

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ  
„MEDICARE“СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ КЪМ  
ЗАСТРАХОВКА „MY EUROINS HEALTH“

## I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.1. (1) При сключване на застрахователно покритие „MEDICARE“ към застраховка „MY EUROINS HEALTH“ със „Застрахователно дружество ЕВРОИНС“ ЕАД (наричано по-нататък „Застраховател“) се прилагат Общите условия за застраховка „MY EUROINS HEALTH“ на Застрахователя, доколкото в настоящите Специални условия и в застрахователната полица не е уговорено друго.

(2) За сключване на застрахователно покритие „MEDICARE“, съгласно настоящите Специални условия, Застрахователят изисква заплащането на премия, размерът на която е посочен в сключената полица или добавък към нея.

## II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Чл.2. По смисъла на тези Специални 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. „Застрахователен период“ е периодът, за който се определя застрахователна премия, който период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.
5. „Застрахователна полица“ е писмената документация, която писва 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.
6. „Предложение за застраховане“ е формуляр, който Застрахованият и/или Застраховачият трябва да попълнят за да заявят издаването на полицата.
7. „Застрахователна премия“ е сумата, дължима в полза на Застрахователя за покриване на риска. Честотата на плащане е описана подробно в застрахователната полица. Всички дължими данъци и такси са изчерпателно посочени в застрахователния договор.
8. „Начало на застрахователното покритие“ е датата, посочена за начало в застрахователната полица.
9. „Край на застрахователното покритие“ е датата, на която застрахователното покритие по тази полица ще изтече или същата ще спре да е в сила поради неплащане на поредна дължима вноска, както е посочено в застрахователната полица.
10. „Дата на настъпване на застрахователното събитие“ е датата, на която Застрахованият за пръв път е претърпял/забелязал симптомите на събитието, за което се претендира обезщетение.
11. „Обезщетение“ е сумата, която Застрахователят е длъжен да изплати при настъпване на застрахователно събитие
12. „Претенция“ е искане за покриване на събитие, довело до последици, изцяло или частично покрити от Полицията. Последствията, произтичащи от една и съща причина, се считат за една претенция.
13. „Злополука“ е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за Застрахования произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, а не от болест, заболяване или постепенен физически или умствен процес, настъпило през застрахователния период и против неговата воля, което причинява на Застрахования телесно увреждане.
14. „Нараняване“ е идентифицируемо физическо увреждане на тялото на застрахованото лице, което е причинено пряко и единствено от злополука, не е умислено причинено от самонараняване и не е резултат от болест.
15. „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.
16. „Медицински разходи“ са действително извършени разходи за медицинско, фармацевтично, болнично или амбулаторно обслужване на Застрахования, което е необходимо и е част от лечението.
17. „Предварително съществуващо състояние, минали и хронични заболявания“ е всяко заболяване, което е било диагностицирано, лекувано или консултирано с лекар, или е показало симптомите си преди началната дата на полицата.
18. „Акт на тероризъм“ е акт, включващ, но не ограничен само до използване на сила или насилие и/или заплаха 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.

19. „Вродени заболявания, вродени дефекти, увреждане при раждане“ е 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.

20. „Ден“ е всеки 24-часов период.

21. „Лекар“ е 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.

22. „Донор“ е лице, което дарява своя орган (или тъкан) за трансплантация.

23. „Изключение“ е определена ситуация или състояние (или услуга), която не е покрита от Полицията и за която Застрахователното дружество не е длъжно да плати или не дължи плащане в случай на претенция.

24. „Експериментално лечение“ е 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.

25. „Декларация за здравословно състояние“ е формуляр, подписан или приет заедно с Полицията, с който Застрахованото лице удостоверява информация за своето здравословно състояние към определен момент.

26. „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:

25.1. предоставя медицински грижи на болни, страдащи или пострадали лица, като за целта разполага с възможност за стационарно лечение;

25.2. приема стационарни пациенти само под наблюдението на практикуващ лекар;

25.3. 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;

25.4. предоставя сестрински услуги на пълен работен ден от или под надзора на персонал от медицински сестри;

25.5. не е дневен стационар, здравна хидро- или природна клиника, психиатрично заведение, отделение, 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 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.

27. „Хоспитализация“ означава приемане като стационарен пациент за непрекъснат поне 24 часа престой в болница.

28. „Медицинска необходимост“ са здравни услуги и стоки, които са:

27.1. необходими за задоволяване на основните здравни нужди на Застрахования и

27.2. 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

27.3. 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

27.4. са в съответствие с диагнозата на състоянието или заболяването и

27.5. са необходими по причини, различни от удобството на Застрахования или неговия/нейния лекар и

27.6. е доказано в преобладаващата предварително рецензирана медицинска литература че е или:

27.6.1. безопасна и ефективна за лечение или диагностициране на състоянието или заболяването, за което се предлага употребата и, или;

27.6.2. е безопасна и ефективна за лечение на животозастрашаващо състояние или заболяване.

29. „Процес на второ медицинско мнение“ е 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.

30. „Предварителна сертификация“ (предварително разрешение) е разрешение за хоспитализация, дадено от застрахователя или упълномощено от него лице на застрахован преди неговата хоспитализация.

31. „Протеза“ е устройство, което замества изцяло или частично орган или замества изцяло или частично функцията на неработеща или неправилно функционираща част от тялото.

32. „Репатиране 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.

33. „Хирургия“ са 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.

34. „Преводческите услуги“ са цялостни услуги за трансфериране на смисъла на текст или реч от един език (изходен език) на друг език (целеви език). Тези услуги могат да се ползват от Застрахования или негов придружител през периода на лечението.

35. „Пътуване“ е транспорт за търсене на лечение на покрити заболявания и медицински процедури между страната на пребиваване и одобрения от MediG

36. „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.

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

38. „Период на изчакване (период на изключване, отлагателен период)“ е 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 не се прилага за непрекъснати подновявания.

39. „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.

40. „Палиативно лечение“ означава лечение, което се прилага единствено за облекчаване на страданието и не се счита за първично лечение.

41. „Първично лечение“ е лечебна операция и/или химиотерапия и лъчетерапия, или при липса на операция, химиотерапия и/или лъчетерапия.

42. „Период на лечение“ е 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.

### III. ПРЕДМЕТ НА ПОКРИТИЕ

#### Покрити заболявания, медицински процедури и обхват на покритието

Чл.3. (1) Предмет на покритие по застрахователния договор са следните заболявания и медицински процедури:

#### 1. Рак

1.1. Диагноза на злокачествен тумор, характеризиращ се с неконтролиран растеж и инвазивно разпространение, потвърден с хистопатологичен доклад и класифициран като злокачествен рак съгласно 8-то издание на класификацията AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging manual). Такъв рак включва малигнен лимфим, малигнени заболявания на костния мзък, (злокачествен лимфом и злокачествени заболявания на костния мозък), включително левкемия.

1.2. Изключени са следните случаи:

1.2.1. Карцином in situ (CIS), тумор in situ (TIS), преканцерози, дисплазии, доброкачествени тумори, кисти.

1.2.2. Базално-клетъчен и плоскоклетъчен карцином на кожата, кожни лимфоми, саркоми и дерматофибросаркома протуберанс, ограничени в кожата (за всички кожата се определя като един или повече от епидермалните, дермалните и подкожните слоеве на кожата).

1.2.3. Тумори на простатата, класифицирани с оценка по Gleason по-малко от 7 или с етапност (стадий), по-малка от T2bN0M0, или с етапност, по-малка от pT2N0M0, след пълно отстраняване на простатата (радикална простатектомия)

1.2.4. Тумори на щитовидната жлеза със стадий, по-малък от T2N0M0.

1.2.5. Уротелиални тумори със стадий, по-малък от T1bN0M0.

1.2.6. Гастро-интестинални стромални тумори и невроендокринни тумори, класифицирани в по-малко от прогностичен стадий II според AJCC (8 издание)

1.2.7. Рак, диагностициран въз основа само на наличието на туморни клетки или туморно свързани молекули в кръвта, слюнката, фецес, урината или други телесни течности при липса на други окончателни и клинично проверими доказателства.

2. **Преинвазивен и ранен стадий на рак** – изплаща се еднократно обезщетение при:

2.1. Огнищцо, локализиран автономен растеж на карциноматозни клетки, който е останал ограничен в слоя тъкан, от който първоначално се е развил, и не е довел до инвазия в нормалните околни тъкани или други части на тялото.

2.2. Преинвазивните/ранни стадии на рак на простатата и щитовидната жлеза винаги трябва да бъдат положително диагностицирани въз основа на микроскопско изследване (хистопатологичен доклад) на фиксирана тъкан.

2.3. Покритието е ограничено до следните тумори:

2.3.1. Всички първични карциноми in situ според класификацията на AJCC (Американски комитет по рака, 7-мо издание на TNM класификацията), с изключение на рак на кожата, различен от меланом in situ.

2.3.2. Тумори на простатата, класифицирани с оценка по Gleason по-малко от 7 или стадий по-малък от T2bN0M0 или стадий по-малък от pT2N0M0 след пълно отстраняване на простатата (радикална простатектомия).

2.3.3. Тумори на щитовидната жлеза със стадий, по-нисък от T2N0M0.

Изключени са следните случаи:

2.3.4. Дисплазия, различна от високостепенна дисплазия, която се счита за карцином in-situ.

2.3.5. Всяко предраково (премалигнено) състояние.

2.3.6. Всеки рак на кожата, с изключение на меланом in situ.

2.3.7. Рак, диагностициран въз основа на откриването на туморни клетки или туморни маркери в телесни течности (кръв, слюнка, фецес, урина и друга телесна течност) без допълнителни категорични клинични доказателства.

### 3. Неврохирургия

3.1. Реално извършване на хирургична интервенция на мозъка под обща анестезия, при която се извършва краниотомия.

3.2. Покриват се минимално инвазивни „keyhole“ операции, но се изключва мозъчна хирургия вследствие злополука.

3.3. Процедурата трябва да бъде призната като медицински необходима от квалифициран специалист.

### 4. Трансплантация на основни органи

4.1. Покриват се разходите за извършване на трансплантация, при която Застрахованият получава от човешки донор поне един от следните органи: костен мозък, поне един лоб от черен дроб, цяло сърце, бял дроб, бъбрек, панкреас.

4.2. Изключва се от покритието трансплантация на други органи, части от органи, тъкани или клетки.

### 5. Коронарен артериален байпас (CABG)

5.1. Покриват се разходите за извършване на операция, изискваща медианна стернотомия, по препоръка на кардиолог, с цел коригиране на стеснение или блокиране на една или повече коронарни артерии, чрез байпас присадки.

5.2. Изключени са следните случаи:

5.2.1. Перкутанти коронарни интервенции като ангиопластика.

5.2.2. Всякакви вътреартериални, катетър-базирани или лазерни процедури.

### 6. Смяна или възстановяване на сърдечна клапа

6.1. Първата поява на открита (отворена) или минимално инвазивна операция на сърдечна клапа, извършена с цел подмяна или ремонт на една или повече сърдечни клапи, поради дефект, който не може да бъде коригиран само чрез вътреартериална катетърна процедура.

6.2. Операцията трябва да бъде препоръчана от кардиолог.

### 7. Второ лекарско мнение

7.1. Застрахованото лице или лекуваният го лекар задължително се свързват с MEDIGUIDE за да получат второ лекарско мнение относно поставената диагноза за онкологично заболяване или за необходимостта от извършване на медицински процедури, покрити по настоящата застраховка.

### IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл.4. Освен ако е договорено друго, по застрахователния договор, включващ покритие „MEDICARE“, не се покриват:

1. Всички Заболявания или състояния, които не са изрично предвидени в чл.3, „Покрити заболявания“, от настоящите условия

2. Всички предшествашки 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.10 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 MEDIGUIDE)), освен ако е договорено друго.

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 каквото 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, ръбги, 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 MEDIGUIDE.

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 умислено или чрез измама, или произтичащи от действия на небрежност или престъпна непредазливост 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.
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 колечки, 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 трансплантацията 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 обосновани 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 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

## **V. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР**

### **Сключване на застрахователния договор**

- Чл.5. (1) Застрахователният договор се сключва съгласно писмено предложение на Застрахования/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 Специални условия
  2. Общите условия на застраховка „MY EUROINS HEALTH“;
  3. 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;
  4. Приложение №1 „Списък на застрахованите лица“ (при групови застраховки), който съдържа: трите имена (изписани на латиница), 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;
  5. Приложение №2 „Застрахователно покритие“;
  6. Здрава декларация;

6.1. Застраховката се сключва въз основа на декларациите, направени от Застрахования в Декларация за здравословно състояние, относно здравословното му състояние.

7. Добавящите към застрахователната полица, както и всеки друг документ, издаден от някоя от страните във връзка с договора.

Чл. 6. 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 ч. на деня на тяхното присъединяване.

### **Срок, изменение и прекратяване на застрахователния договор**

Чл.7. (1) Застрахователният договор се сключва за срок от 1 (една) година.

(2) По време на действието си застрахователният договор може да бъде изменяем 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) Подновяването на полицата (включително, но не само, подновяване при същите условия) не е гарантирано. Премията и Полицата могат да се променят на датата на подновяване.

Чл.8. Срокът на застрахователното покритие започва да тече от 00.00 часа на деня, посочен за начало на застрахователното покритие в застрахователната полица.

Чл.9. (1) Валидността на покритието, предоставено по настоящите Специални условия, предполага и зависи от верността и точността на отговорите на поставените от Застрахователя въпроси относно съществените обстоятелства, имащи значение за оценка на естеството и размера на риска на Застрахования.

(2) Ако Застрахованият е премълчал известна информация, която може да се счита за съществена за целите на оценката на риска по полицата, Застрахователят има право да измени договора, да прекрати договора или да намали застрахователното обезщетение – ако е настъпило застрахователно събитие.

(3) Застрахователното покритие, предоставено по тези условия, е с предимство пред всяка друга валидна и подлежаща на събиране застраховка.

Чл.10. (1) Период на изчакване (период на изключване, отлагателен период) по тези условия е както следва:

1. За групови полици (над 50 застраховани лица) - 90 дни
2. За индивидуални и семейни полици - 180 дни
3. Група до 50 човека, членове на семейства, застраховани по индивидуални и семейни договори се приемат като застраховани с индивидуални полици и имат отлагателен период 180 дни.

Чл.11. Ако Застрахованият претърпи някое от покритите по настоящите условия събития по време на периода на изчакване (период на изключване, отлагателен период), премиите се връщат и полицата се анулира.

Чл.12. Срокът на застрахователното покритие изтича в 24:00 часа на деня, посочен в полицата като край на застрахователното покритие.

Чл.13. 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 изтичане на полицата в годината, в която е навършена тази възраст

Чл.14. (1) Застрахователното покритие са прекратява при следните случаи:

1. С навършване на 65 годишна възраст на застрахования;
2. С прекратяване или изтичане на договора;
3. По взаимно съгласие на страните;
4. Едностранно от Застрахования, в случай, че застрахователният интерес отпадне. В този случай застрахователната премия се преизчислява и разликата се връща на Застрахования;
5. 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 премиата и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

(2) В случай на неплащане от страна на Застрахования на поредна разсрочена вноска, Застрахователят прекратява застрахователното покритие 15 дни след датата на падежа.

(3) Полицата се прекратява и не се изплащат допълнителни обезщетения, в случай че същата не бъде подновена, което може да се дължи на:

1. Продуктът е спрян и вече не се предлага от застрахователната компания. В този случай се предоставя 18-месечен период на лечение.
2. Притежателят на полицата не е платил застрахователната премия, която подлежи на гратисен период, ако има такъв.

### **Лимит на отговорност. Самоучастие**

Чл.15. (1) Лимитите на отговорност са посочени в Приложение №2 „Застрахователно покритие“.

(2) Разходите за лечение над застрахователната сума/лимит на отговорност и всички останали разходи, извън договорените в застрахователния договор, са за сметка на застрахованите лица.

(3) Отговорността на Застрахователя, съответно общата сума от всички обезщетения по застрахователния договор, е ограничена до размера на договорените лимити:

1. Прилага се годишен лимит от 1 000 000 EUR на застраховано лице за една застрахователна година.

2. Застраховката има таван на пожизнените обезщетения, които могат да бъдат претендирани, в размер общо на 2 000 000 EUR на застраховано лице за всички полици, подновявани без прекъсване.

## VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Чл.16. (1) В случай на първо диагностициране на покрито заболяване (описано в чл.3) в рамките на полицата, което е потвърдено и одобрено от MEDIGUIDE, Застрахованият може да избере една от следните възможности:

1. Еднократна сума на обезщетение:

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

(2) 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.).

(3) При избрана от Застрахования еднократна сума на обезщетение Застрахователят изплаща:

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

2. Еднократно обезщетение от 1 000 EUR за преинвазивен/ранен стадий на рак.

(4) Застрахователят не дължи изплащане на еднократно обезщетение на наследниците на Застрахования, в случай че той почине преди изплащането на обезщетението.

(5) При избрано от Застрахования лечение в чужбина Застрахователят, чрез MEDIGUIDE, организира лечението, ако:

1. Полицата е в сила.

2. Не се провежда лечение в чужбина за прединвазивен/ранен стадий на рак.

3. За всяка първична диагноза на инвазивен рак и медицински процедури покритието е ограничено до първично лечение.

4. Няма палиативно лечение.

5. Не се провеждат контролни или последващи посещения, за да се предложи само здравен контрол (без предложения за лечение).

(6) За организиране, провеждане и покриване на разходите за лечение в чужбина, Застрахования трябва да спазва процедурите за предявяване на искове.

(7) Разходите, изброени в точки 1-14 по-долу, ще бъдат възстановени до размера на покритието по чл.15, ал. 1, както следва:

1. Ако застрахованият, докато е покрит съгласно условията на застраховката, 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:

2.1. 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;

2.2. 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;

2.3. 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 полицата, 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:

6.1. За анестезия и прилагане на анестетици, при условие че те се извършват от квалифициран анестезиолог;

6.2. 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;

6.3. Преливане на кръв, прилагане на плазма и серум;

6.4. 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:

9.1. 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);

9.2. 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.

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

## VII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл.17. (1) При настъпило застрахователно събитие Застрахованото лице, в срок до 7 дни от узнаването, следва да уведоми Застрахователя по един от следните начини:

1. на място в офиса на Застрахователя, намиращ се в гр. София, бул. "Христофор Колумб" 43;

2. на интернет страницата на застрахователя [www.euroins.bg](http://www.euroins.bg)

3. на телефон 0700 17 241

(2) При настъпило Застрахователно събитие, т.е. при диагностициране на рак или друго критично заболяване, покрито по настоящите Специални условия, Застрахованият/Застрахованият, упълномощено лице или лекуващият го лекар следва да се свърже с MEDIGUIDE на безплатен телефон 00800-120-1131 и да ги информира чрез приложението [www.mediguide.com](http://www.mediguide.com). Застрахованият може да уведоми Застрахователя, но въпреки това процесът по определяне на обезщетение ще се извърши чрез прилагане на ал. 3.

(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 MEDIGUIDE на безплатен телефон 00800-120-1131.

1. След първоначалното уведомяване от страна на Застрахования, MEDIGUIDE в рамките на 3 работни дни предоставя информация за трите световноизвестни медицински центъра, които са най-подходящи да предоставят второ лекарско мнение.

2. Заявлението за второ лекарско мнение се подава от Застрахования или от неговия лекуващ лекар. Посочените лица трябва да се свържат с представителя на MEDIGUIDE на адреса и телефона, предоставени на Застрахования от Застрахователя. Представителят на MEDIGUIDE ще информира Застрахования относно процедурата, която трябва да бъде следвана, и за необходимите документи за представяне. Представителят на MEDIGUIDE осигурява всички необходими формуляри.

3. Застрахованото лице следва да избере един от предложените медицински центрове, който ще отговори на искането за даване на второ лекарско мнение.

4. Стъруниците на MEDIGUIDE също може да се свързват директно с лекуващия лекар на Застрахования и да организират събирането и окомплектоването на цялата медицинска документация, както и превеждането и предаването на необходимите документи на избрания медицински център.

5. В случай че лекуващият лекар не окаже съдействие на стъруниците на MEDIGUIDE при събирането на необходимите медицински документи, отговорно за събирането и окомплектоването им ще е застрахованото лице.

6. Медицинските специалисти от избрания медицински център, правят независим анализ на предоставените медицински документи и потвърждават или отхвърлят поставената диагноза.
  7. Предоставяне на документи от MEDIGUIDE към Световноизвестен медицински център се извършва чрез защитена IT платформа.
  8. Застрахованото лице получава 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 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.
  9. Консултациите са неограничени по отношение на състоянията /заболяванията, за които може да се поиска второ лекарско мнение, като за всяко състояние/заболяване, Застрахования има право на едно второ лекарско мнение.
  10. MEDIGUIDE изпраща второто лекарско мнение на Застрахования в срок до 24 работни часа след получаването му.
- (4) MEDIGUIDE съвместно със Застрахователя, предоставят на Застрахования:
1. Препоръка за лечебни заведения, съобразени с Второто медицинско мнение.
  2. Получаване на стойностна оферта за целия пакет лечение.
  3. Организиране на прием в лечебното заведение, избрано от Застрахования.
  4. Преглед на назначените лекарства, ако е необходимо.
  5. Асистанс услуги — транспорт, медицинска евакуация, хотел и др.
  6. Услуги за превод - MEDIGUIDE ще осигури, при поискване, услуга за превод, която може да бъде използвана от Застрахования и/или неговия придружител през периода на лечението.
  7. Репатриране на тленни останки

#### VIII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.18. (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 уведомленията 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 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 смятат 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 Специални условия са изготвени на български език. Независимо, че може да имат превод на други езици, при несъответствие между текстовете се прилага българският текст.

Чл.19. (1) Спрямо застрахователния договор се прилага действащото законодателство на Република България.

(2) За всички въпроси, неуредени в застрахователния договор или настоящите Специални 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 Специални условия има сила уговореното в договора.

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

#### VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.20. (1) Тези Специални условия:

1. са приети от Съвета на директорите на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД с решение от 25.03.2026 г. и влизат в сила от 01.04.2026 г.;

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

(2) Настоящите Специални 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 Специални условия, продължават действието си съгласно Специалните условия, по които са били сключени.