

**ОБЩИ УСЛОВИЯ
ПО ЗАСТРАХОВКА „MY EUROINS HEALTH“**
I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ
Предмет на застрахователния договор

Чл.1. (1) „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД, наричано по-нататък „Застраховател“, срещу платена застрахователна премия, в съответствие с тези Общи условия, сключва застраховка „My Euroins Health“ и поема рисковете, свързани с финансово обезпечаване на определени здравни услуги и стоки.

(2) Срещу платена застрахователна премия Застрахователят се задължава при настъпване в периода на застрахователното покритие на покрит по застрахователния договор риск да заплати разходите в съответствие с условията на сключения договор и настоящите Общи условия до размера на договорените общ лимит и подлимити на отговорност за съответните рискове.

(3) Застрахователно покритие и лимитите на отговорност на Застрахователя са посочени в Приложение №2 „Застрахователно покритие“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия.

(4) В случай на застрахователно събитие осигуряването на непосредствена помощ на застрахованото лице се организира, съгласно застрахователния договор, от Колцентъра, който оказва съдействие и предоставя информация за получаване на медицинска или друга помощ.

Застраховани лица

Чл.2. (1) Лицето, договарящо със Застрахователя условията по застрахователния договор и наричано по-нататък „Застраховач“, при условията на застрахователния договор може да бъде и застраховано лице.

(2) По тази застраховка се застраховат лица на възраст както следва:

1. Минималната възраст на основния застрахован при сключване на застраховката е 18 (осемнадесет) години.

2. Минималната възраст на допълнително застраховано лице при сключване на застраховката е 1 (една) година.

3. Максималната възраст на основния застрахован или допълнително застраховано лице при първоначално сключване на застраховката е 65 (шестдесет и пет) години.

(3) Определянето на възрастта на всяко застраховано лице се извършва на база навършени години към датата на сключване на застрахователния договор.

(4) Застраховано лице по настоящите Общи условия:

1. е задължително здравно осигурено с непрекъснати здравноосигурителни права, при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване, освен ако не е уговорено друго;

2. не е поставено под запрещение;

3. е в добро физическо и психическо здраве, без увреждане на здравето;

4. не е с трайно загубена работоспособност или вид и степен на увреждане над 50% (петдесет процента).

4.1. При специални условия се застраховат лица с установена трайно намалена работоспособност (инвалидност) над 50% включително.

(5) Застрахователният договор може да бъде сключен като:

1. индивидуален – за застраховане на едно лице, което е на възраст от 18 до 65 навършени години;

2. семеен - за две и повече лица, членове на едно семейство, всеки от които е на възраст от 1 до 65 навършени години;

3. групов – за застраховане на десет или повече лица на възраст до 65 навършени години, които се намират в едни и същи по вид правоотношения със Застраховачия (трудова, членствена и други) и членове на техните семейства;

(6) Група от две до десет лица може да се застрахова с групова полица, като застрахователната премия се изчислява съгласно тарифите за сключване на индивидуални застрахователни договори.

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Чл.3. По смисъла на тези Общи условия:

1. „Застраховател“ е юридическо лице, което поема риска, съгласно договорените условия на застраховката.

2. „Застраховач“ е физическо или юридическо лице, което е страна по застрахователния договор.

3. „Застрахован (застраховано лице)“ е физическо лице, сключило индивидуален застрахователен договор или включено в списъка на застрахованите лица към семеен или групов застрахователен договор.

4. „Колцентър“ е контактен център на Застрахователя, който оказва съдействие на застрахованите лица 24 часа 7 дни в седмицата при възникнала необходимост от ползване на здравни услуги и стоки (вкл. уточняване естеството на проблема, насочване към доверено лечебно заведение или лекар и записване на час за преглед), съгласно условията на застрахователното покритие по сключен застрахователен договор.

5. „Застрахователен договор“ (застрахователна полица) по смисъла на тези Общи условия е договор за застраховка „My Euroins Health“, чийто предмет е настоящото застрахователно покритие.

6. „Застрахователно събитие“ е настъпването на покрит по застрахователния договор риск в периода на застрахователното покритие.

7. „Застрахователен риск“ е обективно съществуващата вероятност от настъпване на вредносно събитие, възникването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на Застраховачия и застрахованото лице.

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

9. „Период на застрахователното покритие“ е периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката.

10. „Отлагателен период“ представлява определен в настоящите Общи условия или в застрахователния договор период от време, през който Застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо, че застрахователният договор е в сила. Отлагателният период започва от началната дата на застрахователния договор или началната дата на застрахователното покритие за ново застраховано лице, при условие че е била платена първата дължима по договора премия преди тази дата, освен ако не е договорено друго.

11. „Обезщетение“ е сумата, която Застрахователят е длъжен да изплати при настъпване на застрахователно събитие.

12. „Лимит на отговорност“ е договорената и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя при настъпване на застрахователно събитие.

13. „Застрахователна премия“ е сумата, дължима в полза на Застрахователя за покриване на риска.

14. „Падеж“ е датата за плащане на дължимата застрахователна премия/вноска.

15. „Самоучастие“ е частта от разходите, за които застрахованото лице остава отговорно при условията, посочени в застрахователния договор и настоящите Общи условия.

16. „Заболяване“ е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани от изпълнител на медицинска помощ за първи път през периода на застрахователното покритие и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

17. „Минало (предшестващо) заболяване“ е заболяване, диагностицирано преди сключването на застрахователния договор, за което Застрахованият вече е бил лекуван, намирал се е под лекарско наблюдение или е бил изследван.

18. „Хронично заболяване“ е болест или нараняване, което притежава един или повече от следните признаци:

18.1. за него не е известно признато лечение;

18.2. продължава за неопределено време;

18.3. повтаря се или е вероятно да се повтори;

18.4. постоянно е;

18.5. изисква палиативно лечение;

18.6. изисква дългосрочно наблюдение, консултации, прегледи, контролни прегледи или изследвания;

18.7. лицето, което се справя с него, трябва да бъде хабилитирано или специално обучено.

19. „Злополука“ е непредвидено, случайно и внезапно събитие с възникване за Застрахования произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, а не от болест, заболяване или постепено физическо или умствен процес, настъпило през застрахователния период и против неговата воля, което причинява на Застрахования телесно увреждане. Застрахователната защита се разпростира и върху злополуки, причинени от сърдечен инфаркт, и такива, предизвикани от инсулти, с изключение на такива, които се дължат на ефектите на наркотици или алкохол. При никакви обстоятелства, обаче, инфаркт на миокарда и инсулт не може да се считат за последици от злополука.

20. „Увреждане на здравето“ е злополука или заболяване, което налага медицинска помощ за предотвратяване на трайно увреждане на жизнена функция, орган или тъкан.

21. „Застрахователно покритие“ е съвкупност от определени по вид, обхват и обем здравни услуги и стоки, които се покриват изцяло или частично от Застрахователя при условията на сключения застрахователен договор.

22. „Обем на здравните услуги и стоки“ е броят на медицинските услуги и стоки до уговорените лимити на отговорност, до който Застрахованите лица имат право на достъп, съгласно застрахователния договор и настоящите Общи условия.

23. „Обхват на здравните услуги и стоки“ са извършваните от изпълнителите на медицинска помощ конкретни видове профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни дейности и услуги и видовете предоставяни здравни стоки, които се покриват напълно или частично от Застрахователя съобразно сключения застрахователен договор.

24. „Задължително здравно осигурено лице“ е лице, което е задължително осигурено в Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) съгласно Закона за здравното осигуряване.

25. „Симптоми на заболяване“ е влошаване на здравословното състояние, свързано със съвкупност от оплаквания, дължащи се на една и съща причина, наблюдавани се едновременно или последователно и представляващи индикатор за определено заболяване.

26. „Член на семейство“ на Застрахован е физическо лице – съпруг, съпруга, включително лица, живеещи в едно домакинство 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 до 18 години. След навършване на пълнолетие и до навършване на 26 години децата се застраховат само ако не са женени/омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си.

27. „Медицинска помощ“ представлява система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти.

28. „Спешна медицинска помощ“ е медицинска услуга или лечение на всеки пациент, при който е налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, при което, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности, може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизнено важни органи и системи.

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

30. „Изпълнител на медицинска помощ“ е юридическо лице, което е регистрирано по Закона за лечебните заведения и има право да извършва медицинска дейност съгласно българското законодателство. По смисъла на настоящите Общи условия не представляват изпълнители на медицинска помощ лечебните заведения за лечение на психично болни, алкохолно зависими, наркозависими и други видове зависимост към вещества, хосписи, домове за медико-социални грижи и спа хотели.

31. „Доверено медицинско заведение“ е здравно, медицински и диагностично-консултативен център, болница, лаборатория, частна индивидуална или групов медицинска практика, или друг доставчик на здравни услуги и стоки, сключили договор за предоставяне на същите със Застрахователя и в които Застрахованото лице използва услугите, съгласно полицата и по начина, установен от настоящите Общи условия.

32. „Медицински разходи“ са действително извършени разходи за медицинско, фармацевтично, болнично или амбулаторно обслужване на Застрахования, което е необходимо и е част от лечението.

33. „Медицински манипулации“ са процедури, използвани в медицинската практика, които се извършват при диагностициране, лечение и профилактика на заболяванията, като: инжекции (венозни, подкожни, вътрекожни, мускулни); вземане на кръв; венозни вливания чрез системи; скарификационни проби за установяване на алергии; вземането на различни видове секрети (ушен, гърлен, вагинален, цервикален) и проби от телесни течности (ликвор, асцит, плеврални изливи, урина с катетър); вземане на материал за биопсии.

34. „Правоспособен лекар“ е лекар, който има право да упражнява медицинска професия по реда на Закона за здравето.

35. „Лекар специалист“ е правоспособен лекар, който предоставя специализирана медицинска помощ в рамките на притежаваната от него квалификация.

36. „Доверен лекар“ е правоспособен лекар, чиято независима експертиза се използва от Застрахователя с цел установяване на застрахователно събитие.

37. „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 вмешательства, извършвани еднократно или многократно, но взаимосвързани – в точно определено време, отразено в оперативния журнал на амбулаторните или болнични звена, включващи операционна дейност в лечението.

38. „Физикална и рехабилитационна медицина“ е клинична медицинска специалност с преобладаваща терапевтична насоченост, която изучава биологичното въздействие на естествените и преформирани физикални фактори върху човешкия организъм и ги прилага чрез терапия с физикални фактори или чрез медицинска рехабилитация. Дейността се назначава от лекар със специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ и се извършва под неговото ръководство. Разходите за физиотерапия не включват тези за упражнения преди раждането и по време на майчинството, спортни масажи и трудова терапия.

39. „Рехабилитационен център“ е лечебно заведение, регистрирано като такова, съгласно българското законодателство (извън болниците), за лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на удовлетворително телесно и психическо състояние, както и лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение. Съгласно настоящите Общи условия се покриват разходи за рехабилитация и санаториално лечение в специализирани болници за рехабилитация и санаториално лечение по лекарско предписание, като долекуване на Застрахованото лице след оказана болнична медицинска помощ.

40. „Медицински консумативи“ са медицински изделия, които се използват в медицинската практика съобразно дадено за тях лекарско предписание. За медицински консумативи се смятат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, абокати, инжекционни спринцовки, игли, катетри и други подобни. Не се смятат за медицински консумативи изделия като: изкуствени лещи, стентове, пейсмейкъри, ангиографски катетри, изкуствени стави и други импланти и остеоинтетични средства.

41. „Имплант“ е медицинско изделие, което е предназначено да бъде частично или изцяло поставено чрез хирургическа или медицинска интервенция в човешкото тяло и да остане в тялото след интервенцията.

42. „Помощни средства“ са средства за подпомагане и корекция на жизнено функции, предписани от правоспособен лекар в периода на застрахователното покритие. Помощни средства са протези, патерици, бастунци, инвалидни столчета, колички и ортези. По смисъла на настоящите Общи условия не са помощни средства: диоптрични контактни лещи, диоптрични стъкла за очила и слухов апарат

ортопедични стелки, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки и уринатори.

43. „Медицински транспорт, включително и въздушен транспорт“ е транспортиране на болно или пострадало лице от или до лечебно заведение за болнично лечение на територията на Република България, извършено чрез специализирано транспортно средство. Медицинско транспортиране на Застрахования се извършва само ако здравословното му състояние позволява и медицинското заведение, провело лечението, или лекуващият лекар са оторизирани да вземат решение кога и как Застрахованият да бъде транспортиран.

44. „Усложнения във връзка с бременност“ по смисъла на настоящите Общи условия са:

- 44.1. спонтанен аборт, изискващ незабавна хирургическа намеса или смърт на плода, ако той остане с плацентата в матката на майката;
- 44.2. анормален клетъчен растеж в матката (хидатиформена мола);
- 44.3. извънматочна бременност;
- 44.4. слабо залепване на плацентата;
- 44.5. нефропатия;
- 44.6. прееклампсия (състояние с редица симптоми, включително хипертония и задържане на течности);
- 44.7. еклампсия (късна токсикоза, характеризираща се с конвулсивни атаки, последвани от състояние на кома);
- 44.8. гестационен диабет;
- 44.9. терапевтичен аборт;
- 44.10. разкъсване на матката;
- 44.11. емболия с околоплодни води;
- 44.12. усложнения след горепоочените състояния.

45. „Разумни и обичайни разходи“ представляват средната сума, изчислена във връзка с валидни разходи за услуги или лечение, определени въз основа на опита и практиката на Застрахователя, като за начин на изчисление се приема: средната цена на дадена здравна стока или услуга, изчислена като средно аритметично на цената, която „ЗД Евроинс“ АД е заплатило по застрахователни претенции за дванадесет последователни месеца, приключващи с края на месец септември на предходната година, за всички застрахователни претенции за същия вид стока или услуга, по цените на лечебните заведения.

45.1. Съгласно настоящите общи условия, разумните и обичайни разходи за предхоспитализационна консултация и консултация с лекар специалист представляват средната цена за извършен преглед в лечебно заведение, изчислена по горепоочения начин.

45.2. Ежегодно в началото на месец януари на интернет страницата на дружеството се публикуват актуализирани данни за средните цени на най-често използваните здравни услуги и стоки.

46. „Целесъобразност“ е необходимостта, обосноваемостта, обичайността и рутинността на изпълнението на медицински дейности, която включва медицинската и икономическа обосноваемост (по вид, обем и цена) на тяхното предоставяне на Застраховано лице за постигане на конкретна лечебна и/или диагностична цел от гледна точка на добрата медицинска практика. Необходимо условие за „целесъобразността“ е наличието на симптоми на заболяване и/или увреждане на здравето на Застрахованото лице.

47. „Методи и средства за нетрадиционната медицина“ са неконвенционални методи и средства за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, като: акупунктура, акупресура; ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване; нетрадиционни физикални методи; нелекарствени продукти от минерален или органичен произход и други подобни.

48. „Груба небрежност“ е неполагане на дължимата грижа, която би положил и най-небрежният човек при подобни условия.

49. „Епикриза“ е официален медицински документ, който се издава задължително на пациента след проведено стационарно лечение в лицензирано здравно заведение. Съгласно настоящите Общи условия временната/етапната епикриза, не се счита за документ, въз основа на който се установяват основанията и размера на застрахователната претенция.

50. „Национален рамков договор (НРД)“ е Националният рамков договор за медицинските дейности по смисъла на Закона за здравето осигуряване, с който се определят здравно-икономическите, финансовите, медицинските, организационно-управленските, информационните и правно-деонтологичните рамки, в съответствие с които се сключват договорите между НЗОК, съсловните организации и изпълнителите на медицинска помощ.

51. „Профилактичен скрининг“ за лица на 18 (осемнадесет) и повече години е предварително, индивидуално организирани медицински прегледи и изследвания, с цел определяне на здравния статус на Застрахованото лице, представляващ начало на застрахователното покритие при сключване на застрахователни договори, съгласно настоящите Общи условия.

52. „Профилактичен преглед“ е организирана профилактика, включваща медицински прегледи и изследвания, по задание на Застраховация (приложимо за групи над 10 лица).

53. „Второ лекарско мнение“ е преглед или консултация по документи, извършени от лекар специалист или хабилитирано лице в България по повод на вече поставена диагноза.

54. „Онлайн медицинска консултация“ е медико-консултативна дейност за оказване на срочна медицинска помощ от разстояние и/или интерпретация на показатели от извършени медико-диагностични изследвания, проведена от

правоспособен лекар, чрез видео или аудио конферентна връзка с изсъ застраховано лице, с изключение на телефонни разговори.

55. „Координатор“ е служител в доверено медицинско заведение, който съдейства за ползване на здравни услуги и стоки от Застрахования при условията на абонаментно обслужване.

56. „Клиентски портал „My Euroins Health“ е интернет базирана система (платформа), до която имат достъп застрахованите лица по застрахователния договор.

57. „Психологическа помощ“ е компетентна психологическа консултация, назначена от лекуващ лекар, след диагностицирано онкологично заболяване в срока на застраховката.

58. „Усложнения в диагностицирането на критични заболявания“ е част от покритието по риск „Диагностициране на критично заболяване“ и представлява забавяне с повече от два месеца на процеса на поставяне на окончателна диагноза за критично заболяване на застрахованото лице по независещи от него причини, на територията на Р. България. В този случай Застрахователят покрива разходите за ползваните здравни услуги и транспорт в чужбина с цел безспорното установяване на критично заболяване на застрахованото лице, до установения лимит на отговорност по риск „Диагностициране на критично заболяване“.

59. „Критично заболяване“ - заболяване на застраховано лице, симптомите на което се проявяват и диагностицират за първи път през срока на застраховката, с изключение на отлагателния период, а именно: злокачествено новообразувание, хирургичен байпас на коронарната артерия, смяна на сърдечна клапа, невροхирургия, трансплантация на органи или костен мозък (болест на Алцхаймер/Тежка деменция, слепота (загуба на зрение), инфаркт на миокарда (сърдечен удар), хирургия на сърдечната клапа, бъбречна недостатъчност, значителни изгаряния, заболяване на двигателните неврони, множествена склероза, парализа (загуба на способността за използването на крайници), инсулт, хирургия на аортата.

60. „Лекарства/лекарствени средства“ по рецепта са всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора, които са предписани от лекар, намират се в пряка причинно - следствена връзка с поставената диагноза и са регистрирани в Изпълнителна агенция по лекарствата.

60.1. По смисъла на настоящите Общи условия лекарства са и генерични лекарствени продукти, които представляват еквивалент на оригиналната лекарствена форма и съдържат същото активно вещество като него.

61. „Доставчик на здравни стоки“ по смисъла на настоящите Общи условия е юридическо лице, което е оторизирано и има право да извършва дейност по продажба и доставка на здравни стоки, съгласно българското законодателство.

III. ПРЕДМЕТ НА ПОКРИТИЕ

Чл.4. (1) Предмет на покритие по застрахователния договор са разходи за здравни услуги и стоки, произтичащи от заболяване или вследствие злополука на Застрахован, предоставени като част от здравното му обслужване на територията на Република България, както и окончателно диагностициране на критични заболявания в чужбина по риск „Диагностициране на критично заболяване“.

(2) Застрахователят финансово обезпечава предоставянето на здравни услуги от изпълнители на медицинска помощ, с които има сключен договор за уреждане на финансовите отношения по повод застрахователното покритие, или възстановява разходите за ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки.

(3) Здравните услуги и стоки, включени в обхвата на настоящата застраховка, са описани в Приложение №2 „Застрахователно покритие“, неразделна част от настоящите Общи условия.

(4) Основното застрахователно покритие, съгласно ал.3, включва както следва:

1. Онлайн консултация;
2. Извънболнична медицинска помощ;
3. Болнична медицинска помощ;
4. Възстановяване на разходи за здравни стоки;

(5) Допълнително (избираемо) покритие срещу заплащане на допълнителна застрахователна премия:

1. Профилактика – организирани профилактични прегледи за групи над 10 лица по задание на Застрахования.

(6) Начинът, по който може да бъде използвана всяка една от услугите (на абонаментен принцип или чрез възстановяване на разходи), както и обхват на покритието, самоучастие на Застрахования (когато е уговорено такова) и лимити на отговорност на Застрахователя, са описани в Приложение №2 „Застрахователно покритие“.

Чл.5. (1) Застрахователят осигурява покритието по застрахователния договор като комбинация от абонаментно обслужване (АО) за здравни услуги и възстановяване на разходи (ВР) за здравни услуги и стоки:

(2) При предоставяне на застрахователното покритие чрез АО застрахованите лица имат право да ползват предвидените в застрахователния договор здравни услуги, предоставяни от доверено медицинско заведение. Финансовите отношения по повод предоставените здравни услуги се уреждат между Застрахователя и довереното медицинско заведение.

(3) Разходите за здравни услуги, извършвани в болнични условия, се предоставят чрез АО като надграждащи основния пакет на НЗОК. Застрахователната сума не включва стойността на клиничната пътека, покрита от НЗОК, независимо дали

застрахованото лице е било хоспитализирано по клинична пътека. В случай че предоставените здравни услуги не са ползвани по реда, регламентиран от НЗОК, Застрахователят заплаща единствено стойността на избор на екип/лекар, медицински консумативи и престой в стая с подобрени битови условия, до размера на лимита на отговорност.

(4) Освен ако не е договорено друго, при разходи за здравни услуги, извършвани в болнични условия, Застрахователят покрива единствено разходите за процедури, включени в клинична пътека съгласно действащия към този момент НРД. Ако застраховано лице ползва здравни услуги в болнични условия не в качеството на задължително здравно осигурено лице, отговорността на застрахователя за покриване на разходите за тези услуги е до уговорения лимит, но не повече от 20% от стойността на съответната клиничната пътека по НРД.

(5) При предоставяне на застрахователното покритие чрез ВР за здравни услуги и стоки, Застрахователят обезщетява застрахованите лица за извършените от тях разходи за предвидени в застрахователния договор здравни услуги и стоки, предоставени от свободно избрани от тях доставчици на здравни услуги и стоки. Когато е договорен процент самоучастие, той се приспада от всяко подлежащо на изплащане обезщетение, но не повече от обичайно признатите разходи.

(6) Когато покритието се осигурява чрез ВР и застрахованото лице ползва в условията на извънболнична помощ медицинска услуга, за която в действащия НРД е предвидена възможност да бъде оказана и съгласно отделна клинична пътека или амбулаторна клинична процедура, обезщетението не може да надвишава по-малката сума между стойността на действително извършените разходи за ползване на услугата и 20% от стойността на съответната клинична пътека/амбулаторна клинична процедура, определена съгласно действащия към момента на оказване на медицинската услуга НРД.

(7) Разходи за лекарства и медицински консумативи, закупени самостоятелно от застрахованото лице при лечение в извънболнични и болнични условия, се покриват в рамките на лимита на отговорност и по условията, посочени в съответните на ползваната услуга застрахователни/те пакет/и. Застрахователят реимбурсира стойността на лекарствата над покритата стойност от НЗОК. Изключение правят съпоструващи медицински консумативи при болнично (хирургично) лечение, които не се покриват от НЗОК, в случай че изрично е договорено, при условията и до лимита посочени в пакета/тите.

(8) При организирани профилактични прегледи здравните услуги се предоставят еднократно за периода на застрахователното покритие и се организират от Застрахователя в доверено медицинско заведение, с което има сключен договор.

Чл.6. (1) Периодът на застрахователно покритие започва на датата, посочена в застрахователната полица, в случай че е заплатена застрахователната премия или първа вноска от нея.

1. Застрахователят може да поиска, застрахованият да извърши профилактичен скрининг. В случай че не се извърши профилактичен скрининг в посочения срок, покритието по полицата за лицето, което не е извършило скрининга, не се активира и ако е платена застрахователна премия за това лице, тя се възстановява, като се удържат само административни разходи в размер на 5%, но не по-малко от 10 Евро.

(2) Периодът на застрахователното покритие се прекратява, както следва:

1. По отношение на отделно Застраховано лице – от момента на изключване на съответното лице от списъка на Застрахованите лица;
 2. При изчерпването на определен в договора лимит на отговорност – само по отношение на стоките и услугите, за които се отнася съответният лимит;
 3. По отношение на всички Застраховани лица – от момента на прекратяване на застрахователния договор;
 4. При условията на настоящите Общи условия, застрахователния договор или разпоредбите на Кодекса за застраховането (КЗ).
- (3) Ако към момента на прекратяване на периода на застрахователното покритие, Застрахованият ползва предвидени в застрахователния договор стоки и услуги, свързани с болнично лечение, тогава покритието за съответните стоки и услуги се прекратява с изписването му от болничното заведение.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл.7. (1) Освен ако не е уговорено друго, по застрахователния договор не се покриват разходи за здравни услуги и стоки, свързани с:

1. ползването на спешна и неотложна медицинска помощ;
2. превенция на здравето (прегледи и/или диагностика с профилактичен характер), усложнения и/или последствия от медицински дейности с цел превенция, включително и след поставяне на ваксина, с изключение на профилактичните прегледи, организирани от Застрахователя, както и назначените след тях допълнителни прегледи и изследвания;
3. диагностика и лечение:
 - а) които не са проведени/назначени от правоспособен лекар или са проведени в заведение, което не е регистрирано по Закона за лечебните заведения;
 - б) за които няма медицински показания, оплаквания, симптоми или няма пряка връзка с увреждането на застрахованото лице или с вписаната в медицинската документация диагноза;
 - в) извършени с методи и средства на нетрадиционната медицина и/или извън утвърдените от Министерство на здравеопазването медицински стандарти;
 - г) на минали и хронични заболявания и техните рецидиви;
 - д) на увреждане на здравето, възникнало преди началото на периода на застрахователното покритие;

е) на увреждане на здравето, причинено от или дължащо се на употреба от страна на застрахованото лице на алкохол, наркотични или упойващи вещества и медикаменти, анаболни хормони, стимулиращи вещества или такива с характер на допинг и породените от тях увреждания на здравето (включително при: злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания) както и участие в програми за лечение на зависимости, възникнали вследствие на тяхната употреба.

4. лицево-челюстна хирургия, освен при лечение на увреждане на здравето вследствие на злополука;
5. PET скенер, видеодиагностика, ултразвукова терапия HIFU, БАТ тест, кросслинкинг, лечение с лазер (лазерна корекция на зрението, лазерна вапоризация на простатата и други с изключение на физиотерапевтична лазер терапия.);
6. извършването на задължителни имунизации и ваксинации по имунизационния календар или на задължително лечение по Закона за здравето;
7. предплатени пакети в лечебни заведения за извънболнична или болнична медицинска помощ;
8. бременност или раждане, с изключение на свързаните с тях усложнения;
9. прекъсване на бременност по желание на застрахованото лице;
10. санаториално лечение, освен в случаите, когато се явява долекуване на заболяване и/или травма, предшествано от престой в болнично заведение за активно лечение по повод същото заболяване и/или травма;
11. спа-процедури и масажи;
12. операция за смяна на пола или стерилизация по желание на застраховано лице;
13. инвазивна кардиология;
14. извличане, съхранение или имплантиране на стволови клетки, трансплантация и имплантация на органи и тъкани;
15. хемодиализа, хемотрансфузия;
16. генетични изследвания; настаняване или лечение в домове за стари хора, гериатрични или палиативни грижи;
17. изкуствено поддържане на жизнените функции или мозъчна смърт;
18. пластично-възстановителни, реконструктивни, пластични или козметични корекции, процедури, манипулации или операции, други козметични услуги и стоки, свързаните с тях изследвания, както и последиците и усложненията от тях, освен когато такива дейности са наложителни за възстановяване целостта на кожата и тъканите на застраховано лице, пострадало вследствие на злополука.

(2) Застрахователното покритие не включва разходи за диагностика, предхождания и свързани с нея изследвания, лечение на и последиците от:

1. стерилитет, нарушен фертилитет, както и приложение на каквито и да е форми и методи на асистирана репродукция;
2. СПИН и полово-трансмисивни заболявания и инфекции;
3. туберкулоза, ТОРС, птичи грип, заболявания с епидемичен характер, вкл. пандемии;
4. злокачествени заболявания, химиотерапия, лъчетерапия, фотодинамична терапия, изследване на туморни маркери, освен ако не е договорено друго;
5. увреждания на здравето, причинени от професионални вредности;
6. умствени, психични и психоневрологични смущения, състояния или заболявания, функционални нервни разстройства, депреси, включително сеанси и прилагане на психоаналитични или психотерапевтични методи;
7. заболявания, придобити в детска възраст, водещи до физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри и изискващи постоянно лечение; вродени аномалии и заболявания, физически дефекти, включително тяхното премахване;
8. множествена склероза, епилепсия, цироза, диабет, остеопороза, астма, хронична болка, мигрена;
9. косопад, акне, витилиго, себорея, себореен дерматит, гъбички на ноктите, козметични дефекти, доброякоствени кожни образувания (липкоми, атероми, невуси, брадавици, кокоши трън, мазоли и други);
10. сексуална дисфункция, анорексия, булимия, наднормено тегло, затлъстяване, сънна апнея или зависимост;

(3) Застрахователят не дължи обезщетение при увреждане на здравето на застраховано лице в резултат на:

1. неспазване на или отказ от предписан от правоспособен лекар режим и/или лечение, самолечение;
2. изгаряния, причинени от слънчеви лъчи, кварцови лампи или солариуми; топлинен удар, измръзване;
3. извършване на действия от застрахованото лице, които спадат към занятие или друга правно регламентирана дейност, за които то не притежава необходимата квалификация и/или правоспособност;
4. участие на застрахованото лице в експерименти, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;
5. професионално спортуване, подготовка за и/или участие в спортни състезания, както и упражняване на физическа активност (спорт или дейност) с високо ниво на риск и/или при която са предвидени завишени стандарти/мерки за безопасност, като: алпинизъм, проникване в необлагодородени пещери, планинско колоездене, въздушни и водни скокове, всички видове летателни, въздушни, водни или подводни спортове и дейности (с изключение на гмуркане на дълбочина до 10 метра), конен спорт, лов, моторни и автомобилни спортове и състезания, офроуд, контактни спортове (бойни изкуства, бокс, борба и други подобни), всякакви акробатики и каскади, циркова дейност и други подобни. Настоящата разпоредба не

се отнася за любителско каране на ски и сноуборд по ски писти, обезопасени и информационно обезпечени съгласно Закона за туризма;

6. сбиване, хулиганство, съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот) или самонараняване, груба небрежност, оказване на съпротива на орган на властта;
7. извършване или опит за извършване на самоубийство, престъпление, неспазване на действащата нормативна уредба от страна на застрахованото лице;
8. злополука или заболяване докато застрахованото лице е призовано в запас, задържано от орган на властта, лишено от свобода или излежава присъда, или се намира в специализирано място за принудително задържане;
9. война, военни действия или учения (обявени или не), въстание, граждански размирици, преврат, бунт, стачка, локаут, митинги, шествия, демонстрации, протести, нарушаване на обществения ред, тероризъм или други събития от подобно естество;
10. газове, атомни или ядрени експлозии, радиация, химически замърсявания, аварийни или бедствени ситуации, производствени аварии, неправомерно използване на запалими или взривни материали, пожар, наводнение, земетресение и други бедствия с катастрофичен или масов характер.

(4) Освен ако не е договорено друго, Застрахователят не покрива разходи:

1. за здравни услуги и стоки, ползвани от застрахованото лице извън периода на застрахователното покритие или при симулиране на увреждане на здравето или при извършване на действия или бездействия от страна на застрахованото лице или други лица, целящи инсцениране на застрахователно събитие, измама или заблуда на Застрахователя, включително представяне на неавтентични документи или документи с невярно съдържание;
2. които не са изрично включени в покритието по застрахователния договор;
3. които не са целесъобразни;
4. свързани с:

а) медицински прегледи и изследвания във връзка с издаването на удостоверение, свидетелство, бележка или друг медицински документ, необходим на застрахованото лице за прием в детско или учебно заведение, започване на работа или на шофьорски курс, встъпване в брак или за други цели, както и разходи за административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи от извършени изследвания, болнични листове, за потребителски такси при извънболнична медицинска помощ и за други такси или санкционни плащания, наложени на застрахованото лице;

б) експертиза на работоспособността или съдебномедицинска експертиза;

5. за избор на лекар/екип, когато е заявен и заплатен от застрахованото лице, в качеството му на здравноосигурено лице, по време на престой в лечебно заведение, сключило договор с НЗОК за оказване на болнична помощ:

а) ако са определени различни цени за избор на лекар/екип в зависимост от сложността и/или продължителността на манипулацията, интервенцията/дейността, която ще бъде извършена, както и от заеманата длъжност, в т.ч. академичната длъжност, трудовия стаж и научната степен на лекаря/рите от екипа.

б) ако липсва заявление за избор на лекар/екип или заявлението не отговаря на изискуемите форма и съдържание, включително липсата на уведомление /подпис /от ръководителя за възможността да бъде изпълнен заявения избор;

в) ако лекарят/екипът наблюдава лицето за цялото време на престоя му в лечебното заведение, в т.ч. на служебно определения от лечебното заведение лекуващ лекар на лицето;

г) ако лекарят/екипът е само един, съгласно утвърдения график в лечебното заведение/структурата;

д) след осъществяване на конкретната интервенция или специфичната част от диагностично-лечебния процес;

е) в условията на спешност;

ж) ако медицинските специалисти от екипа са определени служебно от лечебното заведение да извършат назначени на лицето оперативни или други интервенции, или манипулации;

з) избор на повече от един екип/лекар в рамките на една хоспитализация.

(5) Застрахователят не покрива разходи за здравни стоки, които спадат към някоя от следните групи:

1. витамини, минерали, микроелементи, хранителни добавки, фитопрепарати, имуностимулатори, имunosупресии, средства за вегетативни смущения по време на пътуване, слабителини средства и средства за редуция на теглото;
2. контрацептиви, нестероидни противовъзпалителни средства, освен когато са назначени като средства за лечение на заболяване, което не е изключен риск по настоящите Общи условия;
3. рамки за очила, стъкла за очила или контактни лещи;
4. медицински консумативи, импланти и коригиращи устройства;
5. медицинска козметика;
6. слухови апарати.
7. лекарствени продукти, медикаменти и стоки, които:

а) са предписани от лекар по дентална медицина;

б) не са разрешени за употреба или регистрирани по реда на Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина;

в) са закупени след изтичането на 7 дни от датата на предписването им или без лекарско предписание, или без необходимост от извършване на диагностика и лечение на увреждане на здравето на застрахованото лице;

г) са закупени в количества, надвишаващи 30-дневен период за лечение при обострени хронични заболявания и 15-дневен период за лечение при остри заболявания.

(6) Застрахователят не покрива тази част от разходите за здравни услуги и стоки, която:

1. се поема от застрахованото лице в рамките на уговореното самоучастие;
2. надвишава размера на лимита на отговорност или обема и обхвата на здравните услуги и стоки, определен в съответното застрахователно покритие;
3. надвишава разумните и обичайни разходи за здравни услуги и стоки от същия вид.

(7) Застрахователят не покрива тази част от разходите за ползваните от застрахованото лице здравни услуги и стоки, включени в покритието по застрахователния договор, която се покрива от:

1. бюджета на НЗОК, Министерството на здравеопазването или друг държавен орган, от здравна програма или от работодател;
2. друг застраховател.

(8) Застрахованите лица носят отговорност за извършени от тях разходи, превишаващи разумните и обичайни разходи за същата услуга или стока.

Чл.8. (1) Застрахователят организира предоставянето на здравни услуги при условията на абонаментно обслужване чрез сключване на договори с акредитирани лечебни заведения в страната. Проверката и контролът върху качеството и обема на предоставяните от изпълнителите на медицинска помощ здравни услуги се осъществява от компетентните за това органи съгласно действащото българско законодателство.

(2) Отговорност за каквито и да е вреди, претърпени от застраховано лице вследствие на услуга по ал.1, носят съответния изпълнител на медицинска помощ и неговите служители, които са причинили вредите.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Сключване на застрахователния договор

Чл.9. (1) Застрахователният договор се сключва съгласно писмено предложение на Застрахователя/Застрахования във формата на застрахователна полица, след представяне на необходимите документи от страна на Застрахования (Застрахования).

(2) Неразделна част от застрахователния договор са:

1. Настоящите Общи условия;
2. Предложение за сключване на застрахователен договор и писмените точни и изчерпателни отговори на Застрахования на поставените от Застрахователя въпроси относно съществените обстоятелства, имащи значение за оценка на естеството и размера на риска;
3. Приложение №1 „Списък на застрахованите лица“ (при групови застраховки), който съдържа: трите имена (изписани на български език), ЕГН, мобилен телефонен номер и имейл на всяко лице. Когато застрахованото лице е чужд гражданин, задължително се посочват личен номер за чужденец (ЛНЧ), пол и дата на раждане, мобилен телефон и имейл;
4. Приложение №2 „Застрахователно покритие“;
5. Въпросник за ранно откриване на социално значими заболявания (по образец на Застрахователя) – при поискване.
6. Добавъците към застрахователната полица, както и всеки друг документ, издаден от някоя от страните във връзка с договора.

(3) Включването на членове на семейства на застраховани лица в групов застрахователен договор се извършва при следните условия:

1. Членове на семейства на застраховани лица могат да се добавят не по-късно от два месеца след началната дата на застрахователното покритие на съответните лица;
2. Членове на семейства на служители, включени в списъка на застрахованите лица след датата на влизане в сила на застрахователния договор, могат да се добавят не по-късно от един месец след началната дата на застрахователно покритие на съответните служители;
3. Застрахователят има право да откаже застраховане на лица с висок застрахователен риск, както и да предложи застраховане при различни условия, включително при по-висока индивидуална застрахователна премия.

(5) Преди сключването на групови застрахователни договори Застрахователят има право да изиска от Застрахования справка за застрахователните претенции за период до 3 (три) години, непосредствено предхождащи заявлението за застраховка, в случай че групата е имала сключена здравна (медицинска) застраховка при друг застраховател.

Срок, изменение и прекратяване на застрахователния договор

Чл.10. (1) Застрахователният договор се сключва за срок от 1 (една) година, освен ако не е уговорено друго.

(2) По време на действието си застрахователният договор може да бъде изменен само по взаимно съгласие на страните или на основания, предвидени в закон. За всяко изменение на договора Застрахователят издава добавък (анекс) към застрахователната полица, който се подписва от страните и влиза в сила от 24 (двадесет и четири) часа на датата на издаването му, освен ако не е уговорено друго.

(3) Застрахованият има право да актуализира списъка на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено предоставя на Застрахователя актуализираните данни.

(4) Включването на нов Застрахован се извършва след като Застрахованият писмено уведоми Застрахователя и лицето бъде включено в списъка на застрахованите лица.

Чл.11. (1) Застрахователният договор се прекратява:

1. с изтичането на срока, за който е сключен;
 2. по взаимна договореност между страните, изразена в писмена форма;
 3. едностранно от всяка от страните чрез едномесечно писмено предизвестие, като срокът на предизвестията започва да тече от датата на неговото получаване;
 4. с изчерпване на лимита на отговорност;
 5. с отпадане на застрахователния интерес;
 6. в случаите, предвидени в действащата нормативна уредба.
- (2) При прекратяване на застрахователния договор преди изтичане на застрахователния период застрахователят има право на:
1. съответната премия за частта от застрахователния период, през който е носил покритие, ако през това време не е настъпило застрахователно събитие;
 2. цялата премия за застрахователния период, ако преди прекратяването на договора настъпи застрахователно събитие.
- (3) Задълженията, свързани с връщане или плащане на премия се изпълняват в срок 15 (петнадесет) работни дни от датата на прекратяването.

Лимит на отговорност. Самоучастие

Чл.12. (1) Лимитите на отговорност са посочени в Приложение №2 „Застрахователно покритие“, като страните могат да определят максимален размер на задължението на Застрахователя за отделни видове здравни услуги и стоки или като обем и обхват, или лимит на отговорност на определени здравни услуги и стоки, които се предлагат за определен срок;

(2) Разходите за лечение над съответния лимит на отговорност и разходите за здравни стоки, извън договорените в застрахователния договор, са за сметка на застрахованите лица.

(3) Застрахователят договаря размер на самоучастие на застрахованото лице, което се изразява в поемане от него на част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие в зависимост от формата на ползване на здравните услуги.

(4) Отговорността на Застрахователя, съответно общата сума от всички обезщетения по застрахователния договор, е ограничена до размера на договорените лимити за съответния вид здравни услуги и стоки, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития в периода на застрахователното покритие и предявените претенции към Застрахователя.

Застрахователна премия

Чл.13. (1) Размерът на застрахователната премия се определя от Застрахователя за срока на действие на застрахователната полица, който е една година, освен ако не е уговорено друго.

(2) Застрахователната премия или първата вноски от нея при разсрочено плащане на премията се заплаща при сключването на застрахователния договор, освен ако в него е уговорено друго, но не по-късно от датата на влизане в сила на застрахователния договор.

(3) В случаите на разсрочено плащане вноските от застрахователната премия се плащат в срока, уговорен в застрахователния договор, но не по-късно от 15 (петнадесет) дни от датата на падежа.

(4) При неплащането на разсрочена вноски от застрахователната премия Застрахователят може да извърши едно от следните действия:

1. да намали застрахователната сума по договора, съответно на частта от неплатената премия;
2. да измени условията по договора;
3. да прекрати договора.

(5) Застрахователят може да упражни едно от правата по ал. 4 не по-рано от 15 дни от датата, на която Застрахованият е получил писмено уведомление от страна на Застрахователя. Писменото уведомление се смята за връчено и договорът се прекратява автоматично, когато Застрахователят е избрал правото по ал. 4, т. 3 и изрично е посочено в полицата, че договорът ще се смята за прекратен след изтичането на определен срок от датата на падежа на разсрочената вноски, който не може да бъде по-кратък от 15 дни. В случаите на предходното изречение допълнително изрично писмено изявление от страна на Застрахователя до Застрахования не е необходимо. В този случай и при заведени претенции и/или платени обезщетения, Застрахователят има право на цялата оставаща неплатена застрахователна премия, определена в полицата.

Права и задължения по застрахователния договор

Чл.14. (1) Застрахованият има право:

1. по време на действие на групов застраховка да иска промяна в списъка на застрахованите лица;
2. да иска промяна в условията по застрахователния договор или да го прекрати предсрочно при спазване на условията и реда, предвидени в настоящите Общи условия и в Кодекса за застраховането.

(2) Застрахованият е длъжен:

1. да плати застрахователната премия по реда и в сроковете, уговорени в застрахователния договор;
2. да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по сключения застрахователен договор и да предостави на всяко от тях информация и условия за ползване на:
 - а) персонална дигитална здравна карта, издадена от Застрахователя;
 - б) застрахователния договор и приложимите по него Общи и Специални условия, както и за начина на ползване на покритието по договора при условията на АО и ВР.

3. да уведоми застрахованите лица и да организира провеждане на профилактични прегледи и профилактичен скрининг, съобразно график, предоставен от Застрахователя.

4. да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, предоставени на Застрахователя. В случай че не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено на последно обявения пред него адрес на Застрахователя, се счита за връчено и получено от Застрахователя с всички предвидени в закона или договора правни последици;

5. по време на действието на договора, незабавно след узнаването, да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос, като при неизпълнение на това задължение Застрахователят има право в съответствие с КЗ да иска изменение на договора, да прекрати договора или да намали застрахователното обезщетение – ако е настъпило застрахователно събитие;

6. да не предоставя информация и документи по застрахователния договор на други лица, различни от застрахованото лице, по никакъв повод, освен при писмено съгласие на Застрахователя или при изпълнение на задължение, предвидено в нормативен акт.

Чл.15. (1) През срока на действие на застрахователния договор Застрахованият има право:

1. на информация относно реда и условията за ползване на здравни услуги и стоки, включени в покритието по договора;

2. да ползва здравни услуги и стоки в рамките на лимитите на отговорност, определени в съответното застрахователно покритие, съгласно начина на предоставянето му, уговорен в договора;

3. да отправи застрахователна претенция за получаване на обезщетение за направените от него разходи за здравни услуги и стоки, когато покритието по договора е ползвано на ВР;

4. да получава информация от Застрахователя, чрез Колцентъра, за лекарите специалисти и изпълнителите на медицинска помощ, при които може да ползва покритието по застраховката чрез АО;

5. да получава необходимите здравни услуги и стоки за подобряване на здравословното състояние съгласно договореното застрахователно покритие;

6. на достъп до личните си данни, предоставени на Застрахователя, както и право да иска коригирането им по реда и условията на действащото законодателство относно личните данни.

(2) Правата на застрахованото лице по застрахователния договор са лични и не могат да бъдат прехвърляни (прехвърляни).

(3) Застрахованото лице е длъжно:

1. да спазва разпоредбите на настоящите Общи условия;

2. да не предоставя информация и документите по застрахователния договор на други лица по никакъв повод, освен при писмено съгласие на Застрахователя или при изпълнение на задължение, предвидено в нормативен акт;

3. да положи усилия за предотвратяване настъпването на застрахователно събитие, намаляване и ограничаване на последиците от него;

4. да не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на покриваните по договора здравни услуги и стоки;

5. след настъпване на застрахователно събитие да допусне извършването на медицински преглед от доверен лекар на Застрахователя;

6. при настъпило застрахователно събитие и преди ползването на здравни услуги да се свърже с Колцентъра;

7. при предявяване на претенция да уведоми Застрахователя за всяка друга застраховка, по която се покриват рискове, които изцяло или частично съвпадат с тези, покривани по застрахователния договор, сключен със Застрахователя, както и за всички обезщетения, получени по такива застраховки и/или от трети лица.

(4) Всяко едно задължение на застрахованото лице, посочено в настоящите Общи условия или в застрахователния договор, се счита за значително с оглед интереса на Застрахователя. В случаите на неизпълнение на задължение от страна на застрахованото лице Застрахователят има право да намали размера на застрахователното обезщетение съобразно степента, с която неизпълнението е допринесло за увеличаване размера на вредите.

Чл.16. (1) Застрахователят има право:

1. преди сключване на договор за застраховка „My Euroins Health“, както и по време на действието на договора, да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на всяко лице, чиито здраве и телесна цялост са предмет на застраховане;

2. да прави промяна на доверените медицински заведения, при които може да се ползва покритието по договора чрез АО;

3. при настъпване на застрахователно събитие на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на застрахованото лице, като може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравеопазване и КЗ;

4. при предявяване на претенция за изплащане на обезщетение да:

а) извършва проверки на обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие и на представените по претенцията документи чрез свои или независими експерти, както и да изисква становища от доверени лекари;

б) организира допълнителни медицински прегледи и/или изследвания на съответното застраховано лице;

5. да води регистър и да поддържа застрахователни досиета на застрахованите лица относно здравословното им състояние, установяване на правото им на ползване на здравни услуги и стоки по застрахователния договор, платените застрахователни премии, размера на ползваните здравни услуги и стоки и съответно изразходвания лимит.

(2) Застрахователят е длъжен:

1. в срок 5 (пет) работни дни след сключването на застрахователния договор, ако страните не са уговорили друг срок, да предостави достъп до или издаде персонална здравна карта за всяко застраховано лице;

2. в 7-дневен срок от поискването да снабди Застрахователя със заверено копие от застрахователния договор;

3. в случаите на застрахователно събитие да обезщети застрахованото лице съгласно условията на застрахователния договор.

(3) Персоналната здравна карта е дигитална (електронна), освен ако е уговорено друго. Същата:

1. съдържа имената и персоналния номер на съответното застраховано лице, името на Застрахователя, телефон за контакт със Застрахователя, договореното застрахователно покритие, както и начина на предоставянето му;

2. легитимира съответното застраховано лице с правата по застрахователния договор пред Колцентъра, доверените медицински заведения и лекари специалисти, предоставящи онлайн консултации;

(4) При промяна на застрахователното покритие и/или на списъка на застрахованите лица, както и в други случаи, предвидени в тези Общи условия или в закон или уговорени в застрахователния договор, Застрахователят има право да иска съответна промяна на застрахователната премия.

VI. НАЧИН НА ПОЛЗВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ

Чл.17. (1) В случай на симптоми или данни за наличие на заболяване/ия, установени от извършените прегледи и изследвания по време на профилактични прегледи, Колцентърът насочва застрахованото лице към доверено медицинско заведение за провеждане на необходимите диагностича и лечение.

(2) Разходите за провеждане на диагностиката и лечението се заплащат от Застрахователя на доверените медицински заведения до лимитите на отговорност, установени в застрахователното покритие.

(3) Когато след провеждане на профилактични прегледи не се установи/ят заболяване/ия, които налагат последващи действия за подобряване на здравословното състояние на застрахованото лице, лицето ползва договореното застрахователно покритие при условията на АО.

(4) Използването на здравни услуги се предоставя от доверени медицински заведения чрез АО, като застрахованото лице е длъжно:

1. преди ползването на здравни услуги да се свърже с Колцентъра чрез посочения в персоналната здравна карта телефонен номер и да следва дадените му инструкции за ползване на застрахователното покритие;

2. да се свърже с посочените от Застрахователя лекари специалисти, които са на разположение 24/7, за провеждане на дистанционна (онлайн) медицинска консултация;

3. да посети доверено медицинско заведение, когато бъде насочено от лекаря специалист, с когото е проведена онлайн медицинската консултация.

4. да се легитимира пред Колцентъра, лекарите специалисти, провеждащи онлайн медицинска консултация и довереното медицинско заведение със своята персонална здравна карта, която удостоверява правата му по застрахователния договор;

5. при посещение в доверено медицинско заведение да информира координатора в лечебното заведение за записания час за преглед и ползването на услуги чрез абонаментно обслужване (АО). При необходимост координаторът се свързва със Застрахователя.

(5) След извършване на плащане от Застрахователя в полза на довереното медицинско заведение или лекар специалист, провел онлайн медицинска консултация, застрахованото лице е длъжно да възстанови на Застрахователя:

1. частта от платените от Застрахователя разходи за здравни услуги, която:

а) надвишава размера на лимита на отговорност и/или обхвата и обема на здравните услуги и стоки, определени в застрахователното покритие;

б) съответства на уговореното самоучастие – само когато застрахованото лице не е заплатило размера на самоучастието си при съответния изпълнител на медицинска помощ.

2. пълния размер на платените от Застрахователя разходи за здравни услуги, когато:

а) е налице изключение от застрахователното покритие или

б) ползваните от застрахованото лице здравни услуги не са предмет на покритие по застрахователния договор, или

в) съответните услуги са ползвани от застрахованото лице извън периода на застрахователното покритие, или

г) лицето към момента на ползване на здравните услуги и/или стоки е незастраховано лице.

(6) В случаите по ал.5 Застрахователят уведомява писмено застрахованото лице за размера на дължимата сума и срока за нейното възстановяване, като посочва пълни и точни данни за банковата сметка, по която застрахованото лице да възстанови сумата.

Чл.18. (1) Застрахованото лице може да ползва предвидените в съответното застрахователно покритие здравни услуги и стоки при свободно избран от него

изпълнител на медицинска помощ на територията на Република България или чрез закупуването им от доставчик на здравни стоки, като заплаща за своя сметка съответните разходи. В тези случаи застрахованото лице има право да отправи към Застрахователя писмена претенция за получаване на застрахователно обезщетение, при одобряването на която застрахователят приспада договорения процент на самоучастие от застрахованото лице.

(2) С предявяването на претенцията застрахованото лице е длъжно да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на Застрахователя. Когато застрахованото лице е малолетно или непълнолетно, заедно с данните по предходното изречение трябва да се представи от законните му представители и декларация за изплащане на обезщетение по образец на Застрахователя:

1. подписана от застрахованото лице и преподписана от неговите законни представители – ако застрахованото лице е на възраст между 14 и 18 навършени години;

2. подписана от законните представители на застрахованото лице, ако то не е навършило 14 години.

(3) За доказване на основанието и размера на претенцията си при условията на ВР застрахованото лице е длъжно да представи на Застрахователя, както следва:

1. за медицински прегледи – документ за извършен преглед, фактура и фискален бон в оригинал;

2. за медицински изследвания и процедури – документ за извършен преглед, искане за изследване, резултати от проведени изследвания (лабораторни, функционални, образна диагностика, вкл. разчитане на образна диагностика и др.), картон с назначени физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон в оригинал;

3. за лекарства и помощни средства – документ за извършен преглед или епикриза, рецепта в оригинал, фактура и фискален бон в оригинал;

4. за санитарен транспорт – медицински документ с назначение, обосноваващ необходимостта от санитарен транспорт, фактура и фискален бон в оригинал;

5. за болнично лечение – епикриза, резултати от проведени изследвания (лабораторни, функционални, образна диагностика и др.), фактура и фискален бон в оригинал;

6. за санаториално лечение – епикриза от болница за активно лечение с назначено санаториално лечение, епикриза от санаториума, в който е проведено лечението, фактура и фискален бон в оригинал;

7. за избор на екип/лекар при болнично лечение – документи за извършеното лечение (епикриза), изследване или процедура, както и декларация за избор на екип/лекар, фактура и фискален бон в оригинал;

8. за медицински консумативи и/или импланти – документи за извършеното лечение, изследване или процедура, стикер или друг вид идентификационен код на използваните консумативи и/или импланти, рецепта, фактура и фискален бон в оригинал;

9. други документи в зависимост от вида на събитието.

(4) В срок 45 (четиридесет и пет) дни от датата на представянето на доказателствата по ал.3 Застрахователят има право да изиска допълнителни доказателства за установяване на основанието и размера на предявената претенция, необходимостта от които не е можела да се предвиди към датата на нейното завеждане.

(5) Когато по реда на ал.3 или ал.4 застрахованото лице представя:

1. медицински документи за извършен преглед и епикризи, тези документи трябва да съдържат подробно описани: анамнеза, обективно състояние, поставена диагноза, назначени изследвания и терапия;

2. финансови документи, тези документи трябва да са издадени на името на застрахованото лице и да съдържат единичната цена на всяка отделна стока.

(6) Застрахованото лице набавя и представя доказателствата по ал.3 и ал.4 за своя сметка.

(7) В случай на смърт на застраховано лице, след като е получило здравните услуги, при разпоредбите на настоящите Общи условия, Застрахователят възстановява извършените медицински разходи на съответното лечебно заведение, където е извършена услугата или на законните наследници на Застрахования, призовани към наследяване, за извършени разходи за закупуване на здравните стоки, предписани на техния наследодател.

Чл.19. (1) Застрахователят е длъжен да се произнесе по претенцията в срок до 15 (петнадесет) работни дни от представянето на всички доказателства по чл.18, като:

1. определи и изплати размера на обезщетението или

2. мотивирано откаже плащането.

(2) Когато не са представени всички доказателства по чл.18, Застрахователят се произнася по един от начините по ал.1 не по-късно от шест месеца от датата на завеждане на претенцията.

Чл.20. (1) От дължимото застрахователно обезщетение за извършени разходи за здравни стоки Застрахователят приспада:

1. размера на договореното самоучастие;

2. неиздължената част от застрахователната премия, ако договорът е индивидуален;

3. сумите, с които застрахованото лице е овъзмездено за направените разходи от друг застраховател, трети лица или по силата на правни разпоредби;

4. сумите, които е поискал от застрахованото лице по реда на чл.17, ал.5 и не са възстановени до този момент;

(2) Когато с получените суми по ал.1, т.3 застрахованото лице е овъзмездено в пълен размер, Застрахователят не дължи застрахователно обезщетение.

(3) По време на провеждане на профилактичните прегледи или профилактичен скрининг застрахованите лица нямат право да ползват прегледи и изследвания от застрахователното покритие за медицинските специалности, по които се извършват профилактични прегледи или профилактичен скрининг в лечебното заведение, в което се извършват, без предварително застрахованите лица да са се свързали с Колцентъра и да са спазили дадените им инструкции за ползване на застрахователното покритие.

(4) В случай че застрахованите лица не се явят за профилактични прегледи на определените по график основни дати и на организираната резервна дата (ако има договорена), задължението на Застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено. Застрахователят не възстановява застрахователна премия на Застрахования, както и не прехвърля застрахователна премия за следващ застрахователен период, в случай на отказ на застраховано лице да се яви на организирана съгласно условията на договора профилактика.

VII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.21. (1) С плащането на застрахователното обезщетение, когато застрахователният риск е реализиран вследствие на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на застрахованото лице срещу отговорните за вредата лица до размера на платеното обезщетение и обичайните разноски, направени за неговото определяне, по реда и условията, предвидени в действащото българско законодателство.

(2) В случаите по ал.1:

1. застрахованото лице и Застрахованият са длъжни да съдействат на Застрахователя при упражняване на правата му срещу отговорните за вредата лица;

2. застрахованото лице е длъжно да окаже съдействие и да предостави на Застрахователя всички документи, доказателства и сведения, необходими за предявяване на регресен иск от Застрахователя срещу отговорните за вредата лица;

3. отказът на застрахованото лице да упражни правата си срещу отговорно за вредата лице няма сила спрямо Застрахователя.

Чл.22. (1) Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнението на застрахователния договор се уреждат в писмена форма.

(2) Всяка от страните по застрахователния договор отправя съобщенията и уведомяванията до другата страна в писмена форма. Писмените изявления и съобщения, от каквото и да било естество, се считат за извършени в уговорения срок, ако са предадени по пощата, по факс или с електронно съобщение до изтичането на последния ден на срока.

(3) Известие или съобщение от Застрахователя, връчено на ръка на Застрахования или застраховано лице, в това число на техен служител, пълномощник или законен представител, се смята получено от Застрахования, съответно от застрахованото лице, от момента на връчването.

(4) Данните, съдържащи се в застрахователния договор, представляват търговска и застрахователна тайна. Страните по договора са длъжни да смят цялата информация, която обменят помежду си във връзка с неговото изпълнение, за поверителна и да не я споделят или разгласяват пред трети лица без съгласието на другата страна, освен когато разкриването на тази информация е задължително по закон.

(5) Настоящите Общи условия са изготвени на български език. Независимо, че може да имат превод на други езици, при несъответствие между текстовете се прилага българският текст.

Чл.23. (1) Спрямо застрахователния договор се прилага действащото законодателство на Република България.

(2) За всички въпроси, неуредени в застрахователния договор или настоящите Общи условия, се прилагат разпоредбите на КЗ и приложимото българско законодателство.

(3) Всички спорове между страните по застрахователния договор се разрешават чрез преговори, а при невъзможност за постигане на съгласие между страните се отнасят за разглеждане пред компетентния български съд.

(4) При несъответствие между застрахователния договор и разпоредбите на тези Общи условия има сила уговореното в договора.

(5) Правата и задълженията по застрахователния договор във връзка със застрахователното обезщетение се погасяват с изтичане на законния давностен срок, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.24. (1) Тези Общи условия:

1. са приети от Съвета на директорите на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД с решение от 13.12.2024 г. и влизат в сила от 01.01.2025 г.;

2. изменени с решение на Съвета на директорите на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД от 25.03.2026 г., в сила от 01.04.2026 г.

3. могат да бъдат изменени и/или допълвани за всеки конкретен случай със Специални условия или Добавъци.

(2) Настоящите Общи условия могат да бъдат изменени или заменени с нови по реда, по който са приети, като застрахователните договори, заварени от влизането в сила на измененията или на новите Общи условия, продължават действието си съгласно Общите условия, по които са били сключени.