

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. (1) По тези общи условия „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД, наричано по-нататък „застрахователят“, сключва договор за „Медицинска застраховка“, с който срещу платена застрахователна премия предоставя покритие за разходи за здравни услуги и стоки в обем и до лимити, конкретно договорени между страните и посочени в договора.

(2) Страна по застрахователния договор е застрахованият. Когато застрахованият е физическо лице, той може при условията на застрахователния договор да бъде и застраховано лице.

(3) Освен ако е уговорено друго, застраховано лице може да бъде само физическо лице на възраст между 1 и 65 навършени години, което:

1. е задължително здравно осигурено при условията и по реда на Закона за здравното осигуряване;
2. не е поставено под запрещение;
3. е в добро физическо и психическо здраве, без увреждане на здравето;
4. не е с трайно загубена работоспособност или вид и степен на увреждане над 50 %.

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

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Чл. 2. По смисъла на тези общи условия:

1. „Застрахователен риск“ е обективно съществуващата вероятност от настъпване на вредоносно събитие, възникването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на застрахования и застрахованото лице.
2. „Застрахователно събитие“ е настъпването на покрит по застрахователния договор риск в периода на застрахователното покритие.
3. „Застрахователен период“ е периодът, за който се определя застрахователна премия, който период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.
4. „Период на застрахователното покритие“ е периодът, в който застрахователят носи риска по застраховката.
5. „Обезщетение“ е сумата, която застрахователят е длъжен да изплати при настъпване на застрахователно събитие.
6. „Лимит на отговорност“ е договорената и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя при настъпване на застрахователно събитие.
7. „Падеж“ е датата за плащане на дължимата застрахователна премия/вноска.
8. „Задължително здравно осигурено лице“ е лице, което е задължително осигурено в Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) съгласно Закона за здравното осигуряване.
9. „Симптоми на заболяване“ е влошаване на здравословното състояние, свързано със съвкупност от оплаквания, дължащи се на една и съща причина, наблюдаващи се едновременно или последователно и представляващи индикатор за определено заболяване.

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

11. „Минали заболявания“ са заболявания, изискващи здравни услуги и стоки, възникнали преди сключването на застрахователния договор, независимо дали преди това са били диагностицирани от изпълнител на медицинска помощ.

12. „Хронични заболявания“ са заболявания с прогресивен ход и чести обостряния, включени в списъка на хроничните болести на Министерство на здравеопазването (МЗ) и Световната здравна организация (СЗО).

13. „Злополука“ е телесно нараняване с външен за пострадалия произход, против волята му и настъпило в резултат на внезапно, непредвидено, неочаквано събитие в периода на застрахователното покритие.

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

15. „Застрахователен пакет“ е съвкупност от определени по вид, обхват и обем здравни услуги и стоки, които се покриват изцяло или частично от застрахователя при условията на сключения застрахователен договор.

16. „Обем на здравните услуги и стоки“ е количеството медицински услуги и стоки, до които застрахованите лица имат достъп при определени условия, регламентирани в настоящите общи условия и в сключения застрахователен договор.

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

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

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

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

21. „Изпълнител на медицинска помощ“ е юридическо лице, което съгласно действащото законодателство има право да извършва здравни услуги.

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

23. „Медицински консумативи“ са медицински изделия, които

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

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

25. „Помощни средства“ са средства за подпомагане и корекция на жизнени функции, предписани от правоспособен лекар в периода на застрахователното покритие.

26. „Санитарен транспорт“ е транспортиране на болно или пострадало лице от или до лечебно заведение за болнично лечение на територията на Република България, извършено чрез специализиран санитарен автомобил, при условие че транспортирането и болничното лечение са по лекарско предписание.

27. „Разумни и обичайни разходи“ са разходите за:

а) закупуване на определена здравна стока, които не надвишават средната сума, срещу която може да бъде закупена същата здравна стока на територията на Република България;

б) ползване на определена здравна услуга от конкретен изпълнител на медицинска помощ съобразно съответния медицински стандарт, които не надвишават средната сума, срещу която може да се ползва същата или сходна здравна услуга, предоставена от други изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България.

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

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

30. „Груба небрежност“ е наличие, когато застраховано лице не е предвиждало настъпването на вредоносните последици, довели до увреждане на здравето му, но е било длъжно и е могло да ги предвиди.

31. „Национален рамков договор (НРД)“ е Националният рамков договор за медицинските дейности по смисъла на Закона за здравното осигуряване, с който се определят здравно-икономическите, финансовите, медицинските, организационно-управленските, информационните и правно-деонтологичните

рамки, в съответствие с които се сключват договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

III. ПРЕДМЕТ НА ПОКРИТИЕ

Чл. 3. (1) Предмет на покритие по застрахователния договор са разходи за здравни стоки и услуги, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука на застраховано лице.

(2) При изрична договореност между страните и срещу допълнителна премия застрахователят може да приеме да покрива разходи и за здравни стоки и услуги, свързани с профилактика, бременност и раждане на застраховано лице, и други разходи, които са извън обхвата на застрахователното покритие по настоящите общи условия.

(3) Обхватът на покритието по застрахователния договор се договаря от страните под формата на един или повече застрахователни пакети, които изрично се посочват в договора. Всеки застрахователен пакет може да съдържа една или повече рискови клаузи, с които се определят:

1. вида, обхвата и обема на покриваните от застрахователя здравни стоки и услуги;

2. лимитите на отговорност за съответните здравни стоки и услуги;

3. размера на самоучастието, когато е уговорено такова.

(4) Застрахователното покритие е валидно само за разходи за здравни стоки и услуги, предоставени като част от здравното обслужване на застраховано лице на територията на Република България.

Чл. 4. (1) В зависимост от уговореното между страните застрахователят осигурява покритието по застрахователния договор:

1. чрез абонаментно обслужване (АО) или

2. чрез възстановяване на разходи (ВР), или

3. като комбинация от абонаментно обслужване и възстановяване на разходи.

(2) При договорен начин на предоставяне на застрахователното покритие чрез АО застрахованите лица имат право да ползват предвидените в застрахователния договор здравни услуги, предоставяни чрез изпълнители на медицинска помощ, с които застрахователят е сключил договор и посочени в списъка по чл. 9, ал. 6, т. 4, като финансовите отношения по повод предоставените от изпълнителите здравни услуги се уреждат директно между застрахователя и изпълнителите.

(3) При договорен начин на предоставяне на застрахователното покритие чрез ВР застрахователят обезщетява застрахованите лица за извършените от тях разходи за предвидени в застрахователния договор здравни стоки или услуги, предоставени от свободно избрани от тях изпълнители на медицинска помощ.

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

съгласно действащия към момента на оказване на медицинската услуга НРД.

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

(6) Разходи за лекарства, закупени самостоятелно от застрахованото лице при лечение в извънболнични и болнични условия, се покриват в рамките на лимита на отговорност, посочен в застрахователния пакет за възстановяване на разходи за здравни стоки.

Чл. 5. (1) Освен ако е уговорено друго, периодът на застрахователното покритие започва от момента, посочен за начало на застрахователния договор, при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска по нея – при разсрочено плащане на премията.

(2) Когато в срока на действие на застрахователния договор в списъка на застрахованите лица бъде включено ново лице, покритието за това лице започва от момента на заплащане на съответната допълнителна премия, освен ако е уговорено друго.

(3) Периодът на застрахователното покритие се прекратява, като съответно се прилага ал. 4, както следва:

1. по отношение на отделно застраховано лице – от момента на изключване на съответното лице от списъка на застрахованите лица;

2. при изчерпването на определен в договора лимит на отговорност – само по отношение на стоките и услугите, за които се отнася съответния лимит;

3. по отношение на всички застраховани лица – от момента на прекратяване на застрахователния договор.

(4) Ако към момента на прекратяване на периода на застрахователното покритие застраховано лице ползва предвидени в застрахователния договор стоки и услуги, свързани с болнично лечение, тогава покритието за съответните стоки и услуги се прекратява с изписването на застрахованото лице от болничното заведение.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл. 6. (1) Освен ако е уговорено друго, по застрахователния договор не се покриват разходи за здравни услуги и стоки, свързани с:

1. ползването на спешна или неотложна медицинска помощ;

2. превенция на здравето (прегледи и/или диагностика с профилактичен характер), с изключение на профилактичните прегледи, организирани от застрахователя;

3. диагностика и лечение:

а) които не са проведени/назначени от правоспособен лекар или са проведени в заведение, което не е регистрирано по Закона за лечебните заведения;

б) за които няма медицински показания, оплаквания, симптоми или няма пряка връзка с увреждането на застрахованото лице или с вписаната в медицинската документация диагноза;

в) извършени с методи и средства на нетрадиционната медицина и/или извън утвърдените от Министерство на здравеопазването медицински стандарти;

г) на минали и хронични заболявания и техните рецидиви;

д) на увреждане на здравето, възникнало преди началото на периода на застрахователното покритие;

е) на увреждане на здравето, причинено от или дължащо се на употреба от страна на застрахованото лице на алкохол, наркотични или упойващи вещества и медикаменти, анаболни хормони, стимулиращи вещества или такива с характер на допинг, както и участие в програми за лечение на зависимости възникнали вследствие на тяхната употреба.

4. лицево-челюстна хирургия, освен при лечение на увреждане на здравето вследствие на злополука;

5. видеодиагностика, ултразвукова терапия HIFU, крослинкинг или каквото и да е лечение с лазер (лазерна корекция на зрението, лазерна вапоризация на простатата и др.);

6. извършването на задължителни имунизации и ваксинации по имунизационния календар или на задължително лечение по Закона за здравето;

7. предплатени пакети в лечебни заведения за извънболнична или болнична медицинска помощ;

8. избор на лекар/екип при извънболнична или болнична помощ или при раждане;

9. бременност или раждане и свързаните с тях усложнения;

10. прекъсване на бременност по желание на застрахованото лице;

11. санаториално лечение, освен в случаите когато се явява долекуване на заболяване и/или травма, предшествано от престой в болнично заведение за активно лечение по повод същото заболяване и/или травма;

12. спа-процедури и масажи, настаняване или лечение в домове за стари хора, гериатрични или палиативни грижи;

13. операция за смяна на пола или стерилизация по желание на застраховано лице;

14. ангиография (включително коронарография), кардиохирургични и неврохирургични операции;

15. извлчване, съхранение или имплантиране на стволови клетки, трансплантация и имплантация на органи и тъкани;

16. хемодиализа, хемотрансфузия;

17. генетични и вирусологични изследвания;

18. менопауза;

19. изкуствено поддържане на жизнените функции или мозъчна смърт;

20. пластично-възстановителни, реконструктивни, пластични или козметични корекции, процедури, манипулации или операции, други козметични услуги, свързаните с тях изследвания, както и последиците от тях, освен когато такива дейности са наложителни за възстановяване целостта на кожата и тъканите на застраховано лице, пострадало вследствие на злополука.

(2) Застрахователното покритие не включва разходи за

диагностика, предхождащи и свързани с нея изследвания, лечение на и последиците от:

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

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

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

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

(4) Застрахователят не покрива разходи:

1. за здравни услуги и стоки, ползвани от застрахованото лице извън периода на застрахователното покритие или при симулиране на увреждане на здравето или при извършване на действия или бездействия от страна на застрахованото лице или други лица, целящи инсцениране на застрахователно събитие, измама или заблуда на застрахователя, включително представяне на неавтентични документи или документи с невярно съдържание;
2. които не са изрично включени в покритието по застрахователния договор;
3. които не са целесъобразни;
4. свързани с:
 - а) настаняване на застрахованото лице за болнично лечение в самостоятелна стая, в стая с подобрени битови условия или в стая с осигурен допълнителен комфорт – храна по избор, телевизор, интернет и други;
 - б) медицински прегледи и изследвания във връзка с издаването на удостоверение, свидетелство, бележка или друг медицински документ, необходим на застрахованото лице за прием в детско или учебно заведение, започване на работа или на шофьорски курс, встъпване в брак или за други цели, както и разходи за административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи от извършени изследвания, болнични листове, за потребителски такси при извънболнична медицинска помощ и за други такси или санкционни плащания, наложени на застрахованото лице;
 - в) експертиза на работоспособността или съдебномедицинска експертиза.
- (5) Застрахователят не покрива разходи за здравни стоки, които спадат към някоя от следните групи:
 1. витамини, минерали, микроелементи, хранителни добавки, фитопрепарати, имуностимулатори, имunosупресори, средства за вегетативни смущения по време на пътуване, слабителни средства и средства за редукция на теглото;
 2. контрацептиви, нестероидни противовъзпалителни

средства, освен когато са назначени като средство за лечение на заболяване, което не е изключен риск по настоящите общи условия;

3. рамки за очила;

4. стъкла за очила или контактни лещи, които:

а) не са диоптрични;

б) са необходими при промяна в диоптъра с по-малко от 0,5.

5. медицински консумативи, импланти и коригиращи устройства;

6. медицинска козметика;

7. лекарствени продукти, медикаменти и стоки, които:

а) са предписани от лекар по дентална медицина;

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

в) са закупени след изтичането на 5 дни от датата на предписването им или без лекарско предписание, или без необходимост от извършване на диагностика и лечение на увреждане на здравето на застрахованото лице;

г) не се покриват по настоящите общи условия.

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

1. се поема от застрахованото лице в рамките на уговореното самоучастие;

2. надвишава размера на:

а) разумните и обичайни разходи за здравни услуги и стоки от същия вид;

б) лимита на отговорност или обема и обхвата на здравните услуги и стоки, определен в съответния застрахователен пакет.

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

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

2. друг застраховател.

Чл. 7. (1) При договорено покритие за извънболнична дентална помощ застрахователят не дължи обезщетение за:

1. зъбни имплантанти и реплантанти;

2. ортодонтска дейност;

3. лечение на вродени аномалии;

4. избелване и полиране на зъби;

5. лечение на състояния в устната кухина, предизвикани от нелекуван или усложнен кариес, установени преди датата на сключване на застрахователния договор;

6. протезиране на нарушения в зъбните редици, получени в резултат на лечение на минали заболявания;

7. дентални дейности по естетични и козметични причини;

8. средства за дентална хигиена и козметика.

(2) Ако в покритието е включена извънболнична дентална помощ, застрахователят не възстановява разходи за здравни услуги и стоки, свързани с дентална помощ, когато:

1. при първо посещение за дентално лечение застрахованото лице не е преминало задължителен преглед с изготвяне на пълен зъбен статус;

2. преди започване на първото дентално лечение в периода

на застрахователното покритие не е направена панорамна рентгенова снимка, освен ако такава снимка е била представена по време на действието на предходен договор, сключен със застрахователя и покриващ същия риск;

3. след приключване на денталното лечение не са направени сегментни рентгенови снимки на лекувания зъб.

Чл. 8. (1) Застрахователят не осъществява контрол и мониторинг за качеството и обема на здравните услуги, предоставяни от изпълнителите на медицинска помощ, и не носи отговорност за тези услуги, нито за настъпили вследствие на тяхното ползване вреди.

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

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Сключване на застрахователния договор

Чл. 9. (1) Застрахователният договор се сключва по предложение на застрахователя писмено във формата на застрахователна полица.

(2) Застрахователният договор може да бъде сключен като:

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

2. семеен – за застраховане на съпрузи или лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство, които са на възраст от 18 до 65 навършени години, както и на живеещи с тях техни деца на възраст от 1 до 26 навършени години, които не са сключвали граждански брак и не се намират във фактическо извънбрачно съжителство;

3. групов – за застраховане на три или повече лица на възраст от 1 до 65 навършени години, които се намират в едни и същи по вид правоотношения със застрахователя (трудови, членствени и други).

(3) При сключването на застрахователния договор:

1. когато застрахователят е поставил въпроси, застрахователят, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска;

2. застрахователят представя:

а) списък на застрахованите лица – ако застрахователният договор е групов или семеен;

б) декларация за здравно състояние за всяко застраховано лице – ако по застрахователния договор се застраховат до 50 лица, включително.

(4) Декларацията за здравно състояние се попълва и подписва от:

1. съответното застраховано лице, ако то е навършило 14 години, като се преподписва от неговите законни представители, когато застрахованото лице не е навършило 18 години;

2. законните представители на съответното застраховано лице, ако то не е навършило 14 години.

(5) Въз основа на данните от декларацията за здравно състояние застрахователят има право да организира за своя сметка

медицински преглед и/или изследвания на съответното лице преди сключване на застрахователния договор.

(б) Неразделна част от застрахователния договор са настоящите общи условия, както и:

1. посочените в договора застрахователни пакети;
2. документите по ал. 3, т. 2;
3. писменото предложение за сключване на застрахователен договор и писмените отговори на застрахователя на поставените от застрахователя въпроси относно обстоятелства, имащи значение за естеството и размера на риска;
4. списъка на изпълнителите на медицинска помощ, с които застрахователят има сключен договор и чрез които може да се ползва покритието по застраховката чрез АО – само ако е уговорено покритието да се ползва по този начин;
5. добавъците към застрахователната полица, писмените уведомления между страните, както и всеки друг документ, издаден от някоя от страните във връзка с договора.

Срок, изменение и прекратяване на застрахователния договор

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

(2) По време на действието си застрахователният договор може да бъде изменян само по взаимно съгласие на страните или на основания, предвидени в закон, като за всяко изменение на договора застрахователят издава добавък (анекс) към застрахователната полица, който се подписва от страните.

Чл. 11. (1) Застрахователният договор се прекратява с изтичането на срока, за който е сключен, както и:

1. по взаимна договореност между страните, изразена в писмена форма;
2. без неустойки или други разноси от всяка от страните с предизвестие, отправено до другата страна, като прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период;
3. в случаите, предвидени в Кодекса за застраховането (КЗ).

(2) Срокът на предизвестие в случаите по ал. 1, т. 2 не може да бъде по-кратък от един месец и по-дълъг от три месеца.

(3) Застрахователният договор може да се прекрати и на основания, предвидени в него или в тези общи условия.

(4) При прекратяване на застрахователния договор преди изтичането на срока, за който е сключен, застрахователят има право на съответната премия за частта от застрахователния период, през който е носил покритие, като финансовите отношения между страните се уреждат в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата на прекратяването му, освен ако не е уговорено друго.

Лимит на отговорност. Самоучастие

Чл. 12. (1) При уговарянето на всеки отделен застрахователен пакет страните могат да определят:

1. максимален размер на задължението на застрахователя по формата на лимит на отговорност за отделни видове здравни стоки и услуги или като обем и обхват на определени здравни стоки и услуги, които се предлагат за определен срок;
2. самоучастие на застрахованото лице, което се изразява в поемане от него на част от отговорността в случай на

настъпване на застрахователно събитие.

(2) За отделните видове здравни стоки и услуги, включени в един застрахователен пакет, страните могат да определят различни лимити на отговорност и различно по размер самоучастие.

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

Застрахователна премия

Чл. 13. (1) Размерът на застрахователната премия се определя от застрахователя за всеки отделен застрахователен период, включен в срока на застрахователния договор, в зависимост от застрахователното покритие, срока на застраховката, лимитите на отговорност, договореното самоучастие и други фактори, които са от значение за риска.

(2) Застрахователната премия или първата вноска от нея при разсрочено плащане на премията се заплаща при сключването на застрахователния договор, освен ако в него е уговорено друго.

(3) В случаите на разсрочено плащане на застрахователната премия вноските по нея се плащат в срока, уговорен в застрахователния договор.

(4) Когато в срока на застрахователния договор се включват няколко застрахователни периода, застрахователят има право по своя инициатива да увеличи премията за следващ застрахователен период поради увеличение на риска, за което е длъжен да уведоми писмено застрахователя не по-късно от един месец преди изтичането на текущия застрахователен период. В тези случаи:

1. застрахователят има право да прекрати договора от края на текущия застрахователен период без неустойка или други разходи, като изпрати писмено уведомление до застрахователя;
2. застрахователният договор се смята за прекратен с изтичането на срока на текущия застрахователен период, ако застрахователят не плати увеличената премия за следващия застрахователен период.

Права и задължения по застрахователния договор

Чл. 14. (1) Застрахователят има право:

1. да договаря условията при сключване на застрахователния договор;
2. по време на действие на договора да иска промяна в групата на застрахованите лица;
3. да иска промяна в условията по договора или да го прекрати предсрочно при спазване на условията и реда, предвидени в настоящите общи условия и в КЗ.

(2) Застрахователят е длъжен:

1. да плати застрахователната премия по реда и в сроковете, уговорени в застрахователния договор;
2. да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по сключения застрахователен договор и да предостави на всяко от тях:

- а) персонална здравна карта, издадена от застрахователя;
- б) информация за застрахователния договор и приложимите по

него общи и специални условия, както и за начина на ползване на покритието по договора, включително при кои изпълнители на медицинска помощ то може да се ползва чрез АО.

3. при изключването на определено лице от групата на застрахованите лица да изиска от него да му предаде персоналната здравна карта, която след това да върне на застрахователя;

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

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

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

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

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

2. да ползва здравни услуги и стоки в рамките на лимитите на отговорност, определени в съответния застрахователен пакет, съгласно начина на предоставяне на застрахователното покритие, уговорен в договора;

3. да отправя претенция по реда на чл. 18 за получаване на обезщетение за направените от него разходи за здравни услуги и стоки – когато покритието по договора се предоставя чрез ВР;

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

5. на достъп до личните си данни, предоставени на застрахователя, както и право да иска коригирането им по реда и условията на Закона за защита на личните данни.

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

(3) Застрахованото лице е длъжно:

1. да спазва разпоредбите на настоящите общи условия;

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

3. да положи усилия за предотвратяване настъпването на застрахователно събитие, намаляване и ограничаване на

последствията от него;

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

5. след настъпване на застрахователно събитие да допусне извършването на медицински преглед от застрахователя;

6. при предявяване на претенция по реда на чл. 18 да уведоми застрахователя за всяка група застраховка, по която се покриват рискове, които изцяло или частично съвпадат с тези, покривани по застрахователния договор, сключен със застрахователя, както и за всички обезщетения, получени по такива застраховки и/или от трети лица.

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

Чл. 16. (1) Застрахователят има право:

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

2. да прави промяна в списъка на изпълнителите на медицинска помощ, при които може да се ползва покритието по договора чрез АО, като при всяка такава промяна информира застрахователя в разумен срок;

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

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

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

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

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

(2) Застрахователят е длъжен:

1. в срок 15 работни дни след сключването на застрахователния договор, ако страните не са уговорили друг срок, да издаде персонална здравна карта за всяко застраховано лице;

2. в 7-дневен срок от поискването да снабди застрахователя със

заверено копие от застрахователния договор;

3. да организира провеждането на профилактични прегледи на застрахованите лица съгласно условията на застрахователния договор и уговорения със застрахователя график. Това задължение на застрахователя се счита за изпълнено дори и ако застрахованите лица не се явят на определените по график дати за прегледи и изследвания;

4. В случаите на застрахователно събитие да обезщети застрахованото лице съгласно условията на застрахователния договор.

(3) Персоналната здравна карта:

1. съдържа имената и персоналният номер на съответното застраховано лице, името на застрахователя, телефон за контакт със застрахователя, договорените застрахователни пакети и клаузи, както и начина на предоставяне на застрахователното покритие;

2. легитимира съответното застраховано лице с правата по застрахователния договор пред изпълнителя на медицинска помощ на територията на Република България, с които застрахователят има сключен договор – когато застрахователното покритие се предоставя чрез АО;

3. може да бъде заменена с нова в случай на унищожаване, загубване или кражба – застрахователят извършва замяната в срок 15 работни дни от получаването на писмено искане от застрахователя или от съответното застраховано лице, като обичайните разноски по издаването на новата карта са за сметка на застрахователя, съответно на застрахованото лице;

4. се предоставя на съответното застраховано лице лично или чрез застрахователя.

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

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ

Чл. 17. (1) Когато покритието се предоставя чрез АО застрахованото лице може да ползва включените в съответния застрахователен пакет здравни стоки и услуги чрез ограничен брой изпълнители на медицинска помощ, с които застрахователят е сключил договор и които са посочени в съответния списък към застрахователния договор. В тези случаи:

1. преди ползването на здравни стоки и услуги застрахованото лице е длъжно да се свърже със застрахователя чрез посочения в персоналната здравна карта телефонен номер и да следва дадените му от застрахователя инструкции, включително относно лечебно заведение и лекар, към които може да се обърне за здравно обслужване;

2. застрахованото лице е длъжно да представи пред съответния изпълнител на медицинска помощ своята персонална здравна карта, с която да удостовери правата си по застрахователния договор;

3. застрахователят извършва плащане към съответния

изпълнител на медицинска помощ за покриване на разходите за здравните услуги и стоки, предоставени от изпълнителя на застрахованото лице.

(2) След извършване на плащане по реда на ал. 1, т. 3 застрахованото лице е длъжно да възстанови на застрахователя:

1. частта от платените от застрахователя разходи за здравни услуги и стоки, която:

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

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

2. пълния размер на платените от застрахователя разходи за здравни услуги и стоки, когато:

а) е налице изключение от застрахователното покритие или

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

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

г) изпълнителят на медицинска помощ, предоставил заплатената от застрахователя здравна услуга, не е включен в списъка по чл. 9, ал. 6, т. 4, или

д) застрахованото лице е представило пред съответния изпълнител на медицинска помощ персонална здравна карта, която е обявена за изгубена, унищожена или открадната или е с изтекъл срок на валидност, или е издадена за друго застраховано лице.

(3) В случаите по ал. 2 застрахователят уведомява писмено застрахованото лице за размера на дължимата сума и срока за нейното възстановяване, като посочва пълни и точни данни за банковата сметка, по която застрахованото лице да възстанови сумата.

Чл. 18. (1) Когато покритието по застраховката се предоставя чрез ВР, застрахованото лице може да ползва предвидените в съответния застрахователен пакет здравни услуги и стоки при свободно избран от него изпълнител на медицинска помощ на територията на Република България или чрез закупуването им от аптечната мрежа, като заплаща за своя сметка съответните разходи. В тези случаи застрахованото лице има право да отправи към застрахователя писмена претенция за получаване на застрахователно обезщетение.

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

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

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

(3) За доказване на основанието и размера на претенцията си застрахованото лице е длъжно да представи на застрахователя доказателства в зависимост от естеството на ползваните здравни услуги и стоки, както следва:

1. за медицински прегледи – документ за извършен преглед, фактура и фискален бон в оригинал;
2. за медицински изследвания и процедури – документ за извършен преглед, искане за изследване, резултати от проведени изследвания (лабораторни, функционални, образна диагностика, вкл. разчитане на образна диагностика и др.), картон с назначени физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон в оригинал;
3. за лекарства и помощни средства – документ за извършен преглед или епикриза, рецепта в оригинал, фактура и фискален бон в оригинал;
4. за диоптрични стъкла за очила или лещи – документ за извършен преглед с отразена корекция на зрението, рецепта в оригинал, фактура и фискален бон в оригинал;
5. за санитарен транспорт – медицински документ с назначение, обосноваващ необходимостта от санитарен транспорт, фактура и фискален бон в оригинал;
6. за болнично лечение – епикриза, резултати от проведени изследвания (лабораторни, функционални, образна диагностика и др.), фактура и фискален бон в оригинал;
7. за санаториално лечение – епикриза от болница за активно лечение с назначено санаториално лечение, епикриза от санаториума, в който е проведено лечението, фактура и фискален бон в оригинал;
8. при регистрация и проследяване на бременност – медицински документи за проведена консултация, изследване и/или манипулация, както и резултатите и назначенията от и за тях, фактура и фискален бон в оригинал;
9. при раждане – епикриза, фактура и фискален бон в оригинал;
10. за избор на екип/лекар при болнично лечение – документите по т. 6, както и декларация за избор на екип/лекар, фактура и фискален бон в оригинал;
11. за медицински консумативи и/или импланти – документи за извършеното лечение, изследване или процедура, стикер или друг вид идентификационен код на използваните консумативи и/или импланти, рецепта, фактура и фискален бон в оригинал;
12. за дентално лечение – амбулаторен лист, панорамна рентгенова зъбна снимка, сегментни рентгенови зъбни снимки, фактура и фискален бон в оригинал;
13. други документи в зависимост от вида на събитието.

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

- (5) Когато по реда на ал. 3 или 4 застрахованото лице представя:
1. медицински документи за извършен преглед и епикризи, тези документи трябва да съдържат подробно описани: анамнеза, обективно състояние, поставена диагноза, назначени изследвания и терапия;
 2. финансови документи, тези документи трябва да са издадени

на името на застрахованото лице и да съдържат единичната цена на всяка отделна здравна услуга или стока.

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

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

1. определи и изплати размера на обезщетението или
2. мотивирано откаже плащането.

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

Чл. 20. (1) Обезщетението за разходи за извършен медицински преглед с избор на лекар в извънболничната медицинска помощ, когато изборът на лекар не е включен в обхвата на покритието по застраховката, не може да надвишава стойността на разумните и обичайни разходи за извършването на такъв медицински преглед без включен избор на лекар.

(2) От дължимото застрахователно обезщетение за извършени разходи за здравни услуги и/или стоки застрахователят приспада:

1. размера на договореното самоучастие;
2. неиздължената част от застрахователната премия, ако договорът е индивидуален или семеен;
3. сумите, с които застрахованото лице е овъзмездено за направените разходи от друг застраховател, трети лица или по силата на правни разпоредби;
4. сумите, които е поискал от застрахованото лице по реда на чл. 17, ал. 3 и не са възстановени до този момент.

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

VII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

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

(2) В случаите по ал. 1:

1. застрахованото лице и застрахователят са длъжни да съдействат на застрахователя при упражняване на правата му срещу отговорните за вредата лица;
2. застрахованото лице е длъжно да окаже съдействие и да предостави на застрахователя всички документи, доказателства и сведения, необходими за предявяване на регресен иск от застрахователя срещу отговорните за вредата лица;
3. отказът на застрахованото лице да упражни правата си срещу отговорно за вредата лице няма сила спрямо застрахователя.

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

(2) Всяка от страните по застрахователния договор отправя

съобщенията и 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, по факс или с електронно съобщение до изтичането на последния ден на срока.

(3) Известие или съобщение от застрахователя, връчено на ръка на застрахователя или застраховано лице, в това число на техен служител, пълномощник или законен представител, се смята получено от застрахователя, 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) С подписването на застрахователния договор, респективно с приемането на тези общи условия, застрахователят се счита за информиран, че:

1. предоставянето на лични данни на застрахователя има изцяло доброволен характер;

2. застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни, и като такъв може да събира и обработва лични данни в съответствие с разпоредбите на действащото законодателство с оглед на извършването на всички необходими действия по сключване, изпълнение и прекратяване на застрахователни договори, както и за реализацията на своите законни права и интереси;

3. в предвидените от закона случаи застрахователят има право да разкрива лични данни, получени във връзка със сключването и изпълнението на конкретен застрахователен договор, пред компетентни държавни органи и институции за използване, обработка и съхраняване в съответствие с техните задачи и цели;

4. всяко лице, чийто лични данни се обработват от застрахователя, има право на достъп до тези данни, както и право да иска коригирането им по реда и условията на Закона за защита на личните данни.

(6) Застрахователят не дължи лихва за неправилно заплатена застрахователна премия, както и за ненавременен поискан или получено застрахователно обезщетение, в случай че забавянето е вследствие непредставяне на данни за банковата сметка, по която да бъде преведено обезщетението.

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

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

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

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

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

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

VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 24. (1) Настоящите общи условия са:

1. приети от Управителния съвет на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС” АД с решение от 05.04.2016 г. и влизат в сила от 15.04.2016 г., като отменят действащите до този момент Общи условия по „Медицинска застраховка”;

2. изменени с решение на Управителния съвет на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС” АД от 23.11.2017 г., като измененията влизат в сила от 01.12.2017 г.

(2) Тези общи условия могат да бъдат изменени и/или допълвани по реда, по който са приети, или за всеки конкретен случай със специални условия или добавъци.