

ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ „MEDICARE“

СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ КЪМ РИСКОВА ЗАСТРАХОВКА ЖИВОТ

Член 1 ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

При сключване на допълнително застрахователно покритие „MediCare“ към Рискава застраховка „Живот“ със „Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ“ ЕАД (наричано по-нататък „Застраховател“) се прилагат Общите застрахователни условия за Рискава застраховка „Живот“ на Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ“ ЕАД, доколкото в настоящите Специални условия и в застрахователната полица не е уговорено друго.

За сключване на допълнително застрахователно покритие „MediCare“, съгласно настоящите Специални условия, Застрахователят може да изисква заплащането на допълнителна премия размерът, на която да е посочен в полицата.

Член 2 ОПРЕДЕЛЕНИЯ

За целите на застраховката съгласно настоящите СУ важат следните определения:

Злополука: Всяко насилствено, внезапно, непредвидено и непреднамерено събитие, предизвикано изключително от външна причина, произтичащо пряко от и независимо от други причини, което води до телесни увреждания на застрахования.

Актове на тероризъм: акт включващ, но не ограничен само до използване на сила или насилие и/или заплахата за такова, от което и да е лице или група(и) лица, независимо дали действат самостоятелно или от името на или във връзка с която и да е организация(и) или правителство(а), извършен с политическа, религиозна, идеологическа или подобна цел, включително с намерението да се повлияе на което и да е правителство и/или да се всява страх в обществото или в част от него; или използване на биологичен, химически, радиоактивен или ядрен агент, материал, устройство или оръжие.

Предложение за застраховане: Формуляр, който Застрахованият и/или Застраховачият трябва да попълнят за да заявят издаването на полицата.

Обезщетения: степента на услугата и покритието, които Застрахованият има право да получи по Полицата.

Претенция: Искане за покриване на събитие, довело до последици, изцяло или частично покрити от Полицата. Последствията, произтичащи от една и съща причина, се считат за една претенция

Начало на застрахователното покритие: Датата посочена за начало в застрахователната полица.

Вродени заболявания, вродени дефекти, увреждане при раждане: Всяко състояние, което съществува в момента на раждането, в резултат на наследствени фактори или състояние, придобито по време на бременността до момента на раждането, или е резултат на усложнения настъпили по-време на раждането, което състояние се проявява при раждането или е открито в последствие.

ADDITIONAL INSURANCE COVER "MEDICARE"

SPECIAL CONDITIONS TO TERM LIFE INSURANCE

Article 1 GENERAL

In case of concluding additional insurance cover "MediCare" to the Risk Life Insurance with EUROINS LIFE Insurance Company EAD (hereinafter referred to as "Insurer"), the General Insurance Terms and Conditions for Risk Life Insurance of EUROINS LIFE Insurance Company EAD shall apply, unless otherwise agreed in these Special Terms and Conditions and in the insurance policy.

In order to take out additional "MediCare" insurance cover under these Special Terms and Conditions, the Insurer may require payment of an additional premium the amount of which shall be specified in the policy.

Article 2 DEFINITIONS

For the purposes of insurance under these Conditions, the following definitions apply:

Accident: Any violent, sudden, unforeseen and unintentional event produced exclusively by an external cause resulting directly from and independently of other causes which results in bodily injury to the Insured.

Acts of Terrorism: An act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or government(s) committed for political, religious, ideological or similar purpose including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear; or the use of any biological, chemical, radioactive or nuclear agent, material, device or weapon.

Application Form: Form that the Insured and/or the Policyholder must complete to apply for the Policy

Benefits: The extent or degree of service and coverage the Insured is entitled to receive under the Policy

Claim: A request for coverage for an event resulting in consequences completely or partly covered by the Policy. Consequences resulting from the same cause will be considered a single claim.

Commencement Date: The commencement date specified in the insurance policy

Congenital Illnesses, Birth Defects, Birth Injury: Any condition that exists at the time of birth, because of hereditary factors or a condition picked up during pregnancy up to the time of birth, or a result of delivery problems that manifests itself at birth or that is discovered later, at any time during the person's life.

Дата на настъпване на застрахователното събитие: Датата, на която Застрахованият за пръв път е претърпял/забелязал симптомите на събитието, за което се претендира обезщетение

Ден: "Ден" е всеки 24-часов период

Лекар: Регистриран лекар, който не е застрахованото лице или роднина на застрахованото лице и който в момента на настъпване на застрахователното събитие има правоспособност съгласно местното законодателство (или еквивалентен орган в чужбина), за упражняване на лекарска професия.

Донор: Лице, което дарява своя орган (или тъкан) за трансплантация.

Изключение е определена ситуация или състояние (или услуга), която не е покрита от Полицата и за която Застрахователното дружество не е длъжно да плати в случай на претенция.

Експериментално лечение: Лечение, процедура, курс на лечение, оборудване, медикамент или фармацевтичен продукт, предназначени за медицинска или хирургическа употреба, които не са общоприети като безопасни, ефективни и подходящи за лечение на болести или наранявания от различни научни организации, признати от международната медицинска общност, или които са в процес на проучване, изследване, тестване или са на какъвто и да е етап от медицински експеримент.

Край на застрахователното покритие: Датата, на която застрахователното покритие по тази полица ще изтече или същата ще спре да е в сила поради неплащане на поредна дължимата вноска, както е посочено в застрахователната полица.

Декларация за здравословно състояние: формуляр, подписан или приет заедно с Полицата, потвърждаващ, че Застрахованото лице не страда от заболяванията и състоянията, посочени в декларацията за здравословно състояние

Болница означава лечебно заведение, което функционира в съответствие със законите на страната, в която се намира, и което отговаря на всички изброени по-долу изисквания:

- предоставя медицински грижи на болни, страдащи или пострадали лица, като за целта разполага с възможност за стационарно лечение;
- приема стационарни пациенти само под наблюдението на практикуващ лекар;
- поддържа съоръжения за медицинска диагностика и лечение на такива лица и има възможност и съоръжения за извършване хирургически операции, значителни по обем, в рамките на заведението или на съоръжения, контролирани от заведението;
- предоставя сестрински услуги на пълен работен ден от или под надзора на персонал от медицински сестри;
- не е дневен стационар, здравна хидро- или природна клиника, психиатрично заведение, заведение, предназначено предимно за лечение на психиатрични заболявания, психиатрично отделение на болница, място за лечение на химическа зависимост, заведение или специално отделение на болница, използвано предимно като

Date of loss: The date the Insured first suffered/noticed symptoms of the claimable event.

Day: A "day" is any 24-hour period.

Doctor: A registered medical practitioner who is not the insured person or related to the insured, who is currently registered with the local Medical Council (or foreign equivalent) to practice medicine (who practices medicine in compliance with the applicable legislation)

Donor: Person who is donating his organ (or tissue) for transplantation

Exclusion: This is a stipulated situation or condition (or service) which is not covered by the Policy and for which the Insurance Company is not obliged to pay in the case of a Claim

Experimental Treatment: A treatment, procedure, course of treatment, equipment, medicine or pharmaceutical product, intended for medical or surgical use, which has not been universally accepted as safe, effective and appropriate for the treatment of Illnesses or Injuries by the various scientific organizations recognized by the international medical community, or which is undergoing study, research, testing or is at any stage of medical experimentation

Expiry Date: The date on which the insured cover under this Policy will lapse and cease to be effective as shown in the Particular Conditions (program, plan).

Health declaration: form signed or accepted with the Policy confirming that the Insured Person does not have diseases and conditions stated in the health declaration.

Hospital means a legally constituted establishment which operates pursuant to the laws of the country in which it is based, and which meets all of the following requirements:

- it operates primarily for the reception, medical care and treatment of sick, ailing or injured persons on a resident in-patient basis;
- it admits resident in-patients only under the supervision of a Medical Practitioner;
- it maintains organized facilities for the medical diagnosis and treatment of such persons and provides (where appropriate) facilities for major surgery within the confines of the establishment or facilities controlled by the establishment;
- it provides a full-time nursing service by or under the supervision of a staff of nurses;
- it is not a day clinic, health hydro or nature clinic, a mental institution, an institution confined primarily to the treatment of psychiatric disease, the psychiatric department of a hospital, a place for the treatment of chemical dependence, an establishment or a special unit of a hospital used primarily as a place for treatment of drug addicts or alcoholics, a hospice, frail centre, a

място за лечение на наркомания или алкохолизъм, хоспис, център за социално слаби, почивен дом или център за грижи, възстановяване, рехабилитация, асистиран живот или продължителни грижи.

Хоспитализация: Приемане като стационарен пациент за непрекъснат поне 24 часа престой в болница

Заболяване (и състояние) означава болест, заболяване, за което е необходимо лечение от практикуващ лекар.

Наранявания: Идентифицируемо физическо увреждане на тялото на застрахованото лице, което е причинено пряко и единствено от злополука, не е умишлено причинено от самонараняване и не е резултат от болест

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

Застрахователно дружество, застраховател: Юридическо лице, което поема риска съгласно договорните условия на застраховката

Медицинска необходимост: здравни услуги и консумативи, които са:

- необходими за задоволяване на основните здравни нужди на Застрахования и
- се извършват по най-подходящия от медицинска гледна точка начин и в най-подходящата за предоставянето на здравната услуга среда, като се вземат предвид както разходите, така и качеството на грижите и
- са съответстващи по вид, честота и продължителност на лечението на научно обосновани насоки на медицински или здравни организации или правителствени агенции, които са приети от Застрахователното дружество и
- са в съответствие с диагнозата на състоянието или заболяването и
- се необходими по причини, различни от удобството на Застрахования или неговия/нейния лекар и
- е доказано в преобладаващата предварително рецензирана медицинска литература че е или:
 - ✧ безопасна и ефективна за лечение или диагностициране на състоянието или заболяването, за което се предлага употребата и, или;
 - ✧ е безопасна и ефективна за лечение на животозастрашаващо състояние или заболяване.

Процес на второ медицинско мнение: Структуриран процес, който се основава на задълбочен преглед на медицинската информация на Застрахования и подкрепящите я диагностични материали (доклади) от водещ световен медицински център, избран от Застрахования въз основа на препоръките на лекаря на Асистиращата компания

Застраховател: е физическо или юридическо лице, което е страна по застрахователния договор.

Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия, който период е една

rest home or nursing, convalescent, rehabilitation, assisted living or extended care centre.

Hospitalization: Admission to a hospital as an in-patient and for at least 24 hours in a row

Illness (and condition): "Illness (and condition)" means sickness, disease for which treatment by a medical practitioner is necessary.

Injury: Identifiable physical injury to an insured person's body which is caused directly and solely by an accident is not intentionally self-inflicted and does not result from sickness or disease.

Insured: (insured person) is a physical person who has concluded an individual insurance contract or is included in the list of insured persons to a family or group insurance contract.

Insurance Company, Insurer: Legal entity assuming the risk under the contractual terms of the insurance.

Medically Necessary: health care services and supplies which are:

- Necessary to meet basic health needs of the Insured and
- Rendered in most medically appropriate manner and type of setting appropriate for the delivery of the health service, considering both cost and quality of care and
- Consistent in type, frequency and duration of treatment with scientifically based guidelines of medical, or health care coverage organizations or governmental agencies that are accepted by the Insurance Company and;
- Consistent with the diagnosis of the condition or illness and
- Required for reasons other than the convenience of the Insured or his/her doctor and;
- Demonstrated thoroughly prevailing pre-reviewed medical literature to be either:
 - ✧ Safe and effective for treating or diagnosing the condition or illness for which its use is proposed or;
 - ✧ Safe and efficient: For treating a life-threatening condition or illness

Medical Second Opinion Process: A structured process, based on an in-depth review of the Insured's medical information and supporting diagnostic material (reports) by a World Leading Medical Centre selected by the Insured based on recommendations from the Assistance Company's Medical Doctor.

Policyholder: is a physical or legal person who is a party to the insurance contract

Policy year shall be the period for which the premium is fixed, which period shall be one year unless the premium is fixed for a shorter period

година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.

Предварителна сертификация / предварително разрешение: Разрешение за хоспитализация, дадено от застрахователя или упълномощено от него лице на член на групата/застрахован преди неговата хоспитализация

Предварително съществуващо състояние: Всяко заболяване, което е било диагностицирано, лекувано или консултирано с лекар, или е показало симптомите си преди началната дата на полицата.

Застрахователна полица: Писмената документация, която подробно описва условията на застрахователния договор, включително настоящите Специални условия на полицата, както и всяко приложение или допълнение, което може да бъде включено, ако е необходимо, за да се променят или изменят тези документи.

Застрахователна премия е сумата, дължима в полза на Застрахователя за покриване на риска. Честотата на плащане е описана подробно в застрахователния договор. Всички дължими данъци и такси са изчерпателно посочени в застрахователния договор.

Протеза: Устройство, което замества изцяло или частично орган или замества изцяло или частично функцията на неработеща или неправилно функционираща част от тялото

Репатриране на тленни останки: В случай на смърт на застрахованото лице (или донор) по време на пътуване за лечение, покритието покрива разумните разходи за връщане на тленните му останки в страната на пребиваване или разумните разходи за погребение и свързаните с него разходи, ако тялото е погребано или кремирано на мястото на смъртта.

Хирургия: Операции с диагностична или терапевтична цел, извършвани чрез разрез или друг начин за проникване във вътрешността на тялото от хирург в болница, които обикновено изискват използването на операционна зала.

Преводаческите услуги са цялостни услуги за езикова поддръжка на Застрахования, включително планирани и непланирани услуги за телефонен превод за двойки от английски и неанглийски език.

Пътуване е транспорт за търсене на лечение на покрити заболявания и медицински процедури между страната на пребиваване и одобрения от Асистанс компанията център за лечение

Пътни разходи са транспортни разходи в двете посоки, включително пътуване със самолет в икономична класа, освен ако не е препоръчана бизнес класа, между страната на пребиваване и центъра за лечение, одобрен от асистиращата компания

Придружител е лице, което възнамерява да пътува или пътува със застрахованото лице.

Период на изчакване (период на изключване): Период от време, започващ от датата на влизане в сила на Договора или от включването на нов Застрахован, през който не се изплащат никакви обезщетения по Полицията за срока на полицата за всяко заболяване, диагностицирано или показващо първите си симптоми по време на периода на изчакване. Периодът на изчакване (периодът на изключване) не се прилага за непрекъснати подновявания.

Pre-Certification / Pre-Authorisation: An authorization for hospital admission given by insurer or its designee to a group member/insured prior to their hospitalization

Pre-Existing Condition: Any illness that was diagnosed, treated or consulted with a doctor, or showed its symptoms signs before the Commencement date of the Policy.

Policy: The written documentation which details the conditions of the insurance contract, including these Policy Terms and Conditions, as well as any appendix or addendum that may be included, if necessary, to modify or alter these documents.

Premium: is the amount payable to the Insurer to cover the risk. The frequency of payment is detailed in the insurance contract. All taxes and charges payable are fully specified in the insurance contract.

Prosthesis: A device which replaces all or part of an organ or replaces all or part of the function of an inoperative or malfunctioning part of the body

Repatriation of mortal remains: In the event of death of the insured person (or donor) during the trip for treatment, the cover shall pay for reasonable cost of returning his/her mortal remains to the country of residence or the reasonable funeral and related costs if the body is buried or cremated at the place of death

Surgery: All operations with a diagnostic or therapeutic purpose, carried out through incision or other means of internal entry, by a surgeon at a hospital and which normally requires the use of an operating theatre.

Translation services is defined as comprehensive language support services to Insured, including scheduled and unscheduled telephonic interpretation services for English and non-English language pairs.

Travel is defined as transportation for seeking treatment of covered illness and medical procedures between the country of residence and the treatment centre approved by the Assistance Company.

Travel costs are defined as round-trip transportation costs including air travel by economy class unless business class is medically recommended between the country of residence and the treatment centre approved by the Assistance Company.

Travel Companion means the person intending to travel or travelling with insured person.

Waiting Period (Exclusion period): Period of time, commencing from the effective date of the Contract or from the inclusion of a new Insured, during which time none of the Policy's benefits shall be in force for the duration of the policy period for any illness diagnosed or showing their first symptoms during the waiting period. Waiting Period (Exclusion period) is not applicable for uninterrupted renewals.

Настаняване: настаняване на Застрахования и един негов придружител при пътуване извън страната с единствената цел да получат лечение на покрито заболяване или медицинска процедура в болница или хотел, избрани от асистиращата компания.

Палиативно лечение: означава лечение, което се прилага единствено за облекчаване на страданието и не се счита за първично лечение

Първично лечение е лечебна операция и/или химиотерапия и лъчетерапия, или при липса на операция, химиотерапия и/или лъчетерапия

Период на лечение: период от време, който започва да тече от датата на изтичане на полицата, за да покрие лечение в чужбина на покрито заболяване и медицински процедури, които са били диагностицирани преди изтичането на срока на полицата. Периодът на лечение се прилага само когато Застрахователят спре да продава застраховката

Член 3 ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ

1. Продължителността на полицата винаги е една година. Подновяването на полицата (включително, но не само, подновяване при същите условия) не е гарантирано (вж. чл. 3, точка 8). Премията и Полицата могат да се променят на датата на подновяване.
2. Срокът на застрахователното покритие започва да тече от 00.00 часа на деня, посочен за начало на застрахователното покритие в застрахователната полица.
3. За нови лица, включени към съществуваща полица, отговорността на Застрахователя влиза в сила след изтичане на периода на изключване, чийто срок започва да тече считано от 00:00 на деня на тяхното присъединяване.
4. Настоящата полица е сключена въз основа на декларациите, направени от Застрахования в Здравната декларация, относно здравословното му състояние. Посочените декларации представляват основата за поемане на риска по тази полица.
5. Валидността на покритието, предоставено с настоящата полица, предполага и зависи от верността и точността на декларациите на Застрахования, свързани с факти и обстоятелства, които са известни на Застрахования и които могат да повлияят на условията на полицата.
6. Ако застрахованият е премълчал известна информация, която може да се счита за съществена за целите на оценката на риска по Полицата, Застрахователното дружество има право да обяви Полицата за невалидна.
7. Застрахователното покритие, предоставено по тези условия, е с предимство пред всяка друга валидна и подлежаща на събиране застраховка.
8. Период на изчакване (период на изключване) по тези условия е както следва:
 - За групови полици - 90 дни
 - За индивидуални полици - 180 дни

Accommodation: accommodation of the Insured and one companion when travelling outside of country for the sole purpose of receiving treatment for a covered illness or medical procedure in the hospital or in the hotel selected by the Assistance Company.

Palliative Treatment: means treatment given to solely to relieve suffering and not considered as Primary Treatment.

Primary Treatment: is defined as curative surgery and/or chemo and radiotherapy, or in the absence of surgery, chemo and/or radiotherapy

Treatment period: a period starting as from the policy expire date to cover treatment abroad of a covered illness and medical procedures that has been diagnosed before the policy expiry. The treatment period is applied only when the Insurer stops selling the Plan.

Article 3 BASIS OF THE POLICY

1. The policy duration is always one year. The renewal of the policy (including but not limited to renewals with the same conditions) is not guaranteed (c.f. Clause 2, point 8). The premium and Policy may change at the renewal date.
2. The period of insurance cover shall commence at 00.00 on the day specified for the commencement of insurance cover in the insurance policy, provided that the Insurance Premium or the first instalment thereof (in the case of a periodic premium) has been paid in full
3. For new persons added to an existing policy, the Insurer's liability shall become effective upon the expiration of the exclusion period, which period shall commence at 00:00 on the day of their addition
4. This Policy has been entered based on the statements made by the Insured in the Health declaration, concerning the insured's state of health. Said statements constitute the basis for the acceptance of the risk under this Policy.
5. The validity of the cover granted by the present Policy assumes and depends on the veracity and exactitude of the Insured's declarations, relative to facts and circumstances that are known to the Insured that can influence the conditions of the Policy.
6. If the insured has fraudulently omitted any known information that may be considered relevant for the purpose of the risk assessment under the Policy, the Insurance Company will have the right to demand to declare the Policy to be void.
7. Secondary Insurance - The insurance provided under this Policy will be in excess over any other valid and collectable bond or insurance
8. A waiting period (Exclusion period) of 180 days (will be determined based on extent of Underwriting and pricing considerations).
 - 90 days for group policies
 - 180 days for individual policies

9. Ако Застрахованият претърпи някое от покритите по настоящите условия събития по време на периода на изчакване (период на изключване), премиите се връщат и полицата се анулира.
10. Срокът на застрахователното покритие изтича в 24:00 часа на деня, посочен в полицата като край на застрахователното покритие.
11. Договор, по който посочения в полицата срок на застрахователно покритие изтича след навършване на 65-годишна възраст, се счита сключен със срок на застрахователно покритие до навършване на тази възраст
12. Застрахователното покритие са прекратява при следните случаи:
 - С навършване на 65 годишна възраст на застрахования;
 - С прекратяване или изтичане на договора;
 - По взаимно съгласие на страните;
 - Едностранно от Застрахователя, в случай, че застрахователният интерес отпадне. В този случай застрахователната премия се преизчислява и разликата се връща на Застрахователя;
 - Едностранно от Застрахователя, когато при сключване на застраховката Застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, за което Застрахователят е задал писмено въпрос и при наличието на което той не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството, като задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
13. В случай на неплащане от страна на Застрахования на поредна годишна премия или съответната разсрочена вноска, Застрахователят прекратява застрахователното покритие 30 дни след датата на падежа.
14. Полицата се прекратява и не се изплащат допълнителни обезщетения в случай, че същата не бъде подновена, което може да се дължи на:
 - Продуктът е спрян и вече не се предлага от застрахователната компания. В този случай се предоставя 18-месечен период на лечение.
 - Притежателят на полицата не е платил застрахователната премия, която подлежи на гратисен период, ако има такъв.
9. If the Insured suffers any of the events covered hereunder during the waiting period (Exclusion period), the premiums are returned, and policy is cancelled
10. The insurance cover expires at 24:00 on the day specified in the policy as the end of the insurance cover.
11. A contract under which the Period of Insurance Cover specified in the policy expires after the age of 65 years shall be deemed to have been concluded with a Period of Insurance Cover until the age of 65 years.
12. The insurance cover shall be terminated in the following cases:
 - When the insured reaches the age of 65
 - Upon termination or expiration of the contract
 - By mutual consent of the parties
 - Unilaterally by the Insurer, if the insurable interest ceases. In this case, the insurance premium shall be recalculated, and the difference shall be returned to the Insurer;
 - Unilaterally by the Insurer, where the Insurer has, at the time of taking out the insurance, inaccurately stated or omitted a circumstance of which the Insurer has asked a question in writing and in the presence of which the Insurer would not have entered the contract if it had known of that circumstance. The Insurer may exercise this right within one month of becoming aware of the circumstance by forfeiting the premium paid and shall be entitled to claim payment thereof for the period up to the termination of the contract.
13. In the event of non-payment by the Insured of a consecutive annual premium or the relevant instalment, the Insurer shall terminate the insurance cover 30 days after the due date.
14. The policy terminates, and no further benefits will be paid in case the policy is not renewed which could be due to:
 - The product is discontinued and no longer being offered by the insurance company. In this case a Treatment period of 18 month will be granted.
 - The policy holder did not pay the insurance premium subject to grace period if any.

Член 4 ПОКРИТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, МЕДИЦИНСКИ ПРОЦЕДУРИ И ОБХВАТ НА ПОКРИТИЕТО

Следните заболявания и медицински процедури се покриват от Полицата:

1. Рак

Диагноза на злокачествен тумор, характеризиращ се с неконтролиран инвазивен растеж и разпространение, потвърдена с хистопатологичен доклад и класифицирана като злокачествен рак съгласно осмото издание на класификацията AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging manual). Такъв рак включва злокачествен лимфом и

Article 4 COVERED ILLNESSES, MEDICAL PROCEDURES AND EXTENT OF COVERAGE

The following Illnesses and medical procedures are covered by the Policy:

1. Cancer

The diagnosis of a malignant tumor characterized by uncontrolled invasive growth and spread, verified by histopathological report, and classified as malignant cancer according to the Eighth Edition of the AJCC-TNM classification (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging manual). Such cancer includes malignant

злокачествени заболявания на костния мозък, включително левкемия.

Изключени са следните случаи:

- Карцином in situ (CIS), тумор in situ (TIS), пред-инвазивен рак, дисплазия, доброкачествени тумори, кисти и всички пред-злокачествени състояния
- Базалноклетъчни и плоскоклетъчни карциноми на кожата, както и кожни лимфоми, саркоми и дерматофибросарком протуберанс, ограничени в кожата (за всички кожата се определя като един или повече от епидермалните, дермалните и подкожните слоеве на кожата).
- Тумори на простатата, класифицирани с оценка по Gleason по-малко от 7 или с етапност, по-малка от T2bN0M0, или с етапност, по-малка от pT2N0M0, след пълно отстраняване на простатата (радикална простатектомия)
- Тумори на щитовидната жлеза със стадий, по-малък от T2N0M0
- Уротелиални тумори със стадий, по-малък от T1bN0M0
- Гастроинтестинални стромални тумори и невроендокринни тумори, класифицирани в по-малко от прогностичен стадий II според AJCC (осмо издание)
- Рак, диагностициран въз основа на откриването на туморни клетки и/или туморно свързани молекули в кръвта, слюнката, изпражненията, урината или друга телесна течност при липса на други окончателни и клинично проверими доказателства

2. Преинвазивен и ранен стадий на рак

Огнищно, локализирано автономно разрастване на карциномни клетки, което остава ограничено до слоя тъкан, от който се е развило, и все още не е довело до инвазия на нормалните околни тъкани или други части на тялото.

Преинвазивният/ранният стадий на рак на простатата и щитовидната жлеза винаги трябва да се диагностицира положително въз основа на микроскопско изследване на фиксирана тъкан (хистопатологичен доклад). Ползата е ограничена до следните тумори:

- Всички първични карциноми in situ според класификацията на AJCC (Американски комитет по рака, Седмо издание на TNM класификацията), с изключение на рак на кожата, различен от меланом in situ
- Тумори на простатата, класифицирани с оценка по Глийсън под 7 или с етапност под T2bN0M0 или с етапност под pT2N0M0 след пълно отстраняване на простатата (радикална простатектомия)
- Тумори на щитовидната жлеза със стадий, по-малък от T2N0M0

Изключени са следните случаи:

- Дисплазия, различна от високостепенна Дисплазия, която се счита за карцином in-situ
- Всякакви предракови състояния

lymphoma and malignant bone marrow disorders including leukaemia.

The following are excluded:

- Carcinoma in situ (CIS), tumor in situ (TIS), pre-invasive cancer, dysplasia, benign tumors, cysts and all pre-malignant conditions
- Basal cell and squamous cell carcinomas of the skin, and cutaneous lymphomas, sarcomas and dermatofibrosarcoma protuberans confined to the skin (for all, skin is defined as one or more of the epidermal, dermal, and subcutaneous tissue layers of the skin)
- Prostate tumors classified with a Gleason score less than 7 or staged less than T2bN0M0 or staged less than pT2N0M0 after full removal of the prostate (radical prostatectomy)
- Thyroid tumors staged less than T2N0M0
- Urothelial tumors staged less than T1bN0M0
- Gastrointestinal stromal tumors and neuroendocrine tumors classified less than prognostic stage II according to the AJCC (Eight Edition)
- Cancer diagnosed based on finding tumor cells and/or tumor-associated molecules in blood, saliva, faeces, urine or any other bodily fluid in the absence of further definitive and clinically verifiable evidence

2. Pre-invasive and early-stage cancer

A focal, localized autonomous growth of carcinomatous cells which has remained confined to the layer of tissue from which it first developed and has not yet resulted in the invasion of normal surrounding tissues or other parts of the body. Pre-invasive/ early-stage prostate and thyroid cancer must always be positively diagnosed upon the basis of microscopic examination of fixed tissue (histopathological report). The benefit is limited to following tumors:

- All primary carcinomas in situ according to AJCC classification (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification) except for the skin cancer other than melanoma in situ
- Prostate tumors classified with a Gleason score less than 7 or and staged less than T2bN0M0 or staged less than pT2N0M0 after full removal of the prostate (radical prostatectomy)
- Thyroid tumors staged less than T2N0M0

The following are excluded:

- Dysplasia other than high grade Dysplasia being considered carcinoma in-situ
- Any pre-malignant conditions

- Всеки рак на кожата, с изключение на меланом in situ
 - Рак, диагностициран въз основа на откриването на туморни клетки и/или туморно свързани молекули в кръвта, слюнката, изпражненията, урината или друга телесна течност при липса на други окончателни и клинично проверими доказателства.
3. **Неврохирургия**
- Действителна операция на мозъка под обща анестезия, при която се извършва краниотомия. Включена е операцията с ключова дупка, но се изключва операция на мозъка в резултат на злополука. Процедурата трябва да се счита за необходима от квалифициран специалист.
4. **Хирургия на байпас на коронарната артерия**
- Подлагане на операция, изискваща средна стернотомия, по препоръка на лекар специалист по кардиология за коригиране на стеснението или запушването на една или повече коронарни артерии с помощта на байпасни трансплантати.
- Изключени са следните случаи:
- Перкутанни коронарни интервенции като ангиопластика и всички други интраартериални, катетърни техники или лазерни процедури.
5. **Смяна или възстановяване на сърдечна клапа**
- Първата поява на открита или минимално инвазивна операция на сърдечна клапа, извършена с цел подмяна или ремонт на една или повече сърдечни клапи, вследствие на дефекти, които не могат да бъдат отстранени само чрез интраартериални катетърни процедури. Операцията трябва да бъде извършена след препоръка от лекар-специалист по кардиология.
6. **Трансплантация на големи орган**
- Подлагането на трансплантация като реципиент от друг човешки донор на:
- Костен мозък, или поне един дял от черния дроб, или от цяло сърце, бял дроб, бъбрек или панкреас.
- Изключва се следното:
- Трансплантация на други органи, части от органи, тъкани или клетки
7. **Второ лекарско мнение**
- Застрахованото лице или лекуващият го лекар имат право да потърсят и получат второ лекарско мнение относно поставената диагноза за онкологично заболяване или за необходимостта от извършване на медицински процедури покрити по настоящата застраховка, както и за всяко друго заболяване или състояние за което има код съгласно МКБ.
8. **Онко Скрининг**
- По настоящото покритие се покрива направата на ДНК тест на застрахованото лице или неговите биологични деца във връзка с диагностициране на следните видове рак:
- Рак на гърдата; Рак на яйчника; Рак на ендометриума; Рак на простата; Колоректален рак; Рак на стомаха; Рак на бъбреците; Рак на пикочния мехур; Уротелиален рак; Рак на щитовидната жлеза; Паратироиден карцином; Множествена
- Any skin cancer except for melanoma in situ
 - Cancer diagnosed based on finding tumor cells and/or tumor-associated molecules in blood, saliva, feces, urine or any other bodily fluid in the absence of further definitive and clinically verifiable evidence
3. **Neurosurgery**
- The actual undergoing of surgery to the brain under general anesthesia during which a craniotomy is performed. Keyhole surgery is included, however brain surgery as a result of an accident is excluded. The procedure must be considered necessary by a qualified specialist.
4. **Coronary Artery By-pass Surgery**
- The undergoing of surgery requiring median sternotomy on the advice of a specialist doctor in cardiology to correct narrowing of, or blockage to, one or more coronary arteries with by-pass grafts.
- The following are excluded:
- Percutaneous coronary interventions such as angioplasty and all other intra-arterial, catheter-based techniques or laser procedures
5. **Heart Valve Replacement or Repair**
- The first occurrence of open or minimal-invasive heart valve surgery, performed to replace or repair one or more heart valves, because of defects that cannot be repaired by intra-arterial catheter procedures alone. The surgery must be performed after a recommendation by a specialist doctor in cardiology.
6. **Major Organ Transplant**
- The undergoing of a transplant as a recipient from another human donor of:
- Bone marrow, or at least one lobe of the liver, or of a complete heart, lung, kidney or pancreas
- The following is excluded
- Transplant of any other organs, parts of organs, tissues or cells
7. **Second Medical Opinion**
- The insured person or his/her attending physician shall have the right to seek and obtain a second medical opinion regarding the diagnosis of a cancer or the need for medical procedures covered under this insurance, as well as for any other disease or condition for which there is an ICD code.
8. **Cancer Screening**
- This cover provides for a DNA test to be carried out on the insured person or their biological children in connection with the diagnosis of the following cancers:
- Breast cancer; Ovarian cancer; Endometrial cancer; Prostate cancer; Colorectal cancer; Stomach cancer; Kidney cancer; Bladder cancer; Urothelial cancer; Thyroid cancer; Parathyroid carcinoma; Multiple

неврофиброматоза; Феохромоцитом; Семейен параганглиом

- Покритите по Онко Скрининг тестове се организират и извършват за Всички биологични деца на застрахованото лице, в случай че то е диагностицирано с рак по време на действието на застрахователната полица или на Застрахованото лице, ако единият от биологичните му родители е диагностициран по времето на застрахователния договор и покрит по полицата вид рак.

Обхват на покритието по точки 1 до 6:

- Прилага се годишен лимит от 1 000 000 EUR на застраховано лице за една застрахователна година.
- Полицата има таван на пожизнените обезщетения, които могат да бъдат претендирани, в размер на 2 000 000 EUR на застраховано лице.

Член 5 ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ

В случай на първо диагностициране на покрито заболяване (описано в чл. 4) в рамките на полицата, което е потвърдено и одобрено от Асистанс компанията, Застрахованият може да избере една от следните възможности:

1. Еднократна сума на обезщетението

- Еднократно обезщетение в размер на 10 000 EUR за всички покрити заболявания, с изключение на прединвазивен/ранен стадий на рак, при условие че Застрахованият е преживял поне 30 дни от първоначалната диагноза.
- Еднократно обезщетение от 1 000 EUR за прединвазивен/ранен стадий на рак.

След изплащане на еднократно обезщетение за покрито заболяване няма да бъдат изплащани допълнителни обезщетения (нито еднократно обезщетение, нито ще бъде организирано лечение в чужбина) за същото заболяване (т.е. за рецидиви и т.н.).

2. Лечение в чужбина (в Европа, с изключение на Швейцария)

Лечението в чужбина се организира от Асистанс компанията (или Застрахователя) ако:

- Полицата е в сила.
- Не се провежда лечение в чужбина за прединвазивен/ранен стадий на рак.
- Разходите за пътуване и настаняване (точки 8, 10 и 12, споменати по-долу) са ограничени до 10 000 EUR на иск.
- За всяка първична диагноза на инвазивен рак и медицински процедури покритието е ограничено до първично лечение.
- Няма палиативно лечение.
- Не се провеждат контролни или последващи посещения, за да се предложи само здравен контрол (без предложения за лечение).
- За покриване на разходите трябва да се спазват процедурите за искове.
- Разходите, изброени в точки 1-14 по-долу, ще бъдат възстановени до размера на покритието по чл. 4:

neurofibromatosis; Pheochromocytoma; Familial paraganglioma

- Covered Cancer Screening tests are arranged and performed for ALL biological children of the Insured Person if the Insured Person is diagnosed with cancer while the Policy is in force, or of the Insured Person if one of the Insured Person's biological parents is diagnosed with a type of cancer while the Policy is in force.

Extent of cover:

- An annual limit of EUR 1 000.000 is applicable per insured person per policy year.
- Policy has a cap on Lifetime benefits claimable under this policy amounting to EUR 2.000.000 per insured person.

Article 5 INSURANCE BENEFIT

In case of the first diagnosis of a covered condition (outlined in art. 4) within the Policy term, which has been confirmed and approved by the Assistance Company, the Insured can decide between one of the following options:

- A lump sum benefit of EUR 10.000 for all covered conditions except pre-invasive/ early stage cancer, provided that the Insured survived at least 30 days as from initial diagnosis.
- A lump sum benefit of EUR 1.000 for Pre-invasive/ early-stage cancer.

After a lump sum benefit for a covered condition no further benefits (neither lump sum benefit nor treatment abroad benefit) will be paid for the same condition (i.e. for relapses, etc).

3. Treatment abroad (i.e. in Europe exclusive Switzerland)

Treatment abroad organized by the Assistance Company (or the Insurer) with the following limitations:

- The policy is in force.
- No treatment abroad for pre-invasive/ early stage cancer
- Travel and accommodation costs (i.e. points 8, 10 and 12 mentioned below) are limited to 10.000 € per claim.
- For each primary Invasive Cancer diagnosis and medical procedures, cover is limited to Primary Treatment.
- No Palliative Treatment.
- No check-up or follow-up visits for health control proposes only (without treatment proposes).
- The Claims Procedures must be followed for coverage of the expenses.
- The expenses which are listed in points 1. – 14. below, will be reimbursed up to the Extent of cover under art 4:

1. Ако застрахованият, докато е застрахован съгласно условията на тези условия, направи медицински разходи, дружеството ще възстанови тези разходи при спазване на разпоредбите и ограниченията, посочени по-долу. Медицинските разходи трябва да са направени (т.е. действително извършена медицинска услуга от доставчика на медицински услуги и разходите за нея да са платени от застрахования) в рамките на срока на валидност на полицата. Ако полицата изтече, тогава дължимите разходи са само тези, направени по отношение на медицинските услуги, предоставени до датата на изтичане на срока (с изключение на случаите, когато е приложим периодът на лечение).
 2. От болница, по отношение на:
 - Настаняване в единична самостоятелна стая, храна и общи сестрински услуги, предоставени по време на престоя на Застрахования в стая, отделение или секция на болницата или в отделение за интензивно лечение или наблюдение;
 - Други болнични услуги, включително тези, предоставяни от амбулаторно отделение на болницата, както и разходи, свързани с цената на допълнително легло или легло за придружител, ако болницата предоставя тази услуга;
 - Използването на операционна зала и всички услуги, включени в нея.
 3. от дневна клиника или независим център за социални грижи, но само ако лечението, операцията или рецептата биха били покрити по тази полица, ако са предоставени в болница.
 4. от лекар, във връзка с преглед, лечение, медицински грижи или операция.
 5. За лекарски посещения по време на хоспитализация.
 6. За следните медицински и хирургически услуги, лечения или предписания:
 - За анестезия и прилагане на анестетици, при условие че те се извършват от квалифициран анестезиолог;
 - Лабораторни анализи и патология, рентгенови лъчи за диагностични цели, радиотерапия, радиоактивни изотопи, химиотерапия, електрокардиограми, ехокардиография, миелограми, електроенцефалограми, ангиограми, компютърна томография и други подобни изследвания и процедури, необходими за диагностициране и лечение на покрито заболяване или медицинска процедура, когато се извършват от лекар или под лекарски контрол;
 - Преливане на кръв, прилагане на плазма и серум;
1. If an insured member, while insured under the terms of these clauses, incurs medical expenses, the company shall reimburse such expenses, subject to the provisions and limitations set forth hereinafter. The medical expenses have to be incurred (i.e. actual medical service rendered by the medical service provider and its costs paid by the insured member) within the policy expiry date. If the policy lapses, then the cost payable are only those incurred in respect of medical services rendered up to the lapse date (excepting cases when the Treatment period is applicable).
 2. By a hospital, in respect of:
 - Accommodation in a single private room, meals and general nursing services provided during the Insured's stay in a room, ward or section of the Hospital or in an intensive care or monitoring unit;
 - Other Hospital services including those provided by a hospital outpatient department, as well as expenses relating to the cost of an extra or companion's bed if the Hospital provides this service;
 - The use of an operating room and all the services included in it.
 3. By a day clinic or independent welfare centre, but only if the treatment, Surgery or prescription would have been covered under this Policy if provided in a hospital.
 4. By a doctor, in respect of examination, treatment, medical care or surgery.
 5. For Doctors' visits during Hospitalization.
 6. For the following medical and surgical services, treatments or prescriptions:
 - For anaesthesia and administration of anaesthetics, provided they are performed by a qualified anaesthetist;
 - Laboratory analysis and pathology, x-rays for diagnostic purposes, radiotherapy, radioactive isotopes, chemotherapy, electrocardiograms, echocardiography, myelograms, electroencephalograms, angiograms, computerized tomography and other similar tests and treatments required for the diagnosis and treatment of a Covered illness or medical procedure, when performed by a Doctor or under medical supervision;
 - Blood transfusions, administration of plasma and serum;

- Разходи, свързани с използването на кислород, прилагането на интравенозни разтвори и инжекции.
7. За фармацевтични продукти или лекарства, прилагани по лекарско предписание, докато Застрахованият е хоспитализиран за лечение на покрито заболяване или медицинска процедура.
 8. За трансфери и транспортиране с наземни или въздушни линейки, когато използването им е показано и предписано от лекар и е предварително одобрено от застрахователя или упълномощено от него лице.
 9. За услуги, предоставени на жив донор по време на процеса на премахване на орган или костен мозък за трансплантация на застрахованото лице, произтичащи от:
 - Болнични услуги, предоставени на донора, включително настаняване в болнична стая, отделение или секция, храна, общи сестрински услуги, редовни услуги, предоставяни от болничния персонал, лабораторни изследвания и използване на оборудване и други болнични съоръжения (с изключение на предмети за лична употреба, които не са необходими по време на процеса на премахване на органа или костния мозък, който ще бъде трансплантиран);
 - За операция и медицински услуги за премахване на орган или костен мозък на донор, който да бъде трансплантиран на Застрахования.
 10. За пътни разходи в двете посоки в икономична класа, освен ако бизнес класата не е препоръчана по медицински показания, включително посрещане на летището, по редовна линия, за Застрахования и един придружител (и донор, когато е приложимо), за медицинско лечение на покрито заболяване или медицинска процедура.
 11. За разходите за предоставените преводачески услуги и за второто лекарско мнение.
 12. До 200 EUR на ден за настаняване на Застрахования и един придружител при пътуване извън страната с единствената цел да получат лечение на покрито заболяване или медицинска процедура. Разходите за настаняване извън болницата ще бъдат покрити за предложения период от 30 дни.
 13. До 15 000 EUR за транспортиране на тленните останки до мястото на погребение в страната на пребиваване, в допълнение към минималните задължителни разходи за ковчег, балсамиране и административни формалности, в случай на смърт по време на лечение вследствие на покрито заболяване или медицинска процедура.
- Expenses relating to the use of oxygen, application of intravenous solutions and injections.
7. For pharmaceutical products or medicines applied by medical prescription while the Insured is hospitalized for treatment of a covered illness or medical procedure.
 8. For transfers and transportation by ground or air ambulances where their use is indicated and prescribed by a doctor, and pre-approved by insurer or its designee.
 9. For services provided to a living donor during the process of removal of an organ or bone marrow to be transplanted to the insured, arising from:
 - Hospital services provided to the donor, including accommodation in a hospital room, ward or section, meals, general nursing services, regular services provided by hospital staff, laboratory tests and use of equipment and other hospital facilities (excluding items for personal use which are not required during the process of removal of the organ or bone marrow to be transplanted);
 - For surgery and medical services for the removal of a donor's organ or bone marrow to be transplanted to the Insured.
 10. For round trip travel expenses in economy class unless business class is medically recommended, inclusive of airport pick up, by scheduled service, for the Insured and one companion (and Donor where applicable), for medical treatment of a covered illness or medical procedure.
 11. For the expenses of the translation services rendered and the Medical Second Opinion.
 12. For the accommodation of the Insured and one companion when travelling outside of country for the sole purpose of receiving treatment for a covered illness or medical procedure. The lodging expenses outside the hospital will be covered for a suggested period of 30 days (max. EUR 200 per day).
 13. Sum of up to EUR 15,000 is extended for the transportation of the bodily remains to the place of burial in the country of residence, in addition to minimum obligatory coffin, embalment and administrative formalities, in the event of death whilst receiving treatment because of a covered illness or medical procedure.

14. Изплащат се по 100 EUR за всеки ден на хоспитализация но не повече от 30 дни за срока на полицата.

14. EUR 100 is paid for each day of hospitalization but not more than 30 days during the policy period.

Член 6 ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Всички Заболявания или състояния, които не са изрично предвидени в чл. 4, "Покрити заболявания", от настоящите условия
2. Всички предшестващи състояния и/или вродени заболявания, вродени дефекти, деформации или болести, настъпили преди датата на влизане в сила на полицата.
3. Всякакви болести или състояния, които са диагностицирани и/или проявяват първите си симптоми по време на периода на изчакване (период на изключване), както е посочено в чл. 3 от настоящите условия.
4. Всяко лечение, което не е първично лечение
5. Лечение и услуги, извършени в страната на пребиваване на Застрахования (с изключение на пътнически или транспортни услуги, организирани от Застрахователя (или Асистанс компанията)
6. Всички разходи за болести или наранявания, причинени в резултат на войни, терористични актове, сеизмични движения, вълнения, бунтове, наводнения, вулканични изригвания, както и преки или косвени последици от ядрени реакции и всякакви други природни или технически катастрофични явления; както и официално обявени епидемии.
7. Заболявания или злополуки, произтичащи от професионалното практикуване на какъвто и да е спорт и при практикуване на въздушни дейности (които не са свързани с превоз на пътници) и подводни дейности, бокс, бойни изкуства, катерене, ръгби, бикоборство, автомобилни състезания, включително изпитания, и всякакви други високорискови спортове
8. Здравни грижи, необходими поради алкохолизъм, наркомания и/или интоксикации, причинени от злоупотреба с алкохол и/или употреба на психоактивни, наркотични или халюциногенни вещества. Изключени са също така последиците и заболяванията, произтичащи от опити за самоубийство и самонараняване
9. Всякакви медицински разходи, направени преди издаването на второ лекарско мнение организирано съгласно изискванията на Асистанс компанията.
10. Всички разходи, които не са били предварително разрешени и организирани от Застрахователя или упълномощено от него лице
11. Организация за лечение и други услуги касаещи Преинвазивен рак
12. Всички заболявания или състояния, причинени умишлено или чрез измама, или произтичащи от действия на небрежност или престъпна непредпазливост от страна на Застрахования или в резултат на извършено престъпление
13. Синдром на придобитата имунна недостатъчност (СПИН) или всяко заболяване, което е вторично или причинено от СПИН, или е резултат от лечение на СПИН, включително заболяването, известно като сарком на Капоши.

Article 6 EXCLUSIONS

1. All Illnesses or conditions not specifically contemplated under art. 4, Covered Illnesses, of this Policy of terms and conditions
2. All types of Pre-Existing Conditions and/or Congenital Illnesses, Birth Defects, deformations or Illnesses occurring before the date of inclusion of each Insured in the Policy
3. Any Illnesses or conditions which are diagnosed and/or shows their first symptoms during the Waiting Period (Exclusion period) as indicated in Art. 3 of these Policy terms and conditions
4. All treatment which is not Primary treatment
5. Treatments and services rendered in the country of residence of Insured (excepting travel or transport services organized by the Insurer (or the Assistance Company).
6. Any expenses for Illnesses or Injuries produced as a result of wars, Acts of Terrorism, seismic movements, commotions, riots, floods, volcanic eruptions, as well as the direct or indirect consequences of nuclear reaction and any other nature or technic catastrophic phenomena; as well as officially declared epidemics.
7. Illnesses or Accidents arising from the professional practice of any sport and in the keen pursuit of air activities (not related to the transport of passengers) and sub-aqua activities, boxing, martial arts, climbing, rugby, potholing, bullfighting, motor racing including trials, and any other high-risk sport
8. Healthcare required due to alcoholism, drug addiction and/or intoxicants caused by the abuse of alcohol and/or the use of psychoactive, narcotic or hallucinogenic drugs. Also excluded are the consequences and Illnesses arising from attempted suicide and self-harm
9. Any medical expense incurred before the issuance of the Medical Second Opinion by a World Leading Medical Centre as per Assistance Company
10. Any expenses that have not been pre-authorized and organized by Insurer or its designee
11. Treatment and other services organization for Preinvasive cancer
12. All Illnesses or conditions caused intentionally or fraudulently or derived from acts of negligence or criminal imprudence by the Insured or resulting when committing a crime
13. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or any disease secondary to or caused by AIDS, or resulting from any treatment for AIDS, including the disease known as Kaposi's Sarcoma.

14. Всяка услуга, която не е необходима от медицинска гледна точка за лечението на покрито заболяване или медицинска процедура.
15. Разходи, извършени във връзка с услуги за задържане, домашни медицински грижи или услуги, предоставени в център за възстановяване или институция, хоспис или дом за стари хора, дори когато тези услуги са необходими или се изискват в резултат на покрито заболяване или медицинска процедура.
16. Протези, коригиращи устройства и медицински приспособления, които не са необходими интраоперативно за покритото заболяване (с изключение на протеза за мамопластика след мастектомия, при условие че мастектомията е покрита по тази полица).
17. Фармацевтични продукти и лекарства, които не са издадени от лицензиран фармацевт или които могат да се получат без лекарско предписание.
18. Разходи за медицинска помощ или престой в случаи на церебрален синдром, сенилност или мозъчно увреждане, независимо от степента на тяхното развитие, освен ако мозъчното увреждане е резултат от лечение на покрито по настоящите условия заболяване или състояние.
19. Разходи за лечение, услуга, доставка или медицинско предписание за заболяване, за което най-доброто лечение е трансплантация на костен мозък.
20. Разходи, направени за закупуване или наемане на инвалидни колички, специални легла, климатични уреди, въздухочистачки и всякакви други подобни предмети или оборудване, освен ако не са предназначени за използване по време на покритата хоспитализация.
21. Разходи, направени от Застрахования или неговите роднини, придружители или ескорт, с изключение на изрично покритите.
22. Козметична хирургия и пластична хирургия (с изключение на мамопластика след мастектомия, при условие че мастектомията е покрита по тази полица).
23. Палиативно лечение
24. Контролни посещения и изследвания, които се извършват без лечебни интервенции с единствената цел да се контролира здравословното състояние
25. Трансплантацията се извършва като самостоятелна трансплантация, с изключение на трансплантациите на костен мозък.
26. Застрахованият е донор за трета страна
27. Трансплантация на стволови клетки, различна от трансплантация на костен мозък
28. Трансплантации от мъртъв донор
29. Закупуване на донорски органи
30. Не са обичайни и необосновани разходи
31. Травматични увреждания на аортата и/или вродени изменения на аортата и коронарните съдове
32. Травматични увреждания или вродени изменения на сърдечните клапи
33. Експериментално и недоказано лечение, диагностични тестове и лечение, което не съответства на или не е свързано с диагностиката и лечението на покрити
14. Any service that is not medically necessary for the treatment of a covered illness or medical procedure
15. Expenses incurred in respect of confinement services, home health care or services provided in a convalescence centre or institution, hospice or old people's home, even where such services are required or necessary because of a covered illness or medical procedure
16. Prosthesis, corrective devices and medical appliances which are not required intra-operatively for the covered illness (excepting a prosthesis for mammoplasty after mastectomy provided mastectomy was covered under this policy).
17. All pharmaceutical products and medicines which have not been dispensed by a licensed pharmacist or which are obtainable without a medical prescription
18. Charges for medical attention or confinement in cases of cerebral syndrome, senility or cerebral impairment, regardless of the status of their development, unless the cerebral impairment is the result of the treatment in the WLMC.
19. Charges made for any treatment, service, supply or medical prescription for a disease for which the best treatment is a bone marrow transplant
20. Expenses incurred in the purchase or hire of wheelchairs, special beds, air conditioning appliances, air cleaners and any other similar items or equipment, unless for use during the covered hospitalization.
21. Expenses incurred by the Insured or the relatives, companions or escorts, except those expressly covered.
22. Cosmetic surgery and plastic surgery (excepting mammoplasty after mastectomy provided mastectomy was covered under this policy)
23. Palliative treatment.
24. Control visits and investigations which are done without treating interventions with the single goal of health condition control.
25. The transplant is conducted as a self-transplant except for bone marrow transplants
26. The Insured is a donor for a third-party
27. Stem Cells Transplants other than bone marrow transplants
28. Transplants from a dead donor
29. Purchase of donor organs
30. Not customary and unreasonable charges
31. Traumatic injuries or congenial alterations of the heart valves
32. Traumatic injuries or congenial alterations of the heart valves
33. Experimental and unproven treatment, diagnostic tests and treatment not consistent with or incidental to the diagnosis and treatment of covered illnesses. Treatments

заболявания. За целите на тази клауза не се счита, че лечението, препоръчано от избрания от Застрахования Медицински център, е експериментално или недоказано.

34. Всякакви разходи, направени във връзка с или произтичащи от диагноза, лечение, услуга, доставка или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени в чужбина, когато Застрахованият е живял извън България повече от 90 последователни дни през всеки 12-месечен период
35. Не се организира ОНКО СКРИНИНГ за:
- Онкологични заболявания диагностицирани преди началото на застрахователното покритие
 - Влошаване на онкологични заболявания диагностицирани преди началото на застрахователното покритие
 - Онкологични заболявания, неописани в настоящите условия

Член 7 ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

1. При настъпило застрахователно събитие застрахованото лице следва да уведоми застрахователя по един от следните начини:
- на място в офиса на Застрахователя, намиращ се в гр. София, бул. "Христофор Колумб" 43;
 - на интернет страницата на застрахователя www.euroinslife.bg
 - на телефон 0700 89 039.
2. При настъпило Застрахователно събитие Застрахованият/Застрахованият или Ползващото лице/лица попълват и представят претенция за изплащане на застрахователно обезщетение по образец на Застрахователя заедно с описаните в нея документи както и всички останали документи изискани писмено от Застрахователя. Образец на претенцията може да бъде намерен на интернет страницата на застрахователя www.euroinslife.bg
3. По отношение на Второ лекарско мнение за да стартира процедурата по получаването му, Застрахованото лице или лекуващият го лекар следва да се свърже с Меди Гайд на безплатен телефон 00800-120-1131. Сътрудниците на Меди Гайд посочват три водещи световни медицински центъра, които са сред най-добрите в света в диагностицирането и лечението на конкретното заболяване. Застрахованото лице следва да избере един от тях, който ще отговори на искането за даване на второ лекарско мнение. Сътрудниците на Меди Гайд се свързват директно с лекуващия го лекар и организират събирането и окомплектоването на цялата медицинска документация, както и превеждането и предаването на необходимите документи на избрания медицински център. Квалифицирани специалисти правят независим анализ на предоставените медицински документи и потвърждават или отхвърлят поставената диагноза. Застрахованото лице получава също и пълен преглед на първоначално предложения план на лечение. Това включва препоръки по отношение на възможностите за лечение, международни стандарти за грижа или по-съвременни и доказани подходи за лечение. Всички анализи и препоръки се представят на Застрахования

recommended by the Insured's selected WLMC are deemed not to be experimental or unproven for the purpose of this clause

34. Any expenses incurred in connection with or derived from any diagnosis, treatment, service, supply or medical prescription of any nature incurred abroad when the Insured has lived outside of Bulgaria for more than 90 consecutive days in any 12 months period
35. Cancer Screening is not organized for
- Cancers diagnosed before the start of insurance coverage
 - Aggravation of oncological diseases diagnosed before the start of insurance coverage
 - Cancers not described in these conditions

Article 7 RELATIONS BETWEEN THE PARTIES IN THE EVENT OF AN INSURED EVENT

1. In case of an insured event, the insured person shall notify the insurer in one of the following ways:
- on the spot at the office of the Insurer, located in the town of Sofia, 43 "Christofor Columbus"blvd;
 - on the insurer's website www.euroinslife.bg
 - on the Insurers's hot line 0700 89 039.
2. In the event of an Insured Event, the Insurer/Insured or the Beneficiary(ies) shall complete and submit a claim for payment of insurance indemnity in accordance with the Insurer's form together with the documents described therein and any other documents required in writing by the Insurer. The claim form can be found on the Insurer's website www.euroinslife.bg.
3. In respect of a Second Medical Opinion, the Insured Person or his/her attending Physician should contact Medigap toll free at 00800-120-1131 to initiate the procedure for obtaining such Second Medical Opinion. Medicaid associates name three world leading medical centers that are among the best in the world in diagnosing and treating the specific disease. The insured person should select one of them that will respond to the request for a second medical opinion. Medi Guide's staff will contact the treating doctor directly and arrange for the collection and completion of all medical documentation, as well as the translation and transmission of the necessary documents to the chosen medical center. Qualified specialists independently analyze the medical documents provided and confirm or reject the diagnosis. The insured person also receives a full review of the initially proposed treatment plan. This includes recommendations regarding treatment options, international standards of care or more advanced and proven treatment approaches. All analyses and recommendations shall be submitted to the Insured and/or his/her treating physician in writing within 10 business days of receipt for analysis by the selected medical center, complying with all medical laws and confidentiality provisions.

и/или на лекуващ го лекар на български език в писмена форма в срок от 10 работни дни, считано от получаването им за анализ от избрания медицински център, спазвайки всички медицински закони и разпоредби за поверителност.

- В случай, че лекуващият лекар не окаже съдействие на сътрудниците на MediGuide при събирането на необходимите медицински документи, отговорно за събирането и окомплектоването им ще е застрахованото лице.
 - Заявлението за второ лекарско мнение се подава от Застрахования или от неговия лекуващ лекар. Посочените лица трябва да се свържат с представителя на Меди Гайд на адреса и телефона, предоставени на Застрахования от Застрахователя. Представителят на Меди Гайд ще информира Застрахования относно процедурата, която трябва да бъде следвана, и за необходимите документи за представяне. Представителят на Меди Гайд осигурява всички необходими формуляри.
 - Консултациите са неограничени по отношение на състоянията /заболяванията, за които може да се поиска второ лекарско мнение, като за всяко състояние/заболяване, клиентът има право на едно второ лекарско мнение
4. По отношение на Онко скрининг - В рамките на 10 работни дни след получаване на медицинските документи от клиента, от лабораторията партньор се свързват с клиента с подробна информация, свързана със следващите стъпки на услугата (консултиране преди теста и доставка на комплект за ДНК)
- Клиентът получава ДНК комплект на посочен от него адрес. Комплектът включва инструкции как да дадете пробата, съгласие с правилата и условията, предоставя формуляр за съгласие. Пробата се връща в предварително адресиран предплатен плик.
 - Процес на ДНК тестване, тълкуване на резултатите и създаване на доклад - за проби, които отговарят на критериите за качество и могат да бъдат анализирани, времето за изпълнение е 6 седмици от получаване на пробата
5. Ако анализът не може да бъде извършен поради качеството на пробата, процесът се повтаря и от клиента се иска да предостави друга проба
6. Получаване на резултати:
- Ако няма високорискови мутации - клиентите получават резултатите си директно с препоръка да следват стандартните процедури и програми за скрининг на рак.
 - В случаи на високорискови мутации - клиентите получават своите резултати с подходящи съвети и насоки в сесия за консултация с медицински експерт и техните резултати от теста по време/след сесията за консултация.
4. Regarding Cancer Screening - Within 10 working days after receiving the medical documents from the client, the partner laboratory contacts the client with detailed information related to the next steps of the service (pre-test consultation and delivery of the DNA kit).
- The customer receives a DNA kit at the address he has specified. The kit includes instructions on how to give the sample, agreement to the terms and conditions, provides a consent form. The sample is returned in a pre-addressed prepaid envelope.
 - DNA testing process, interpretation of results and report creation - for samples that meet quality criteria and can be analyzed, turnaround time is 6 weeks from sample receipt
5. If the analysis cannot be performed due to the quality of the sample, the process is repeated, and the customer is asked to provide another sample
6. Getting results:
- If there are no high-risk mutations - clients receive their results directly with a recommendation to follow standard cancer screening procedures and programs.
 - In cases of high-risk mutations - clients receive their results with appropriate advice and guidance in a consultation session with a medical expert and their test results during/after the consultation session.

Настоящите Специални условия са приети от Съвета на Директорите на „Застрахователно дружество Евроинс Живот ЕАД“, с Протокол от 01.10.2024 г. и влезат в сила от 01.10.2024 г.;

„ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС ЖИВОТ“, София, бул. „Христофор Колумб“ № 43, ЕИК 175436411, лиценз за застраховане с Решение на Комисията за финансов надзор 1601-ЖЗ/12.12.2007 г.

