенията към него.

#### **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, стойността 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 избора от Застрахователя застрахователен 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 избраното покритие, може да бъде договорено самоучастие на Застрахования.

#### **V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ**

**21.** Застрахователна премия е плащането, което Застрахования дължи на Застрахователя.

**22.** Застрахователната премия се определя на база тарифа на 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.** с годишни вноски в началото на всеки застрахователен период от една година, ако застраховката е сключена за повече от една година или

**24.3.** 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 шванадесет.

**25.** Застрахователният договор не може да влезе 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 и падежите на всяка разсрочена вноска по нея се посочват в договора за медицинска застраховка. Застрахователната премия се заплаща в брой или по банков път.

**27.** При неплащане на поредната застрахователна вноска в уговорения в застрахователния договор срок, Застрахователят може едностранно да измени договора или да го прекрати.

**28.** При неплащане на която и да е годишна застрахователна премия или разсрочена вноска от годишната застрахователна премия, 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 Застрахования е получил писменото предупреждение на Застрахователя за плащане на дължимата застрахователна премия/вноска и премията/ вноската не е платена.

**30.** Писменото предупреждение ще се смята за връчено и когато в застрахователната полица 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 не дължи връщане на получената до момента на прекратяването застрахователна премия, но дължи плащане на разходите за ползвани и/или закупени здравни услуги и/или стоки от Застрахования, които разходи са извършени до датата на прекратяване на договора.

#### **VI. СКЛЮЧВАНЕ И ФОРМА НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА. ВЛИЗАНЕ В СИЛА, СРОК 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 посочва застрахователното покритие, представляващ комплекс от избраните застрахователни рискове /обезпечените здравни услуги и стоки/, техните лимити, самоучастия, отлагателни периоди, както и срока 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 момента здравни услуги и стоки. При прехвърляне от по-висок към по-нисък лимит, застрахованото лице, не дължи стойността на разходите за ползвани до момента 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.** Членове на семейства на застраховани, се присъединяват към договора за здравна застраховка, не по късно от един месец от сключването му, посредством анекс или нова застрахователна полица, с приложен Списък на застрахованите лица;

**34.2.** Членове на семейства на застраховани, 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.** Договорите биват:

**35.1.** индивидуални застрахователни договори – застраховат се лица на възраст от 0 до 65 години;

**35.2.** семейни застрахователни договори – застраховат се съпрузи или лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство /в едно домакинство и на съпругески начала/ на възраст от 16 до 65 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 до 18 години. Пълнолетни деца се застраховат само, ако не са женени/ омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си;

**35.3.** групови застрахователни договори – застраховат се лица на възраст от 0 до 65 години. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 5 /пет/ и повече лица. При групови договори - за лица на възраст от 65 до 70 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 кандинатите 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 покритие 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 действие 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 за сметка на лицата и групови за сметка на работодателя:

**37.1.1.** Предложение-въпросник;

**37.1.2.** Лична здравна декларация;

**37.1.3.** Списък на застрахованите лица;

**37.2.** С подписа си върху договора Застрахованият 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, Застрахованият, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер, е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за оценяване на застрахователния риск. 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 Застрахованият 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 узнаването 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 сума, при 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 Застрахованият/Застрахованият е длъжен, незабавно след узнаването им, да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора писмено е поставен въпрос. При неизпълнение на това задължение, се прилагат последиците по т.38.

**41.** Срокът на договора за медицинска застраховка е дванадесет месеца, освен ако в него не е уговорено друго.

**42.** Договорът 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 в 24:00 часа в 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. Валидността на покритието е от 00:00 часа на деня на присъединяването до крайния срок на договора.

**45.** Застрахователят не покрива разходите за здравни услуги и/или стоки, назначени/предписани и/или закупени преди влизането на застрахователното покритие в сила, дори претенцията на Застрахования и/или разходните документи за тях да са с дата след влизането на договора в сила.

## VII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ/ЗАСТРАХОВАЩИЯ. ПОСЛЕДИЦИ 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 изпълнител и/или доставчици, с които Застрахователят има сключен договор. Крайният срок на валидност на здравната карта е крайният срок на договора за медицинска застраховка.

**50.** Застрахованият има право, при ползване на здравни услуги и/или закупуване на здравни стоки, по реда на т.12.2. да избере изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки само от актуалния списък с изпълнители, приложен към договора. Застрахованият няма право да избира изпълнители и/или доставчици, които не са в списъка, към момента на ползване/закупуване на здравните стоки и/или услуги.

**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 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.

**50.4.** Застрахованият е длъжен да не създава условия за неправомечно 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. Застрахователя издава нова здравната карта /дубликат/;

**51.** Застрахованият има право, по условията на т.12.1, 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 изпълнителите 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, предоставяни от изпълнител на медицинска помощ, с който

Застрахователя 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.

**53.** В случаите по т.51. Застрахователят отправя претенция към Застрахователя за възстановяване на разходите за ползвани здравни услуги и/или стоки най-късно в срок до 30 дни, считано от датата на ползване на здравните услуги и/или закупуване на здравните стоки.

**54.** Застрахователят 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 /а в случаите на семейни и групови договори - чрез Застрахователя/ писмена информация, под формата на указания, 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 гържан в отговорност, в случай, че е предоставил тази информация на Застрахователя, но поради каквато и да било причина, тя не е достигнала до Застрахователя /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. Застрахователят по семейен или групов договор няма право на обобщена статистическа информация по изпълнението на договора или на информация по конкретни казуси на други Застрахователи и дори да поиска такава информация, Застрахователят е длъжен да откаже нейното предоставяне.

**54.4.** да изисква от Застрахователя /в случай, че са различни лица/ и Застрахователя да съхраняват и обработват неговите лични данни при пълно спазване на изискванията на законодателството и да не ги ползват или разкриват пред трети лица, освен единствено и във връзка с изпълнението на застрахователния договор. Застрахователят има право писмено да откаже Застрахователя да съхранява и 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 15 - дневен срок. В случай, че е необходимо Застрахователят от своя страна да отправи запитване към трето лице или по случая следва да се произнесе държавен орган, той отговаря в 15 - дневен срок, от 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.

## **Б) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ.**

**57.** По време на действие на договора за медицинска застраховка Застрахователят 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;

**57.3.** да изисква от Застрахователя да пази личната/търговската му тайна и да не прави достояние пред трети лица под каквато и да била форма, всякаква информация, свързана със сключването, съдържащието 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.** Застрахователят получава информацията по т.57.1 в зависимост от посоченият в договора начин за комуникация: по поща, куриер, факс или електронна поща. Застрахователят предоставя текуща информация на Застрахователя, чрез посочените в договора лица и координати за контакт. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението да информира Застрахователя за списъка с изпълнителите, с които има сключен договор, като поддържа актуален списък на своя сайт в ИНТЕРНЕТ [www.generalibg.com](http://www.generalibg.com), откъдето Застрахователят и всяко застраховано лице могат да получат необходимата информация за изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки.

**59.** По групови договори, Застрахователят е длъжен да предостави на Застрахованите лица здравната карта, списък на изпълнителите и доставчиците, с които Застрахователят има сключен договор, както и информацията по т.54.2. Застрахователят е длъжен да издаде и предаде

на Застрахователят персонални здравни карти за всички застраховани лица в срок до 10 дни от влизането в сила на договора, а за присъединените към него членове на семействата на застрахованите лица - в срок до 10 дни от датата на влизане в сила на анекса за присъединяването им. След изтичане на срока на договора всяко застраховано лице е длъжно, в срок от една седмица да върне на Застрахователя своята персонална здравна карта, който от своя страна да я предаде на Застрахователя в срок от 15 дни, след прекратяване на застрахователното покритие.

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

**60.1.** В случай че в договора е уговорено всяка кореспонденция между Застрахователя и Застрахованите да се осъществява чрез Застрахователя и съответната кореспонденция съдържа данни за здравния статус на застрахованите лица, Застрахователят я изпраща в запечатан плик по поща или куриер до посоченото от Застрахователя лице или структурно звено за контакт, като върху плика изрично е посочено, че информацията, която съдържа е конфиденциална.

**60.2.** Кореспонденция, съдържаща данни за здравния статус на застрахованите лица, не може да бъде изпращана по факс, електронна поща или по друг начин, който не гарантира опазването на личните данни, които съдържа. Застрахователят няма никакво право да я отваря, или под каквато и да било форма да се запознава със съдържанието ѝ. Той следва да предаде кореспонденцията на Застрахования или на съответния член на неговото семейство ,в състоянието, в което я е получил.

**60.3.** Единствено и само застрахованото лице има право да направи достояние информацията за собствен си здравен статус или кореспонденцията, съдържаща такава информация.

**61.** В случай, че не спазва задълженията си по т.60, Застрахователят носи отговорност пред Застрахования и Застрахователя за всички имуществени или немуществени, преки или косвени вреди, които са претърпели. Застрахователят не може да бъде гържан под отговорност за тези вреди, в случай, че е спазил задълженията си за предаване на информация за здравния статус на застрахованото лице.

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

**62.1.** да заплати изцяло уговорената застрахователна премия или да заплаща 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 сайта 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 срещу подпис на Застрахованите лица, предназначенията за всеки от тях персонална здравна карта, издадена от Застрахователя, в срок до 14 дни от получаването им от Застрахователя;

**62.6.** да предаде обратно на Застрахователя писмените документи, удостоверяващи получаването на здравните карти от застрахованите лица, не по-късно от един месец от предаването им от Застрахователя, в който срок, да върне всяка непредадена здравна карта, независимо от причината за това;

**62.7.** 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. Застрахователят е длъжен да събере обратно от всички Застраховани издадените им персоналните здравни карти и да ги върне на Застрахователя не по-късно от 15 дни от датата на прекратяването. Същото задължение Застрахователят 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;

**62.8.** 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, съдържащието и/или изпълнението на договора или всяка информация за Застрахователя, за неговите тарифи и ценови условия, Общи условия, здравни пакети, опции и съдържащи 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.** Застрахователят няма право да изисква от Застрахователя информация за здравния статус на застрахованите от него лица и е длъжен да осигури опазването на тайната на тази информация, когато се явява посредник по нейното предаване от Застрахователя към Застрахования, съгласно изискванията на т.60.

**64.** При неизпълнение на задълженията на Застрахователя по т.62.1 от тези Общи условия се прилагат последиците по точки 27, 28 и 31 от тях. При неизпълнение под каквато и да било форма на задължението на Застрахователя по т.63 се прилагат последиците по т.61 от настоящите Общи условия. В случай че Застрахователят не изпълни задължението си по т.62.8 от тези Общи условия, той носи отговорност пред Застрахователя за причинените му от неизпълнението вреди и следва да ги обезщетява.

**65.** В случай, че задълженията по т.62.6 и т.62.7 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, Застрахователят 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 застрахователното обезщетение или сума, Застрахователят има право да не върне платената еднократно застрахователна премия, а в случай на договорено разсрочено плащане има право да иска и да получи от Застрахователя пълният размер на застрахователната премия дължима за освободеното лице;

**67.** В случай, че е извършено плащане на застрахователното обезщетение или сума в полза на застраховано лице, за събитие, настъпило след прекратяване на трудовото му правоотношение, но преди уведомяване на Застрахователя за това, Застрахователят 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.

**69.** Застрахователят не може да бъде вържан отговорен и към него не могат да се отправят претенции, в случай че Застрахователят 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 поради 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 Застрахователя;

**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 Застрахователя 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 Застрахователя/Застрахования да pazi 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 Застрахователя 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 и/или опция, 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 /независимо, че тя не е върната на Застрахователя/ или то се е легитимирало 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 предоставяния му от Застрахователя срок по т.79.4;

**70.9.6.** Застрахователят 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 последиците по точки 27, 28 и 31 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 Застрахователя;

**71.3.** да предоставя на Застрахования 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 Застрахователя, в зависимост от посочените в договора начин за комуникация, информация за всяка промяна в първоначално приложения 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 и тези Общи условия, да отговаря на запитвания, молби, жалби и/или възражения отправени от Застрахователя/Застрахования;

**71.6.** да pazi личната/търговската тайна на Застрахователя 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 Застрахователя или за Застрахования, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора;

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

**71.8.** да съхранява и обработва данните и информацията, представляващи лични данни на застрахованите лица при спазване изискванията на Закона за защита на личните данни.



## 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 генонощен асистанс център, който при необходимост насочва 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.** Начина на предоставяне, отчитане и плащане 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 здравните услуги и стоки се предоставят от изпълнители на медицинска помощ, с които Застрахователят няма сключен договор, същите се заплащат от Застрахования, който предявява своята претенция по реда на т.53.

**75.1.** Претенцията се предявява в писмена форма, чрез формуляр, по образец на Застрахователя, в неговите офиси в цялата страна; изпратена по поща или куриер на адреса на Централното управление на дружеството или онлайн, в случай, че това е предвидено в договора.

**75.2.** При предявяване на претенцията, Застрахованият получава входящ номер, по който има право да прави справки и запитвания относно движението и разглеждането на неговата претенция.

**76.** С цел обосноваване на претенцията си по основание и размер, Застрахованият представя набор от документи, съгласно Приложение №1 към ОУ.

**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 в оригинал и отговарят на изискванията на българското законодателство;

**77.2.** медицинските документи да са в оригинал и съдържат подпис и печат на лекуващия лекар или лечебното заведение. В случаите, когато същите не могат да бъдат представени в оригинал, по обективни причини, документите се представят в копие, заверено с подпис и мокър печат на съответния лекуващ лекар или лечебно заведение;

**77.3.** рецептата трябва да бъде издадена на датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил;

**77.4.** датата на фактурата и 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, в срок от 15 дни от получаването на претенцията, писмено известява Застрахования и го кани да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените такива, за което му предоставя допълнителен 15-дневен срок. Срокът започва да тече, считано от датата на получаване на писменото известие.

**79.1.** В срок от 15 дни след постъпване на всички необходими документи или след отстраняване на непълнотите и неточностите във вече

представените такива, Застрахователят определя и изплаща размера на застрахователната сума, или мотивирано отказва плащането.

**79.2.** В случай на частично плащане, Застрахованият може да се уведоми за мотивите на Застрахователя за това чрез Интернет портала за обслужване на клиенти на Компанията – <https://klienti.general.bg>, където е налична информацията за всяка незова претенция: номер и дата на входиране, състояние към съответната дата, обща стойност на претенцията, одобрена сума, непризната сума, основание за отказ.

**80.** Претенцията за възстановяване на разходи и приложените към нея документи /независимо от техния вид - медицински или финансови/ не се връщат на Застрахования, дори плащането по претенцията да е изцяло или частично отказано. Връщане на документи е възможно, но само въз основа на изрично писмено искане от Застрахования, отправено до Застрахователя, като в този случай оригиналните документи не препадат на Застрахования с приемо – предавателен протокол, а към преписката по молбата се прилагат заверени копия на върнатите документи.

**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 клиничко-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 онази част от разходите, съответстваща на количеството медикаменти, необходимо за лечение към момента на предявяване.

**83.** Плащането на застрахователната сума се извършва по посочената от Застрахования банкова сметка. В случай че плащането се извършва по сметка на пълномощник, същият следва да представи изрично пълномощно от Застрахования, носещо нотариална заверка на подписа.

**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 платената сума, ведно със законната лихва, от датата на плащането.

**85.** Конкретните процедури за вземане на решение за изплащане на 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 сайта 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.

## Х. ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

**87.** Всякакви изменения в договора за медицинска застраховка се извършват с нарочен анекс към него, подписан от Застрахователя и Застрахователя. Присъединяването 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 съгласия, в писмен вид под формата на анекс, сключен между;

**88.3.1.** При индивидуални застрахователни договори - между Застрахования и Застрахователя;

**88.3.2.** При семейни и групови застрахователни договори - Застрахователя и Застрахователя

**88.4.** С едномесечно писмено предизвестие отправено от:

**88.4.1.** При индивидуални застрахователни договори - от Застрахования или Застрахователя;

**88.4.2.** При семейни или групови застрахователни договори - от Застрахователя или Застрахователя;

**88.5.** Едностранно от страна на Застрахователя, без дължимо предизвестие:

**88.5.1.** в хипотезите и с последиците на т.27, т.31, 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 здравноосигурителен пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“ по отношение на повече от 60% от застрахованите лица;

**89.2.** До края на срока на договора за медицинска застраховка остават по-малко от четири месеца;

**89.3.** Ако общият размер на предявените претенции надвишава 60% от внесената застрахователна премия.

**90.** Когато договорът се прекратява при хипотезите на т.88.3. и т.88.4. се прилага една от следните опции:

**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, намалена с направените административни и аквизиционни разходи за изтеклата част от договора;

**90.2.** Ако преди прекратяване на договора са ползвани здравни услуги и стоки по договора, платената застрахователна премия не се връща, а в случаите на разсрочено плащане Застрахователят има право да иска и плащането на пълния размер на договорената застрахователна премия.

## ХІ. СУБРОГАЦИЯ И ДАВНОСТ

**91.** С плащането от страна на Застрахователя по договора за медицинска 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.** Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последния да упражни правата си.

**93.** Правата по договора за медицинска застраховка се погасяват с изтичането на давностните срокове, предвидени в Кодекса за застраховането.

## ХІІ. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**94.** Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни. Събирането, обработката и съхранението на личните данни се извършва от съответните служители на Застрахователя, при спазване изискванията на ЗЗЛД.

**94.1.** Предоставената информация от застрахованите лица е поверителна и попада под защитата на ЗЗЛД и ще бъде използвана единствено за целите на здравното застраховане - оценката на риска, сключването, поддържането на застрахователния договор и обработката на плащанията по него;

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

**94.3.** Предоставянето на лични данни от Застрахования/Застрахования има доброволен характер, но отказът за предоставянето им е основание Застрахователят да откаже сключването на договор или да прекрати вече сключен 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;

**94.4.** Всяко лице, предоставило личните си данни има право на достъп до тях, както и право да иска коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД;

**94.5.** С подписването на застрахователния договор и декларирането за получаване и запознаване с Общите условия на здравната застраховка, се счита, че Застрахованият е декларира съгласието си да предостави доброволно необходимите лични данни, както и че е получил информацията по чл.19, ал.1 от ЗЗЛД.

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

**96.** Застрахователят може да изменя настоящите Общи условия, да приема специални условия към тях и да променя Тарифата с решение на Управителния съвет, при спазване изискванията на Кодекса за застраховането и приложимото национално законодателство.

**97.** Изменението или замяната на Общите условия и/или тарифи 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;

**98.** За броенето 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.

**99.** Всички съобщения и уведомления до Застрахователя, съгласно изискванията на настоящите Общи условия, трябва да бъдат в писмена форма и изпратени на адреса за кореспонденция, посочен в застрахователния договор.

**100.** 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 /наименованието/ и, седалището и адреса на управление и адреса за кореспонденция /ако е различен от адреса на управление/, структурното звено, служителя или адреса, електронния адрес или номера на факса за контакт. В случай, че това задължение не е изпълнено, 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.

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

**101.1.** Застрахователят не може да бъде сържан в отговорност в случаите, в които кореспонденцията не е предадена от застрахователния посредник на Застрахования, вследствие на което за последния са настъпили вреди и/или неблагоприятни последици.

**102.** 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.

**103.** Договорът за медицинска застраховка, тези Общи условия, всички приложения към договора за медицинска застраховка, анекси към него и приложенията към анексите, в своята цялост, съдържат условията на договора за медицинска застраховка и са неразделни една от друга негови части.

**104.** Всички въпроси и спорове, породени от действието или тълкуването на договора за медицинска застраховка и/или тези Общи условия и/или приложенията и анексите към договора за медицинска застраховка, се разрешават чрез преговори между страните, а при невъзможност за постигане на съгласие - от компетентния български съд.

**105.** За всички въпроси, неуредени в договора за медицинска застраховка, тези Общи условия, всички приложения към договора за медицинска застраховка, анексите към него и приложенията към анексите, се прилагат

Кодекса за застраховането, Закона за здравното осигуряване, Търговския закон и другите приложими норми на българското законодателство.

### XIII. ДЕФИНИЦИИ

**106.** По смисъла на тези Общи условия:

**106.1.** „договор за медицинска застраховка“, наричан за краткост „договора“ е договор за здравно (медицинско) застраховане, сключен съгласно настоящите Общи условия и Кодекса за застраховането;

**106.2.** „застрахователен период“ е периодът, за който се определя застрахователна премия, която период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок. В срока на застрахователния договор може да се включва повече от един застрахователен период;

**106.3.** „отлагателен период“ е периодът, след датата на сключване на договора, през който Застрахования не може да ползва здравни услуги и стоки;

**106.4.** „падеж“ е датата за плащане на застрахователната премия или на разсрочена вносна от нея;

**106.5.** „здравен пакет“ е група от регламентиран 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;

**106.6.** „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;

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

**106.8.** „медицинска помощ“ представлява система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и/или профилактични услуги, осигурявани от медицински специалисти или изпълнители на медицинска помощ;

**106.9.** „дентална помощ“ е система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, осигурявани от лекари по дентална медицина или изпълнители на дентална помощ;

**106.10.** „обем на медицинските услуги и стоки“ е количеството здравни услуги и стоки, до които застрахованите лица имат достъп при определени условия, регламентиран в настоящите Общи условия и в договора;

**106.11.** „обхват на здравните услуги и стоки“ е видовете разнообразие на предоставяни здравни услуги и стоки, които се покриват напълно или частично от Застрахователя;

**106.12.** „лични данни“ са данните и информацията за лицата, които съставляват лични данни, съгласно Закона за защита на личните данни;

**106.13.** „член на семейство на Застрахован“ е физическо лице – съпруг, съпруга, включително лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство /в едно домакинство и на съпругески 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 до 18 години. Пълнолетни деца се застраховат само, ако не са женени/ омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си;

**106.14.** „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;

**106.15.** „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;

**106.16.** „акутно заболяване“ е остро, често внезапно настъпило нарушение на основните жизнено 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;

**106.17.** „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;

**106.18.** За злополука се признават и случаите на:

**106.18.1.** изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно налягане на собствени сили;

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

**106.18.3.** заболявания, които са пряко следствие от настъпила злополука;

**106.18.4.** инфекции, при които заразната материя е проникнала при злополука в организма на пострадалото лице.

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

**106.19.1.** професионални заболявания;

**106.19.2.** заболявания от общ характер;

**106.19.3.** 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;

**106.19.4.** остри стомашно-чревни инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза, инвазиалните и коремни хернии, дисковите хернии, радикулити, отлепване на ретината и други;

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

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

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

**106.19.8.** алкохолно въздействие, довело до смърт или травматични увреждания;

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

**106.20.** „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.

**106.21.** „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 потвърсена лекарска помощ и дали е или не е поставена диагноза;

**106.22.** „преходни 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;

**106.23.** „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 съобразно здравословното състояние на застрахованото лице;

**106.24.** „болнична медицинска помощ“ е стационарния престой и/или целият е 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;

**106.25.** „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 взаимосвързани – в точно определено време, отразено в оперативния журнал на амбулаторните или болнични звена, включващи операционна дейност в лечението;

**106.26.** „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 неправоспособни медицински /физически и юридически/ лица. Медицинският преглед може да е извършен и в дома на пациента при неотложни показания;

**106.27.** „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;

**106.28.** „наблюдение на бременност“ включва предварително определени прегледи и изследвания, извършени цел проследяване състоянието на бременната, плода и развитието на бременността;

**106.29.** „раждане“ включва медицинска помощ, здравни грижи и битови условия, предоставяни на застрахованите лица в болнични условия по повод раждане;

**106.30.** „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;

**106.31.** „палиативни грижи“ представляват грижи за облекчаване състоянието на неизлечимо болни и които не са предназначени или не могат да доведат до оздравяването им;

**106.32.** „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 ИАА по Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица;

**106.32.1.** Приемат се за лекарствени продукти витамини и противозачатъчни средства, когато са основен метод на избор за лечение на съответното заболяване;

**106.32.2.** 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;

**106.33.** „импланти“ са медицински изделия, които се имплантират чрез хирургическа или друга медицинска интервенция в човешкото тяло и остават в него за период по-дълъг от 30 дни (съгласно Закона за медицинските изделия);

**106.34.** „медицински консумативи и превързочни материали“ са медицински изделия, необходими в медицинската практика при извършване на диагностични и терапевтични дейности (съгласно Закона за медицинските изделия), 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, абокати, инжекционни спринцовки, игли, катетри и други консумативи, свързани с диагностиката и лечението на застрахованото лице. Не са консумативи изкуствени лещи, стентове, пейсмейкъри, ангиографски катетри изкуствени стави, импланти и други остеоинтеграционни средства;

**106.35.** „помощни средства“ са използваните средства за подпомагане и корекция на жизненни функции, предписани от лекар и закупени по време на действие на договора;

**106.35.1.** Помощни средства са: протези, патерици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки и уринатори;

**106.35.2.** Корекционни средства са: контактни лещи, стъкла за очила и слухови апарати;

**106.36.** „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;

**106.37.** „спешна медицинска помощ“ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма;

**106.37.1.** „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 състояния 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;

**106.38.** „неотложна медицинска помощ“ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чиито 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;

**106.38.1.** „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, гагене, повръщане и други) и последващо предприемане на лечебни мероприятия;

**106.39.** „самоучастие“ е тази част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие, която Застрахования 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:

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

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

**106.42.** „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 безсимптомен период или ранен клиничен стадий;

**106.43.** „необходимо медицинско лечение“ са онези здравни услуги и стоки, които са:

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

**106.43.2.** съобразени със симптомите на пациента, болестта или травмата;

**106.43.3.** съответстващи на общоприетата медицинска практика и професионални стандарти;

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

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

**106.43.6.** осигурявани само за подходящото времетраене на лечението.

**106.44.** „преднамерено излагане на опасност /преднамерено действие/“ означава умислен, 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;

**106.45.** „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. Например моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене, спелеология, рафтинг и др.

#### XIV. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**107.** Настоящите Общи условия са установени на основание чл. 186 от Кодекса за застраховането.

**108.** Настоящите Общи условия са приети на основание лицензите на „Дженерали Застраховане“ АД по точки 1 и 2 от Раздел II, буква А на Приложение 1 към Кодекса за застраховането – застраховки „Злополука“ и „Заболяване“.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на „Дженерали Застраховане“ АД с Протокол № 50 от 30.11.2015г. и влизат в сила от 01.12.2015 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 Молба за възстановяване на разходи СПОРЕД ПОКРИТИЕТО НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР с всички посочени реквизити, придружена от посочените необходими документи, съобразно вида на направения разход, както следва:

### ПАКЕТ „ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ“

#### **При прегледи и манипулации в амбулаторни условия при възникнал здравен проблем:**

- 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 заверено четливо копие**;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

#### **При клиничко-лабораторни изследвания и образна диагностика:**

- 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 заверено четливо копие**;
- Резултати от проведените назначени изследвания, ако са били назначени такива – **оригинал**;
- Разчитане на резултат от образна диагностика – рентгеново изследване, ЯМР, КТ, ако е било назначено такова;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

#### **При физиотерапия и рехабилитация:**

- 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 заверено четливо копие**;
- Амбулаторен лист, издаден от лекар - специалист „Физиотерапия и рехабилитация“ с отразен преглед и назначен комплекс от процедури – **оригинал/при невъзможност заверено четливо копие**;
- Карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури (копие, заверено от лечебното заведение);
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити с описани отделно всички процедури – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

#### **При наблюдение на бременност:**

- 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**;

- Резултат/интерпретация от назначени и проведени изследвания;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

#### **При договорена пакетна услуга “Наблюдение на бременност”:**

- При 100% авансово заплащане на пакета Застрахованият получава фактура и фискален бон при регистрацията, събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението прилага всички документи /медицински и финансови/ към молбата за възстановяване на разходи.
  - При заплащане на пакета на вноски, Застрахованият получава фактури и фискални бонове за всяка заплатена вноска, събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението, заплатено със съответната вноска, прилага всички документи /медицински и финансови/ към молбата за възстановяване на разходи.
  - Амбулаторен лист за установяване на бременността – **оригинал**;
  - Документ от лечебното заведение със списък на медицинските услуги – по вид и брой, включени в пакета;
  - Медицинския картон за наблюдение на бременност – **копие**;
  - Резултатите от назначените и извършени изследвания – **копие**;
  - Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
  - Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.
- \*Срокът за предявяване на претенция започва да тече от датата на прекратяване на наблюдението на бременността или от датата на последната извършена услуга.

#### **При подготовка за планова хоспитализация:**

- 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**;
- Резултати - заключения от назначените консултации и извършени изследвания – **оригинал/копие**;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

### ПАКЕТ „БОЛНИЧНА ПОМОЩ“

#### **При болнично лечение:**

- Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – **оригинал**;
- При избор на лекар/екип – Заявление за избор на лекар/екип – **копие**;
- Резултати от проведени изследвания, извън обхвата на клиничната пътека (в случай че са назначени) – **оригинал**;
- Разчитания от образна диагностика, извън обхвата на клиничната пътека (в случай че е назначена) – **оригинал**;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

#### **При санаториално лечение и рехабилитация в специализирани лечебни заведения:**

- Епикриза с подпис на лекуващия лекар, с препоръка за последващо рехабилитационно лечение – **оригинал**;
- Епикриза от Специализирана болница за рехабилитация – **оригинал**;

- Карта с назначени и проведени физиотерапевтични/рехабилитационни процедури – **копие, заверено от лечебното заведение**;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

#### **При Раждане:**

- Епикриза на родилката с подпис на лекуващия лекар и печат – **оригинал** или заверено ксерокопие с подпис, трите имена на заверяващото лице, дата и печат на лечебното заведение;
- При избор на лекар/екип – Заявление за избор на лекар/екип – **копие, заверено от лечебното заведение с подпис и печат**;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – **оригинал**;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – **оригинал**.

<b>ПАКЕТ „КОМФОРТ“</b>	<p><b>Настояване и грижи при хоспитализация:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Медицинска обосновка за необходимостта от сестринско наблюдение и придружител – оригинал;</li> <li>• Фактура, издадена на името на застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал</li> </ul>	<p><b>При избор на лекар/екип за болнично лечение:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Заявление за избор на лекар/екип от медицински специалисти - копие, заверено от лечебното заведение с подпис и печат.</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити и описание на ползваните медицински услуги – оригинал</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал</li> </ul>
<b>ПАКЕТ „ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ“</b>	<p><b>За лекарствени средства:</b> <b>Лекарствени продукти за лечение, предписани на бяла рецептурна бланка – образец МЗ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист/епикриза – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, Вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал.</li> <li>• Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ - с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис на лекуващия лекар, печат на лечебното заведение и дата на издаване – оригинал.</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити и описание на ползваните медицински услуги – оригинал</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал</li> </ul> <p><b>Лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 за едномесечна терапия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, Вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал;</li> <li>• Рецепта - рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК №5 – копие;</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити и описание на закупените лекарствени продукти – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>Лекарствени продукти предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А с три отрязъка – А, В и С:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист – оригинал, с отразени диагноза, обективно състояние, Вкл. предписаните лекарствени продукти за тримесечна терапия. Прилага се към отрязък А, и същия амбулаторен лист в копие се прилага към отрязък В и С;</li> <li>• Рецепта – рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК №5А – копие на отрязък А, В и С;</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити и описание на закупените лекарствени продукти – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>За контрастно вещество при образни изследвания:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ №119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и подпис и печат на лекарят или на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Разчитане на резултат от образна диагностика;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги /стока – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>За медицински консумативи, превъзочни материали и помощни средства:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, консуматив, подпис и печат на лекарят или на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Рецепта с отразен медицински консуматив – оригинал, с подпис на лекуващия лекар, печат на лечебното заведение и дата на издаване.</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените лекарствени продукти – оригинал</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>За импланти и скъпоструващи медицински консумативи, незаплагани от НЗОК при оперативни интервенции:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Стикер или друг вид идентификационен код на медицинското изделие – оригинал;</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупеното медицинско изделие – оригинал</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>За диоптрични стъкла за очила или контактни лещи за корекция на зрението:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист – оригинал с подробно и четливо попълнени всички реквизити, Вкл. да е отразена промяната на визуса;</li> <li>• Рецепта от офталмолог – оригинал, на която ясно са изписани параметрите на корекцията на диоптъра. <b>Описание то в рецептата е необходимо да отговаря на отразената корекция на диоптрите в амбулаторния лист от прегледа;</b></li> <li>• <b>Рецептата съдържа следните реквизити: име и подпис на лекаря, печат на лечебното заведение, град и дата на издаване, име на пациента, възраст и адрес;</b></li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените корекционни средства – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издаден от оптиката – оригинал.</li> </ul>
<b>ПАКЕТ „ДЕНТАЛНА ПОМОЩ“</b>	<p><b>При профилактичен преглед и снемане на зъбен статус:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведеня профилактичен преглед, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваната дентална услуга – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на дентална помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>При терапевтична дентална помощ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение – оригинал;</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваната дентална услуга – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на дентална помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>При хирургична дентална помощ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и</li> </ul>	<p>печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение или Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат – оригинал или заверено ксерокопие;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваната дентална услуга – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на дентална помощ – оригинал.</li> </ul> <p><b>При медикаментозно лечение:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, назначена медикаментозна терапия, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение или Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат – оригинал или заверено от ксерокопие;</li> <li>• Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ - с подпис на лекуващия дентален лекар, печат на лечебното заведение и дата на издаване на рецептата при назначено медикаментозно лечение от лекаря по дентална медицина – оригинал;</li> <li>• Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити с описани отделно всички закупени лекарства с единичните им цени и фискален бон – оригинал;</li> <li>• Фискален бон, издадени от изпълнителя на дентална помощ – оригинал.</li> </ul>