

## I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 1.** „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД, наричано по-нататък „Застраховател“ на основание сключен по настоящите Общи условия застрахователен договор за „Медицинска застраховка“ покрива разходи за здравни услуги и стоки, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука на застрахованите лица.

## II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Чл. 2.** По смисъла на тези Общи условия:

1. „Застраховател“ е „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД със седалище и адрес на управление: Република България, гр.София, бул. „Христофор Колумб“ № 43, ЕИК: 121265113.

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

3. „Застрахован“/„Застраховано лице“ е физическо лице, здравноосигурено по смисъла на Закона за здравето осигуряване, върху чието здраве и телесна цялост се предоставя застрахователна защита по сключения застрахователен договор.

4. „Застрахователен риск“ е обективно съществуващата вероятност от настъпване на вредноосно събитие, възникването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на застрахователя и застрахования.

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

6. „Застрахователен период“ е периодът, за който се определя застрахователна премия, който период не може да бъде по-дълъг от една година.

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

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

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

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

11. „Нормален застрахователен риск“ е състояние, при което застрахованият е в добро физическо и психическо здраве, без заболявания и увреждане на здравето, налагащи лечение. Определя се въз основа на данните в личната декларация и допълнително изисканата от застрахователя писмена информация.

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

13. „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.

14. „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.

15. „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).

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

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

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

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

20. „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.

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

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

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

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

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

26. „Медицински консултативи“ са употребените в хода на профилактиката, диагностиката и лечението специфични средства и материали, съобразно даденото за тях лекарско предписание. Не са консултативи: изкуствени лещи, стентове, пейсмейкъри, ангиографски катетри, изкуствени стави, импланти и други остеосинтетични средства.

27. „Помощни средства“ са средства за подпомагане и корекция на жизненни функции, предписани от правоспособен лекар и закупени по време на действие на застрахователния договор.

28. „Санитарен транспорт“ е транспортиране на застрахования при необходимост от медицинска гледна точка до лечебно заведение за болнично лечение или от лечебно заведение до дома, на територията на Република България, чрез специализиран санитарен автомобил, при условие, че транспортирането и болничното лечение са по лекарско предписание. Не се възстановяват разходи за транспортиране на застрахования във връзка с амбулаторно лечение, спешна или неотложна медицинска помощ.

29. „Разумни и обичайни разходи“ са онези разходи, които са извършени съобразно съответния медицински стандарт, като заплатената сума за здравната услуга, съответства на обичайните разходи за същата или подобна здравна услуга, извършвана от други изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България.

30. „Целесъобразност“: необходимостта, обосноваването, обичайността

и рутинността на изпълнението на медицински дейности, която включва медицинската и икономическа обосноваване на тяхното предоставяне на застрахования 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 заболяване/злополука на застрахования.

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

32. „Груба небрежност“ е наличие, когато застрахованият не е предвиждал настъпването на вредоносните последици (увреждането на здравето си), но е бил длъжен и е могъл да ги предвиди.

### III. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВАНЕ

**Чл. 3.** „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД срещу платена премия се задължава при настъпване в периода на застрахователното покритие на покрит по застрахователния договор риск, да изплати обезщетение в съответствие с условията на сключения договор и настоящите Общи условия до размера на договорените лимити на отговорност.

**Чл. 4.** Лицето, договарящо със застрахователя условията по застрахователния договор и наричано по-нататък „Застраховач“, при условията на застрахователния договор може да бъде и застрахован.

**Чл. 5.** (1) Застрахователят сключва застрахователен договор за „Медицинска застраховка“ за здравноосигурени по смисъла на Закона за здравното осигуряване български граждани и чужденци, дългосрочно или постоянно пребиваващи в Република България, с нормален застрахователен риск, както следва:

1. с индивидуален договор се застрахова лице на възраст от 18 до 65 навършени години;

2. със семеен договор се застраховат членовете на едно семейство: съпрузи или лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство на възраст от 18 до 65 навършени години и техните деца на възраст от 1 до 26 навършени години, които живеят в едно домакинство с родителите си и не са сключвали граждански брак;

3. с групов договор се застраховат три или повече лица на възраст от 1 до 65 навършени години, които се намират в едни и същи по вид правоотношения със застраховачия (трудова, членствена и други).

(2) Определянето на възрастта на кандидатите за застраховане по настоящите Общи условия се извършва на база навършени години към датата на сключване на застрахователния договор.

**Чл. 6.** Със застрахователен договор за „Медицинска застраховка“ не се застраховат:

1. лица, които не са задължително здравноосигурени по смисъла на Закона за здравното осигуряване;

2. лица, поставени под запрещение;

3. лица, които имат над 50% загубена работоспособност.

### IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

**Чл. 7.** (1) Застрахователят покрива уговорените в застрахователния договор разходи за здравни услуги и стоки, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука. Застрахователното покритие се предоставя под формата на застрахователни пакети, рискови клаузи и/или специални условия.

(2) Всеки застрахователен пакет може да съдържа една или повече

рискови клаузи, всяка от които включва определени по вид, обхват и обем здравни услуги и стоки, лимитите на отговорност, както и самоучастието на застрахования.

**Чл. 8.** Страните по застрахователния договор уговарят предоставянето на застрахователното покритие по един от следните два начина или комбинация от тях:

1. „Абонаментно обслужване“: при настъпване на застрахователно събитие застрахователят осигурява предоставянето на здравни услуги и стоки на застрахованите лица чрез изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България, с които застрахователят има сключен договор за предоставяне на здравни услуги и стоки. Финансовите отношения по повод предоставените здравни услуги и стоки се уреждат директно между застрахователя и изпълнителя на медицинска помощ.

2. „Възстановяване на разходи“: при настъпване на застрахователно събитие застрахователят възстановява на застрахованите лица частично или изцяло направените от тях разходи за здравни услуги и стоки, предоставени от свободно избран изпълнител на медицинска помощ на територията на Република България.

**Чл. 9.** Застрахователният договор за „Медицинска застраховка“ е валиден на територията на Република България.

### V. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

**Чл. 10.** Изключенията по настоящия раздел са приложими за всички покрити рискове, освен в случаите когато някои от тях са предмет на специално писмено договаряне между страните по застрахователния договор.

**Чл. 11.** (1) Застрахователното покритие по „Медицинска застраховка“ не включва и застрахователят не дължи обезщетения и не възстановява разходи за здравни услуги и стоки, свързани с/със:

1. Спешна или неотложна медицинска помощ.

2. Превенция на здравето (прегледи и/или диагностика с профилактичен характер) и последвалото назначено лечение, освен когато профилактичните прегледи са организирани от застрахователя.

3. Минали и хронични заболявания и техните рецидиви.

4. Диагностика и лечение:

а) на застрахован, който е с прекъснати здравноосигурителни права съгласно Закона за здравното осигуряване;

б) които не са проведени/назначени от правоспособен лекар или са проведени в заведение, което не е регистрирано като лечебно по Закона за лечебните заведения, както и които са назначени или проведени от самия застрахован, негов съпруг/а, родител или дете;

в) за които няма медицински показания или които нямат пряка връзка с увреждането на застрахования или с вписаната в медицинската документация диагноза;

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

5. Лазерна корекция на зрението, крослинкинг, лазерна вапоризация на простатата, ултразвукова терапия HIFU.

6. Задължителни имунизации и ваксинации по имунизационния календар, 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 и болнична помощ, раждане.

9. Бременност, раждане или свързаните с тях усложнения.

10. Прекъсване на бременност по желание на застрахования.

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 и проведено в срока на действие на застрахователния договор.

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

13. Операции за смяна на пола, стерилизация по желание на застрахования, пластично-възстановителни, реконструктивни, пластични или козметични корекции, процедури, манипулации или операции, други козметични услуги, както и последиците от тях.

14. Ангиография (включително коронарография), кардиохирургични и неврохирургични операции.

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

16. Хемодиализа и хемотрансфузия.

17. Генетични и вирусологични изследвания.

18. Менопауза.

19. Изкуствено поддържане на жизнените функции или мозъчна смърт.

(2) Застрахователното покритие не включва диагностика, предхождащи и свързаните 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;

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, отстраняване на доброкачествени кожни образувания (липони, атероми, невуси, брадавици, кокоши трън и други);

10. сексуална дисфункция.

(3) Застрахователят не възстановява разходи за диагностика, участие в програми за или лечение на:

1. анорексия, булимия, наднормено тегло, затлъстяване, сънна апнея, отказване от тютюнопушене;

2. увреждане на здравето, причинено от или дължащо се на употреба от страна на застрахования на алкохол, наркотични или упойващи вещества и медикаменти, анаболни хормони, стимулиращи вещества или такива с характер на допинг, както и мерки за отказ от възникнали вследствие на тяхната употреба зависимости;

(4) Застрахователят не дължи обезщетение при увреждане на здравето на застрахования в резултат на:

1. неспазване на предписан режим и/или лечение, самолечение;

2. изгаряния, причинени от слънчеви лъчи, кварцови лампи или солариуми;

3. извършване на действия от застрахования, които спадат към

занятие или друга правно регламентирана дейност, за които не притежава необходимата квалификация и/или правоспособност;

4. участие на застрахования 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 гмуркане на дълбочина до 10 метра), конен спорт, лов, моторни и автомобилни спортове и състезания, офруд, контактни спортове (бойни изкуства, бокс, борба и други подобни), всякакви акробатики и каскади, циркова дейност и други подобни. Настоящата разпоредба не се отнася за любителско каране на ски и сноуборд по ски писти, обезопасени и информационно обезпечени съгласно Закона за туризма.

6. сбиване, хулиганство, съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот) или самонаряване, 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 застрахования;

8. или докато застрахованият е призован в запас, задържан от орган на властта, лишен от свобода, излежава присъда или се намира в специализирано място за принудително задържане;

9. война, военни действия или учения (обявени или не), въстание, граждански размирици, преврат, бунт, стачка, локаут, митинги, шествия, демонстрации, протести, нарушаване на обществения ред, тероризъм или други събития от подобно естество;

10. газови, 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.

(5) Застрахователят не възстановява разходи за здравни услуги и стоки:

1. извършени извън периода на застрахователното покритие или във връзка с увреждания на здравето, възникнали или диагностицирани преди началото на застрахователното покритие;

2. надвишаващи договорените по сключения застрахователен договор лимити на отговорност;

3. които не са изрично включени в покрито по сключения застрахователен договор;

4. изцяло или частично платени или покрити от Министерство на здравеопазването, НЗОК, други застрахователи, работодател, обществена или частна медицинска програма и други;

5. превишаващи разумните и обичайни разходи;

6. които не са целесъобразни по смисъла на чл.2, т.30;

7. до размера на договореното и вписано в застрахователния договор самоучастие на застрахования;

8. за самостоятелна стая, ВИП стая, телевизор, интернет и други подобни, извършени при болнично лечение;

9. за прегледи, изследвания, удостоверения, свидетелства и бележки за прием в детски градини, училище, работа, шофьорски курсове, встъпване в брак и други подобни, административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи от извършени изследвания, болнични листове, потребителски такси при извънболнична медицинска

помощ, други такси, санкционни плащания, наложени на застрахования, както и разходи, свързани с експертиза на работоспособността или съдебномедицинска експертиза;

10. при агравирание или симулиране на увреждане на здравето или извършване на действия или бездействия от страна на застрахования или други лица, целящи инсцениране на застрахователно събитие, измама или заблуда на застрахователя, включително представяне на неавтентични документи или документи с невярно съдържание.

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

1. витамини, минерали, микроелементи, хранителни добавки, фитопрепарати, имуностимулатори, имуносупресори, средства за вегетативни смущения по време на пътуване, слабители средства и средства за редуция на телгто;

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. стъкла за очила или контактни лещи, различни от диоптрични или необходими за корекция на зрението при промяна в диоптъра с по-малко от 0,5, рамки за очила;

4. медицински консумативи, използвани в миниинвазивната и лапароскопска хирургия, изкуствени стави, импланти и коригиращи устройства;

5. медицинска козметика;

6. лекарствени продукти, медикаменти и стоки:

а) предписани от лекар по дентална медицина;

б) които не са разрешени за употреба или регистрирани по реда на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, закупени без лекарско предписание или необходими за диагностика и лечение на увреждания на здравето, които не се покриват по настоящите Общи условия.

**Чл. 12.** При договорено покритие за извънболнична дентална помощ застрахователят не дължи обезщетение за:

1. 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.

**Чл. 13.** В случай че в покритието е включена извънболнична дентална помощ, застрахователят не възстановява разходи за здравни услуги и стоки ако:

1. при първо посещение за дентално лечение, застрахованият не е преминал 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;

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

**Чл. 14.** (1) Контрол и мониторинг за качеството и обема на ползваните медицински, дентални, транспортни и други услуги, разходите за които се покриват по сключения съгласно настоящите Общи условия договор, се осъществяват от страна на съответната регионална здравна инспекция, а не

от застрахователя.

(2) Отговорност за каквито и да е вреди, претърпени от застрахования, вследствие на услугите описани в ал.1, се носи от лечебното заведение и лицата, които упражняват медицинска професия в лечебното заведение, за което то има сключена задължителна застраховка, „Гражданска отговорност“ съгласно Закона за здравето, а не от застрахователя по настоящите Общи условия.

## VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

### СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

**Чл. 15.** (1) Застрахователният договор може да бъде индивидуален, семеен или групов за определен брой лица и се сключва писмено във формата на застрахователна полица, по предложение на застрахования и въз основа на:

1. при индивидуално, семейно или групово застраховане до 50 лица включително:

а) лична декларация за здравно състояние по образец на застрахователя, попълнена и подписана лично от всяко едно лице, като за дете до 14 години се попълва и подписва от законните му представители, а между 14 и 18 години – се преподписва от законните му представители;

б) списък на застрахованите лица (при групова/семеен застраховка);

в) въз основа на данните от личната декларация за здравно състояние застрахователят има право да организира за своя сметка медицински преглед и/или изследвания на кандидата за застраховане.

2. при застраховане на над 50 лица: списък на застрахованите лица.

(2) При сключване на застрахователния договор, промяна на застрахователното покритие или включване на ново лице в списъка на застрахованите лица, застрахователят има право да изисква допълнителна писмена информация, свързана със здравословното състояние на лицата.

(3) Неразделна част от застрахователния договор са настоящите Общи условия, договорения застрахователен пакет и клауза, платежни и други писмени документи, издадени към него през периода на неговата валидност, както и посочените в ал.1 и ал.2 документи.

**Чл. 16.** По групов застрахователен договор застрахователят може да застрахова и членове на семействата на застрахованите лица не по-късно от 2 (два) месеца считано от датата на влизане в сила на договора.

**Чл. 17.** В случай на промяна на застрахованите лица по приложения към застрахователната полица списък, застрахованият е длъжен да уведоми писмено застрахователя в 7 (седем) дневен срок преди падежа на съответната вноска при разсрочено плащане на премията или от настъпване на промяната при еднократно платена премия. При неспазване на срока за уведомяване, застрахованият не може да има претенции относно преизчисляване на премията и/или промяна в списъка на застрахованите лица за съответния месец.

**Чл. 18.** Застрахователят издава индивидуална застрахователна карта за всяко застраховано лице, която:

1. съдържа имената на застрахования, застрахователния му номер, име на застрахования, телефон за контакт със застрахователя, договорените застрахователни пакети и клаузи, и начина на предоставяне на застрахователното покритие;

2. легитимира застрахования с правата по застрахователния договор пред изпълнителите на медицинска помощ на територията на Република България, с които застрахователят има сключен договор за медицинско обслужване;

3. в случай че бъде унищожена, загубена или открадната, може да бъде преиздадена от застрахователя в 15 (петнадесет) дневен срок след

писменото уведомяване за това.

### **СРОК, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

**Чл. 19.** Застрахователният договор се сключва за срок от 1 (една) година, освен ако не е уговорено друго.

**Чл. 20.** (1) Периодът на застрахователното покритие започва от момента, уговорен за начало между страните по договора, при условие, че застрахователят е получил цялата дължима премия или първата вноски от нея при разсрочено плащане на премиите. В случай че страните не уговорят конкретен момент, за начало на периода на застрахователно покритие се смята началната дата на срока на договора.

(2) Периодът на застрахователното покритие се прекратява за всяко застраховано лице:

1. от момента, уговорен за край на покритието, а ако такъв не е уговорен – с изтичане срока на договора;
2. с изключване на съответното лице от групата на застрахованите;
3. с изчерпване на лимита на отговорност.

(3) Ако към момента на прекратяване на застрахователното покритие застраховано лице ползва болнично лечение съгласно договора, то покритието за него се прекратява с изписването му от болничното заведение.

**Чл. 21.** Застрахователен договор, сключен за определен срок, може да съдържа уговорка за автоматичното му подновяване за още един застрахователен период. В този случай за следващия застрахователен период застрахователят има право да актуализира застрахователната премия в зависимост от изменението на риска.

**Чл. 22.** Застрахователният договор може да бъде изменен по взаимно съгласие между страните, което се удостоверява с писмен документ, неразделна част от договора.

**Чл. 23.** (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 разноски от всяка от страните с едномесечно предизвестие, отправено до другата страна. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период. В този случай застрахователят не осигурява застрахователно покритие от момента на изтичане на предизвестията до края на текущия застрахователен период

3. на основанията, предвидени в договора, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховането и действащата нормативна уредба.

(2) При прекратяване на застрахователния договор преди изтичане 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. 24.** (1) Лимитът на отговорност се договаря между застрахователя и застрахования и се вписва в застрахователния договор.

(2) При настъпване на застрахователно събитие отговорността на застрахователя, както и общата сума от всички обезщетения по застрахователния договор е ограничена до размера на договорените лимити за съответното лице и покритие, независимо от броя на настъпилите събития в периода на застрахователното покритие и предявените претенции.

**Чл. 25.** Страните по застрахователния договор могат да уговорят самоучастие на застрахования, което се изразява в поемане от него на част

от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие.

### **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ**

**Чл. 26.** (1) Размерът на застрахователната премия се определя от застрахователя според застрахователното покритие, срока на застраховката, лимитите на отговорност, договореното самоучастие и други фактори, които са от значение за риска.

(2) Застрахователната премия или първата вноски от нея при разсрочено плащане на премиите 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. При неплащане в срок на разсрочена вноски от застрахователната премия, застрахователният договор се прекратява автоматично след изтичането на 15 (петнадесет) дни от датата на падежа на разсрочената вноски.

### **ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

**Чл. 27.** (1) Застрахованият 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 прекрати предсрочно договора при спазване условията и реда, предвидени в настоящите Общи условия и Кодекса за застраховането.

(2) Застрахованият е длъжен:

1. да плати застрахователната премия по реда и в сроковете, уговорени в застрахователния договор;
2. да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по сключения застрахователен договор и да предостави на всяко лице персонална застрахователна карта, издадена от застрахователя, както и приложения към договора списък с изпълнители на медицинска помощ при договорено „Абонаментно обслужване“;
3. да уведомява застрахователя за промените в групата застраховани лица, като връща застрахователните карти, издадени на лицата, напускащи групата;
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, отправени до 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 застрахования, се счита за връчено и получено от застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.

5. да не предоставя информация и документите по сключен съгласно настоящите Общи условия застрахователен договор на други лица по никакъв повод, освен при писмено съгласие на застрахователя или при изпълнение на задължение, предвидено в нормативен акт.

**Чл. 28.** (1) През срока на действие на застрахователния договор застрахованият има право:

1. на информацията относно реда и условията за ползване на здравни услуги и стоки съгласно сключения застрахователен договор;
2. да ползва здравни услуги и стоки съгласно застрахователните пакети и клаузи, начина на предоставяне на застрахователното покритие и до размера на съответните застрахователни лимити, договорени по сключения застрахователен договор;
3. при договорен начин на предоставяне на застрахователното

За Застрахователя



Румяна Бетова

покрите „Възстановяване на разходи“ свободно да избира изпълнител на медицинска помощ на територията на Република България;

4. да получи възстановяване на направените и предявени по надлежния ред разходи за ползваните от него здравни услуги и стоки, договорени в застрахователното покритие по сключения договор;

5. да иска промяна на условията по сключения застрахователен договор. При групов/семеен договор право на промени има застрахователят;

6. да получава информация от застрахователя за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ;

7. 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) Застрахованият е длъжен:

1. да спазва разпоредбите на настоящите Общи условия;

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

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

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

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

6. при предявяване на претенция за изплащане на обезщетение да уведоми застрахователя за всяка друга валидна застраховка със срок на действие и покрити рискове изцяло или частично съпадащи с тези по застрахователния договор, сключен със застрахователя, както и за всички обезщетения, получени по такива застраховки и/или от трети лица;

7. при „Абонаментно обслужване“, да възстанови изплатените от застрахователя разходи на изпълнителите на медицинска помощ за ползваните здравни услуги и/или стоки, които са извън договореното застрахователно покритие и/или превишават договорения лимит, както и тези ползвани със застрахователна карта извън периода на застрахователното покритие. Застрахователят уведомява писмено застрахования за дължимата сума и сроковете, в които трябва да изпълни задължението си по предходното изречение.

(3) От правата по застрахователния договор могат да се ползват само застрахованите лица, като не могат да ги преотстъпват на други лица.

**Чл. 29.** (1) При сключването на договора за застраховка застрахованият, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни, или при положени от него усилия са могли да му станат известни, и са от значение за риска. Същото задължение има и застрахованият, когато при сключването на договора е била поискана информация и от него. За съществени за риска обстоятелства се смятат тези, за които застрахователят писмено е поставил въпрос.

(2) В случай че при сключването на застрахователния договор обстоятелство, което е съществено за риска, не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. В случай че предложението не бъде прието в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява. При прекратяване на застрахователния договор застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на договор.

(3) При настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяването на договора застрахователят има право да намали застрахователното обезщетение съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

**Чл. 30.** (1) В случай че лице по чл.29, ал.1 съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, застрахователят има право да прекрати договора в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството, като задържи платената част от премията и да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

(2) Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. При неприемане от страна на застрахования на предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява, като застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

(3) Застрахователят има право при настъпване на застрахователно събитие, ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на събитието, да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение, а ако е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, да намали застрахователното обезщетение съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

**Чл. 31.** По време на действието на договора застрахованият е длъжен незабавно след узнаването писмено да обявява пред застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос. При неизпълнение на посоченото задължение се прилагат чл.29 и чл.30.

**Чл. 32.** Всяко едно задължение на застрахования, посочено в настоящите Общи условия или в застрахователния договор, се счита за значително с оглед интереса на застрахователя. В случай на неизпълнение на задължение от страна на застрахования, застрахователят има право да намали размера на застрахователното обезщетение съобразно степента с която неизпълнението е допринесло за увеличаване размера на вредите.

**Чл. 33.** (1) Застрахователят има право:

1. преди сключване на застрахователния договор, както и по време на неговото действие, да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на всяко лице, чието здраве или телесна цялост са предмет на застраховане;

2. да прави промяна в списъка на изпълнителите на медицинска помощ, като своевременно информира за това застрахования/застрахования;

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:

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

б) да организира допълнителни медицински прегледи и/или изследвания

на застрахования.

(2) Застрахователят води регистър и създава застрахователни досиета на застрахованите лица, които съдържат информация за здравето им състояние, за установяване на правото им на здравни услуги и стоки, за платените застрахователни премии, за размера на ползваните здравни услуги и стоки и за остатъчния лимит за здравни услуги и стоки.

(3) Застрахователят е длъжен:

1. да предостави на застрахования индивидуална застрахователна карта в срок до 15 (петнадесет) работни дни след влизане в сила на договора. При групов договор застрахователните карти се предоставят чрез застрахователя;

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

3. да организира провеждането на профилактични прегледи съгласно условията на сключения договор и договорения със застрахователя график. Задължението на застрахователя се счита за изпълнено, в случай че застрахованите лица не се явят на определените по график дати.;

4. при настъпване на застрахователно събитие да изплати застрахователно обезщетение съгласно условията на сключения застрахователен договор и настоящите Общи условия, като обезщетението не може да надхвърля договорените лимити на отговорност.

## **VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ**

**Чл. 34.** Застрахователят изплаща застрахователно обезщетение в случай на настъпване на покрит риск в периода на застрахователното покритие, в съответствие с условията на сключения договор и настоящите Общи условия, до размера на договорените лимити на отговорност.

**Чл. 35.** Когато покритието по сключения застрахователен договор се предоставя на база „Абонаментно обслужване“ застрахованият е длъжен:

1. преди ползване на здравни услуги и/или стоки, да се свърже с колцентъра на застрахователя на посочения в застрахователната карта телефон и да спазва стриктно всички инструкции, дадени му от застрахователя, включително относно лечебно заведение и лекар, към които застрахованият трябва да се обърне;

2. да ползва здравни услуги и стоки при изпълнител на медицинска помощ, с когото застрахователят има сключен договор за абонаментно медицинско обслужване и който е включен в приложения към застрахователния договор списък;

3. да закупува здравни стоки, само когато са предписани от изпълнител на медицинска помощ, с когото застрахователят има сключен договор и който е включен в приложения към застрахователния договор списък.

**Чл. 36.** Когато покрит риск по сключения застрахователен договор се предоставя на база „Възстановяване на разходи“, застрахованият е длъжен лично да предяви претенция за възстановяване на извършените разходи, като подаде писмено искане по образец на застрахователя, придружено от следните доказателства:

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

2. за медицински изследвания, процедури: документ за извършен преглед, искане за изследване, резултати от проведеното изследване, рентгенова снимка (в случай че е назначена), фактура и фискален бон в оригинал;

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

4. за диоптрични стъкла за очила или леци: 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 транспорт, фактура и фискален бон в оригинал;

6. за болнично лечение: епикриза, резултати от проведени изследвания (в случай че са назначени), рентгенова снимка (в случай че е назначена), разчитания от образна диагностика, картон с назначени физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон в оригинал;

7. за санаториално лечение: епикриза от болница 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: медицински документи за проведена консултация, изследване и/или манипулация, както и резултатите и назначенията от и за тях, епикриза, фактура и фискален бон в оригинал;

10. за избор на екип: освен необходимите документи в зависимост от вида на събитието се представят и декларация за избор на екип, фактура и фискален бон в оригинал,

11. за медицински консумативи: освен необходимите документи при болнично лечение се представят и стикер или друг вид идентификационен код на консуматива (за скъпоструващи консумативи), фактура и фискален бон в оригинал;

12. за дентално лечение: амбулаторен лист, панорамна зъбна снимка, сегментни зъбни снимки след лечението, фактура и фискален бон в оригинал;

13. лична банкова сметка, по която да бъде изплатено определеното застрахователно обезщетение;

14. други документи в зависимост от вида на събитието.

**Чл. 37.** (1) Представените платежни документи трябва да бъдат издадени на името на застрахованото лице и да съдържат цената на всяка една извършена услуга или закупена стока.

(2) Представените документи за извършен преглед и епикризи трябва да съдържат подробно описани: анамнеза, обективно състояние, поставена диагноза, назначени изследвания и терапия.

**Чл. 38.** (1) В случай че представените документи не са достатъчни за безспорно установяване на основанието и/или размера на претенцията, застрахователят има право по реда и в срока, определени в Кодекса за застраховането, да поиска от лицето, отправило претенцията, допълнителни документи и доказателства.

(2) Застрахователят има право да изиска от застрахования да отстрани нередовности в представените документи и доказателства, които удостоверяват направени разходи за здравни услуги и стоки (попълнени неточно, невярно и нечетливо; незаверени с всички необходими подписи и печати; с липсващи данни, реквизити или доказателства за извършените разходи).

(3) Набавянето на всички документи и доказателства, включително отстраняването на нередовности в тях, изискани от застрахователя, е за сметка на застрахования.

**Чл. 39.** В срок от 15 (петнадесет) работни дни от представянето на всички изискани доказателства, необходими за установяване на основанието и размера на претенцията, застрахователят определя и изплаща размера на застрахователното обезщетение или мотивирано отказва плащането.

**Чл. 40.** Застрахователят възстановява разходи за лекарства, закупени до 5 (пет) дни от датата на предписването им, освен ако в застрахователния договор не е договорено друго.

**Чл. 41.** При извършен медицински преглед с избор на лекар, застрахователят възстановява само стойността на прегледа, а цената за избор на лекар е за сметка на застрахования. В случай че в представената фактура е посочена обща цена за извършения преглед и избор на лекар, застрахователят намалява стойността ѝ с до 20 % (двадесет процента).

**Чл. 42.** 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 (при индивидуални и семейни застрахователни договори);
3. сумите, с които застрахованият е овъзмезден за направените разходи от други застрахователи, трети лица или по силата на правни разпоредби;
4. стойността на изплатените от застрахователя разходи на изпълнителите на медицинска помощ за здравни услуги и/или стоки, които са ползвани от застрахования и не попадат в договореното застрахователно покритие, превишават договорения лимит и/или са ползвани извън периода на застрахователното покритие.

#### **VIII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ**

**Чл. 43.** Правата по застрахователен договор, сключен на основание настоящите Общи условия, се погасяват с изтичане на предвидения в българското законодателство давностен срок, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

**Чл. 44.** (1) С плащането на застрахователното обезщетение застрахователят встъпва в правата на застрахования до размера на платеното обезщетение и обичайните разноски, направени за неговото определяне, по реда и условията, предвидени в действащото българско законодателство.

(2) Застрахованият, застрахованият или третите лица, които имат право да получат застрахователно обезщетение, са длъжни да съдействат на застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на вредата.

(3) В случай че причинителят на вредата е обезщетил застрахования в пълен размер, застрахователят се освобождава от задължението си да плати застрахователно обезщетение.

(4) Застрахованият е длъжен да окаже съдействие и да предостави на застрахователя всички документи, доказателства и сведения, установяващи застрахователното събитие и необходими за предявяване на регресен иск.

(5) Отказът на застрахования да упражни правата си срещу виновните лица няма сила спрямо застрахователя.

**Чл. 45.** Всички съобщения и уведомления между страните по сключения застрахователен договор се правят писмено на посочените в застрахователната полица адреси. Датата на получаването им се доказва с подписана от получателя обратна разписка или друг документ, удостоверяващ датата на връчване на писменото изявление. В случай че застрахованият/застрахованият не бъде открит на посочения от него адрес или откаже да приеме писменото изявление, за дата на получаването му ще се счита третия работен ден след датата на изходящия номер, заведен в деловодството на застрахователя.

**Чл. 46.** С подписването на застрахователния договор, респективно с приемането на тези Общи условия, застрахованият 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.

**Чл. 47.** Застрахователят не дължи лихва за неправилно заплатена застрахователна премия, както и за ненавременено поискано или получено застрахователно обезщетение, в случай че забавянето е вследствие непредставяне на данни за банковата сметка, по която да бъде преведено обезщетението.

**Чл. 48.** Тези 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. 49.** При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователния договор, сила има уговореното в застрахователния договор.

**Чл. 50.** В неуредените от настоящите Общи условия и сключения застрахователен договор случаи се прилагат съответните норми на действащото българско право.

**Чл. 51.** Всички спорове между страните във връзка със застрахователни договори, сключени по настоящите Общи условия, се решават доброволно между тях в дух на взаимно зачитане на интересите. Нерешените по доброволен ред спорове между страните се решават от съответния компетентен съд съгласно действащото българско законодателство.

#### **IX. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

**Чл. 52.** Настоящите 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.

**Чл. 53.** Настоящите Общи условия са 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“.