

ГЛАВА ПЪРВА
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ I. ОБЩИ ДЕФИНИЦИИ

Чл. 1. (1) Понятията, използвани в тези Общи условия, носят смисъла, определен по-долу:

1. Застрахователен договор (застрахователна полица), наричан за краткост „договора“, се състои от тези Общи условия, Специални условия, евентуални добавъци. Когато се има предвид писменият документ, обикновено договорът се нарича полица. Неразделна част от застрахователния договор са и всички уведомления, декларации, съгласия, които страните подписват с оглед спазване изискванията на Общия регламент за защита на личните данни (Регламент (ЕС) 2016/679). Субсидиарно приложение намира българското законодателство. Застрахователният договор съдържа подробна информация за застрахованите лица, застрахователната година, застрахователната премия, самоучастието и началото на застраховката, както и всяка документация, свързана с медицинското състояние и предходни медицински застраховки. Неразделна част от застрахователния договор е и заявлението за застраховане.

2. Специални условия (опис на полицата) – част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми, покрития и условия, както и подписите на страните по договора. При противоречие между Общите и Специалните условия с предимство се ползва уговореното в Специалните условия.

3. Сертификат – документ, който може да бъде издаван от Застрахователя на застраховано по силата на групов застрахователен договор лице, в потвърждение на застрахователното му покритие и неговите условия съгласно действащия застрахователен договор. Сертификатът трябва да се тълкува във връзка с настоящите Общи условия и специалните условия по застрахователния договор.

4. Добавък е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

5. Страни по договора са Застрахователят и Застрахованият.

6. Застраховател е ЗЕАД „БУАСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД със седалище в гр. София и с адрес на управление: ул. „Света София“ № 6.

7. Застраховач (договорител) е лицето, което сключва договора за застраховка със Застрахователя и плаща определената в договора премия. В случай че застраховката е върху здравето и/или телесната цялост на Застрахования, той е и застрахован. Лицето, което е сключило застраховката и на чието име е направена застраховката, е притежателят на полицата.

8. Застрахован е физическото лице, върху чието здраве и/или телесна цялост се сключва застраховката.

9. Ползващо се лице е лицето, което при определените в договора или от закона обстоятелства се извършва застрахователно плащане. По тази застраховка друго лице, ползващо се от покритие (зависимо лице), могат да са съпруг/а или партньор/ка на Застрахования, неговото/нейното неженено/неомъжено дете, доведено дете, приемно дете или законово осиновено дете – при условие че това дете е на възраст до 18 (осемнадесет) години към датата, на която Застрахованият е включен за първи път в тази полица или на всяко последващо подновяване на полицата (или до 24 (двадесет и четири) години, ако бъде доказано, че това дете продължава образованието си като редовен студент).

10. Брокер е юридическо лице, притежаващо разрешение за извършване на застрахователно посредничество, определено за целите на настоящата застраховка от Застрахователя, което, в случай че това е посочено в застрахователния договор, подпомага застрахованото/ползващото се лице при организиране на медицински услуги и заплащане на съответните разходи, покрити от договора. В случай че това е посочено в застрахователния договор, застрахованото/ползващото се лице трябва да се свърже с Брокера, за да получи предварително разрешение за всяко покрито от настоящата застраховка лечение, когато това е задължително изискано от условията на договора. Наличието на Брокер по застрахователния договор и конкретните му данни за контакт се посочват в застрахователния договор.

11. Асистънс компания е определено от Застрахователя юридическо лице за организиране на медицински услуги извън територията на Република България и заплащане на съответните разходи, покрити от договора. В случай че това е указано изрично в настоящите Общи условия или застрахователния договор, Застрахованият трябва да се свърже с Асистънс компанията, за да получи предварително разрешение за всяко лечение срещу обезщетение извън територията на Република България. Конкретните данни за контакт на Асистънс компанията се посочват в полицата. За територията на Република България горепосочените дейности се осъществяват от Застрахователя.

12. Активно работещ означава статус на физическо лице, което активно и компетентно изпълнява всички основни задължения на обичайната си работа, без ограничение за по-голямата част от редовно планираното работно време. Извън описаното в изречение първо и следните категории служители се признават за активно работещи: служители, които са в отпуск по майчинство; служители в отпуск за грижа за болен; служители в годишен отпуск; служители в отпуск за обучение.

13. Застрахователно събитие е настъпването на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.

14. Заявление за застраховане е документ, представен на Застрахователя с необходимата информация за сключване на застраховка, включително (но не само) име на Застрахования, адрес, възраст, ръст и тегло, пол, професия и занимания, предходни застрахователни полици, медицинска история и други фактори. Тази информация е важна, за да може Застрахователят да направи коректна оценка на риска на кандидат за застраховане и да дефинира точен размер на застрахователна премия. Заявлението трябва да бъде попълнено и подписано от Застрахования и Застрахования и представлява неразделна част от застрахователния договор. Заявлението е валидно в срок от 30 (тридесет) дни след попълването му.

15. Покрит риск (застрахователно покритие) е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при сключването на която Застрахователят трябва да извърши застрахователно плащане съгласно условията на застрахователния договор. Застрахователното покритие, по смисъла на настоящите Общи условия, означава медицинско лечение, стоки и услуги, които Застрахователят се съгласява да заплати/възстанови (съгласно условията, определени в договора) и които са посочени изрично в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част към настоящите Общи условия.

16. Застрахователно плащане (застрахователна сума) е сумата, която с договора страните определят да бъде платена от Застрахователя на Застрахования или ползващо се лице в изпълнение на договора. По смисъла на настоящата застраховка застрахователна сума означава лимит от застрахователни плащания, които могат да бъдат претендирани към Застрахователя, в рамките на срока на договора, във връзка с едно застраховано лице, освен ако не е приложим общ или индивидуален лимит за събитие.

17. Общ лимит за събитие означава комбинираният лимит на отговорността на Застрахователя по договора, ако настъпи съответно събитие, независимо от броя на застрахованите лица, засегнати от това събитие, техните индивидуални застрахователни суми и застрахователните плащания, предвидени в договора.

18. Индивидуален лимит за събитие означава лимитът на отговорността на Застрахователя по отношение на едно застраховано лице, ако настъпи съответното събитие.

19. Застрахователна премия (наричана за краткост „премията“) е сумата, която Застрахователят изисква да бъде платена от Застрахования в замяна на поетите от него задължения по застрахователния договор.

20. Срок на застраховката е срокът, за който е сключен застрахователният договор. Неговото начало и край се посочват в Специалните условия.

21. Начална дата на застраховката е денят, посочен в договора, от която дата влиза в сила застрахователното покритие по него. Ако през срока на застраховката към застрахователното покритие бъде добавено ново застраховано лице, застрахователното покритие по отношение на това лице ще влезе в сила от датата, посочена в съответния сертификат.

22. Дата на изтичане на застраховката означава денят, в който приключва застрахователното покритие по договора. Ако през срока на застраховката застраховано лице бъде изключено от покритието по договора, тогава застрахователното покритие за това лице ще приключи на датата, договорена между страните по договора.

23. Период на свободен отказ означава първите 30 (тридесет) календарни дни от началната дата на застраховката, през които Застрахованият има право да прекрати договора и да си възстанови платената застрахователна премия, при условие че по отношение на нито един застрахован не е настъпило застрахователно събитие, вкл. не е получено медицинско лечение или помощ, обхванати от този договор, по време на гореспомнатия период от време. Периодът на свободен отказ не се прилага по отношение на подновяването, респ. удължаването срока на договора.

24. Период на застрахователно покритие е периодът, през който Застрахователят носи риска по застраховката.

25. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия. Този период е една година, освен ако не е уговорен по-кратък. Застрахователният период може да съвпада с периода на застрахователно покритие. Възможно е също в срока на застрахователния договор да се включва повече от един застрахователен период.

26. Застрахователна година е част от срока на застраховката, представляваща период от време между две годишнини на договора. Годишнините се отчитат спрямо началото на застрахователния срок.

27. Дата за годишно подновяване е датата, която е 12 (дванадесет) месеца след началната дата, посочена в полицата.

28. Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за Застрахования произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, а не от болест, заболяване или постепенен физически или умствен процес, настъпило през срока на застраховката и против волята на Застрахования, което причинява на Застрахования телесно увреждане (включващо, но не ограничаващо се със следното: открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на сухожилие

или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне, вдишване на газ или пари, както и абсорбция на отровни или агресивни вещества, незаконни действия на трети страни, включително терористична атака, опит за спасяване на хора или товари в опасност).

29. Заболяване е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране. Заболяването представлява всяко нарушение на нормалното състояние на организма поради функционални и/или морфологични промени, то включва всички оплаквания и последици, свързани с една диагноза, както и всички заболявания, дължащи се на една причина или свързани причини. Ако заболяването се дължи на същата причина, довела до предишно заболяване или свързана с него причина, тогава такова заболяване се счита за прогресия на предишното заболяване, а не за отделно заболяване.

30. Общо заболяване е всяка болест по критериите на Световната здравна организация, която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

31. Предварително съществуващо заболяване или медицинско състояние е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом:

31.1. за който са били потърсени или получени, или са били предвидими, лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране, от страна на застрахованото или ползващото се лице 24 (двадесет и четири) месеца преди началото на полицата за Застрахования, или

31.2. чийто произход е от или за което Застрахованият е знаел, че съществува, 24 (двадесет и четири) месеца преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.

31.3. Недиагностицирани симптоми, независимо дали са регистрирани.

31.4. Всяко състояние, което е възникнало между датата на попълване на заявлението за застраховане и по-късното от следните събития: датата на издаване на застрахователен сертификат или началната дата на застрахователното покритие.

32. Свързано медицинско състояние означава всяка болест, телесна повреда или влошаване на здравето, включително психическо разстройство, причинено от предварително съществуващо заболяване или медицинско състояние, или възникнало ново заболяване или състояние, но в резултат на или в причинно-следствена връзка със същата основна причина като предшестващото медицинско състояние.

33. Акутно заболяване е заболяване или болест с внезапно начало, тежки симптоми и кратка продължителност, включително всякакви интензивни симптоми като например силна болка.

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

34.1. за него не е известно признато лечение;

34.2. продължава за неопределено време;

34.3. повтаря се или е вероятно да се повтори;

34.4. постоянно е;

34.5. изисква палиативно лечение;

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

34.7. трябва да бъдете рехабилитирани или специално обучени, за да се справите с него.

По смисъла на настоящата застраховка не са хронични заболявания онкологичните, вродените и наследствените заболявания.

35. Онкологично заболяване (онкология) означава рак или злокачествен тумор от всякакъв характер, включително болест на Ходжкин, и включва също и неинвазивен рак (in situ).

36. Вродени/наследствени заболявания означава всяко наследствено заболяване, вродено разстройство, физическа аномалия и/или всяко отклонение от нормалното развитие, възникнало след раждането, или медицинско състояние, придобито по време на развитието на плода, независимо дали е диагностицирано към момента на оценяване на застрахователния риск. За застрахователни цели няма значение дали вродената болест се дължи на наследственост или на околната среда. Ако застрахователният договор е сключен с покритие за вродени/наследствени заболявания, то покритието е валидно, ако са изпълнени всички от изброените условия:

36.1. майката е имала покритие за майчинство по застрахователния договор;

36.2. детето се е родило по време на валидност на такова покритие за майчинство;

36.3. в рамките на първите 30 (тридесет) дни след раждането детето също е било включено в групата на застрахованите лица по застрахователния договор;

36.4. по договора е платена в пълен размер застрахователната премия по това покритие за конкретните майка и дете.

37. Увреждане означава частична или пълна загуба на способност за работа, потвърдени от квалифициран експерт или от специализирана организация в

съответната държава, като последица от телесно нараняване или разстройство на здравето, причинено от злополука или болест.

38. Психиатрична болест означава психично или нервно разстройство, което отговаря на критериите за класификация по международна класификационна система, като Диагностично и статистическо ръководство за психичните разстройства или Международната класификация на болестите (МКБ-10). Разстройството трябва да бъде свързано с настоящ стрес или съществено увреждане на способността на индивида да функционира във връзка с основна жизнена дейност (например заетост). Горепосоченото състояние трябва да бъде клинично значимо и да не е просто очакван отговор на определено събитие като тежка загуба, проблеми в личните отношения или академични проблеми или възприемане на чужда култура. Лечението на психични заболявания трябва да бъде извършено от квалифициран психиатър или клиничен психолог. Тези застраховка покрива психотерапия (както болнична, така и извънболнична) в случаи, в които Застрахованият е диагностициран от психиатър и насочен към клиничен психолог за последващо лечение.

39. Специфично изключение означава всяко изключение, което се прилага по отношение на Застрахования въз основа на резултатите от извършена на базата на представена пълна медицинска информация оценка на риска преди присъединяването му към договора и/или по други причини. Специфичните изключения се посочват в договора и/или в Сертификата и се прилагат в допълнение към общите изключения, описани в настоящите Общи условия.

40. Лекар е законово лицензиран практикуващ медицински специалист, който е признат за лекар от законодателството на държавата, в която се оказва лечението, покрито от тази застраховка, и който при оказването на това лечение практикува в обхвата на своя лиценз и обучение. Застрахованите лица имат право да избират всеки лекар, отговарящ на тези изисквания, освен ако в договора не е посочено друго.

41. Специалист (лекар, анестезиолог и хирург) е лице, надлежно квалифицирано и лицензирано по закон да практикува медицина в държавата, в която се оказва лечението, и което притежава удостоверение за специализирано обучение (или еквивалент за такова, който е приет от Застрахователя). Специалистът трябва да практикува в рамките на обхвата на своя лиценз и обучение.

42. Акушерка е лице, което е преминало и успешно завършило редовно обучение по акушерство и е придобило необходимата квалификация, за да бъде регистрирано и/или законово лицензирано да практикува акушерство.

43. Физиотерапевт е практикуващ физиотерапевт, който е регистриран като такъв от компетентния орган. Разходите за физиотерапия не включват тези за упражнения преди раждането и по време на майчинството, мануална терапия, спортни масажи и трудова терапия.

44. Рехабилитационен център е лечебно заведение, вписано съгласно законодателството на компетентните органи (извън болниците, които са дефинирани на друго място), за лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето, и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние, както и лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение.

45. Физиотерапия означава лечение, назначено от лекар физиотерапевт и извършено в лицензирано лечебно заведение за физикална и рехабилитационна медицина. Физиотерапия включва също кинезитерапия, извършена от лицензиран физиотерапевт след насочване от лекуващ лекар. В обхвата на физиотерапията не се включват дейности като ролфинг, пилатес, фанго, милта и други терапии, които не са медицински необходими.

46. Рехабилитация означава лечение в болница или извънболнично лечение, както е предписано от физиотерапевт, с цел възстановяване на здравето и мобилността след злополука, нараняване или заболяване до състояние, при което пациентът може да бъде самостоятелен. Лечението следва да бъде извършено в лицензирано лечебно заведение и да започне до 5 (пет) дни след изписването от спешния медицински център или хирургия.

47. Амбулаторно лечение е частна консултация със специалист, диагностични процедури и лечение от специалист, различно от стационарно или дневно лечение.

48. Палиативно лечение е лечение, основната цел на което е единствено да осигури временно облекчение на симптомите, а не да излекува болестта или нараняването, довели до симптомите. Разходи за палиативно лечение на терминално болни и хоспис означава разходи за настаняване, медицинска помощ от квалифицирана медицинска сестра и лекарства, които се отпускат по рецепта, предоставени в регистриран хоспис или болница в случай на терминална прогноза, предписани по съвет на лекар за целите на временно облекчаване на симптомите.

49. Домашни грижи са медицински услуги в дома на Застрахования, предписани от лекар поради медицински (различни от семейни) основания и предоставени от лицензирана от държавата медицинска сестра или акушерка. Медицинските грижи у дома винаги са свързани директно с болест, нараняване или медицинско състояние, за което Застрахованият е получил и получава лечение веднага след или вместо лечение в болница или лечение в дневен стационар. Това покритие е достъпно само ако е предварително разрешено от Застрахователя или Асистиънс компанията.

50. Местни услуги за линейка/кола за бърза помощ е наложителното медицинско транспортиране до и от местна болница в рамките на държавата.

51. Медицински консултант означава лекар, назначен от Застрахователя, който оценява здравословното състояние на Застрахования или на лицето, кандидатстващо за застраховане.

52. Доставчик означава организация или лекар, надлежно лицензирани за извънболнично медицинско лечение и консултации; организация или болница, надлежно лицензирани за медицинска наука и болнично лечение; аптека; сертифициран център за рехабилитация или организация за превантивни грижи; заведение, предоставящо медицинска помощ и транспортни услуги; погребално бюро; бюро за преводи или друг доставчик на услуги, който, действайки в съответствие с местното законодателство, предоставя медицинско лечение или други услуги на Застрахования или който се определя от Застрахователя за целите на организиране на лечение и други услуги или възстановяване на съответните разходи.

53. Алернативни/допълващи медицински практики означава практики и продукти, които не са признати в световен мащаб като методи и стандарти за медицинско лечение и медицински практики. Алернативната медицина включва акупунктура, иглотерапия, ароматерапия, хидротерапия, хиропрактика, хомеопатична, натуропатична и остеопатична медицина и аюрведична и традиционна китайска медицина.

54. Експериментално лечение означава медицинско лечение, процедура, терапевтичен курс, оборудване, медицинско изделие или фармацевтичен продукт за медицинска или хирургическа употреба, които са на етап проучване, изпитване, тестване или на всеки етап от експериментални дейности при клинични условия и/или които все още не са признати от различни научни организации или от международното медицинско общество, или от компетентните органи като надлежно тествани, достатъчно безопасни, ефективни или подходящи за лечение на заболявания или наранявания.

55. Продуктово ниво на застрахователно покритие е нивото на застрахователно покритие, избрано от Застрахователя, съгласно Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част към настоящите Общи условия, и посочено в застрахователния договор.

56. Медицинско лечение (лечение) означава набор от медицински необходими манипулации, предприети от лекар, включително медицински услуги, организационни и технически мерки, осигуряване на лекарства и медицински продукти, насочени към задоволяване на нуждата на Застрахования от възстановяване от заболяване или нараняване, или за установяване на диагноза, или за поддържане на здравословното му състояние. Лечението включва също медицински необходими манипулации, услуги, мерки, лекарства и продукти, предприети/доставени във връзка с майчинство и раждане.

57. Медицински необходимо означава медицинска услуга, лекарства, продукти и средства за оказване на медицинска помощ, които отговарят на всички критерии по-долу:

57.1. според преобладаващото мнение, посочено в медицинската литература, са безопасни и ефективни за лечение или диагностициране на дадено състояние или заболяване, по отношение на което се предлага да бъдат използвани или са най-безопасни (или имат минимални странични ефекти) в случай на лечение на животозастрашаващо състояние или заболяване при клинични и експериментални условия;

57.2. по отношение на вида, редовността и продължителността на лечението, отговарят на научнообоснованите норми и разпоредби на медицински организации, изследователски организации или здравни организации или държавни институции, и

57.3. са най-приемливите от медицинска гледна точка за обстоятелствата за предоставяне на такива медицински услуги, като се имат предвид и разходите и качеството на услугите, и

57.4. необходими поради причини, различни от това да се обогати Застрахованият или да се получи каквато и да е полза за неговия лекар.

58. Обезщетение за ХИВ/СПИН означава разходи за лечение, произтичащи от или свързани с човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ и/или заболяване, свързано с ХИВ), включително синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или свързан със СПИН комплекс (ARC). Ако Застрахованият е ХИВ-позитивен, тогава лимитът на обезщетенията за ХИВ/СПИН, установен от Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част към настоящите Общи условия, се прилага също (комбинирано) при лечението на следните състояния: кандидоза (млечница), рак на шийката на матката, CMN (цитомегаловирус), криптококов менингит, криптоспориidioза, свързано с ХИВ увреждане на мозъка, сарком на Капоши, лимфом, *Mycobacterium avium-intracellulare*, пневмония, включително РСР (пневмоцистна пневмония), тромбоза, токсоплазмоза и туберкулоза.

59. Обичайни, традиционни и разумни разходи – под този израз се разбира средната сума, начислена във връзка с валидни разходи за услуги или лечение, определени въз основа на опита и практиката на Застрахователя във всяка конкретна държава, район или регион, и подкрепени от независимо трето лице, което е практикуващ лекар специалист или държавен здравен орган.

В страни с препоръчителни ценови списъци за медицински услуги или където

се поддържа публично достъпна статистика за разходите за медицински услуги, терминът „обичайни, традиционни и разумни разходи“ предполага разглеждане на данните от ценовите списъци и статистическите данни. Ако обичайното, традиционното и разумното ниво не може да бъде определено поради необичайния характер на услугата или доставката, Асистънс компанията ще съдейства на Застрахователя, за да определи доколко таксата е разумна, като се вземе предвид сложността, свързана с нея, степента на необходимите професионални умения и всички други подходящи фактори.

60. Оптична грижа означава рецепта за очила или лещи, издадена от очен лекар в случай на корекция на зрението, която е по-голяма или равна на 0,5 диоптъра. Не се покриват разходи за слънчеви очила или рамки.

61. Щета е общата сума на разходите за лечение на всяка отделна злополука, телесно нараняване или заболяване.

62. Претенция означава искане за изплащане на застрахователна сума или за възстановяване на разходи за медицинско лечение, стока или услуга, подадено от застраховано лице, застрахованец, лечебно заведение или от друг доставчик на лечението, стоката или услугата.

63. Териториален обхват (основна зона на покритие) – посочен е в застрахователния договор (застрахователната полица).

64. Родна държава (държава по произход) е държавата, от която на Застрахования е издаден паспорт и е ясно посочена като такава в заявлението за застраховане. Когато Застрахованият притежава повече от един паспорт, родина ще означава гражданството, което е декларирано в заявлението за застраховане. За целите на застрахователния договор ще се счита, че свързаните лица имат същата родина като основното застраховано лице, независимо от тяхното гражданство.

65. Държава по местоживее (държава на пребиваване) е държавата, в която Застрахованият живее, както е посочено в искането за застраховане, или всяка друга държава, която впоследствие Застрахователят е променил като нова държава по местоживее на Застрахования, след подадено заявление от Застрахования/Застрахования, доколкото:

65.1. Застрахователят е бил уведомен писмено за всяка такава постоянна промяна в държавата, в която Застрахованият живее обичайно, и

65.2. Застрахователят е потвърдил своето съгласие да продължи да застрахова Застрахования съгласно сключения застрахователен договор при същите условия. Счита се, че Застрахованият е направил постоянна промяна в своята държава по местоживее, ако той живее или възнамерява да живее в другата държава за повече от 90 (деветдесет) последователни дни.

66. Местен гражданин означава физическо лице, чиято държава на пребиваване е същата като неговата държава по произход.

67. Самоучастие (самостоятелно плащане) е частта от разходите, за които Застрахованият остава отговорен при условията, посочени в застрахователния договор. Застрахованият трябва да плати самоучастието си във връзка с всяко отделно събитие, водещо до предявяването на претенция, респ. не получава възстановяване на разход за размера на самоучастието си, в случай че е платил цялата сума.

68. Период на изчакване е период от определен брой дни, след изтичането на които възниква задължението на Застрахователя за извършване на застрахователно плащане. През периода на изчакване Застрахователят не извършва плащания за лечение, стоки и услуги и не възстановява суми. Ако периодът на изчакване не е изтекъл към датата на подновяване на договора, тогава само неизтеклата част от периода на изчакване е приложима към новия застрахователен период на полицата.

69. Гратисен период са предварително изрично посочени в настоящите Общи условия или в полицата брой дни, считано от датата, на която застрахователната премия или всяка вноска от нея се дължи от Застрахования, през които той трябва да плати застрахователната премия. В случай че Застрахованият закъсне с плащането на застрахователната премия или която и да е част от нея, Застрахователят има право да отложи дейността по уреждането на застрахователни претенции по договора, докато Застрахованият не изплати цялата дължима сума и/или да прекрати договора.

70. Медицински разходи след репатрирането са медицинските разходи, необходимо и разумно направени в родната държава на Застрахования или в държавата по местоживее, след като Застрахованият е бил репатриран в съответствие с клаузите на полицата, и свързани единствено с телесното нараняване или болест, за които той е бил репатриран.

71. Превишение/Франшиз е първата сума на всеки отделен иск, която сума се поема от Застрахования, преди обезщетенията по тази полица да станат дължими.

72. Война е нахлуване, действия на чужди врагове, враждебност (независимо дали е декларирана или не), гражданска война, размирици, революция, въстание, военна или узурпирана власт, бунт, метеж, граждански размирици и терористични актове.

73. Терористичен акт е действие, включващо, но неограничаващо се само с: използване на сила или упражняване на насилство и/или заплаха за това от страна на дадено лице или група/и лица, независимо дали действат самостоятелно или от името на или във връзка с дадена организация/и или правителство/а, извършено с политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включвайки намерението

да въздейства на дадено правителство и/или да застрашава обществото или част от обществото.

74. Ядрен, химически, биологичен тероризъм означава използването на ядрено оръжие или устройство или отделияето, изхвърлянето, разпръскването, осoboждаването на всяко твърдо, течно или газообразно химическо вещество и/или биологичен агент през срока на тази застраховка от всяко лице или група лица, независимо дали действат самостоятелно или от името или във връзка с някаква организация или правителство, извършени за политически, религиозни или идеологически цели или причини, включително намерението да влияят върху дадено правителство и/или да подлагат на страх обществеността или която и да било част от обществеността.

Използването в горната дефиниция понятие „химичен агент“ означава всяко съединение, което при подходящо разпространение произвежда инвалидизиращи, вредни или смъртоносни ефекти върху хора, животни, растения или имущество.

Използването в горната дефиниция понятие „биологичен агент“ означава всеки патогенен (произвеждащ заболяване) микроорганизъм и/или биологично произведен токсин (включително генетично модифицирани организми и химически синтезирани токсини), които причиняват болест и/или смърт при хора, животни или растения.

75. Опасни спортове включват уиндсърф; сърф; гмуркане на дълбочина до 20 м; водни ски, каране на скутери, мотоциклети и мотопеди; джет ски (аква мотори); каране на квадрацикли, моторни шейни; парасейлинг; яхтинг; планински ски и сноуборд.

76. Обществени спортове означава дейности, които обикновено са признати за силно опасни за живота и здравето и включват (но не се ограничават до следните неизчерпателно изброени видове), например ски скокове, планинизъм, ски в планината или сноуборд извън специалните писти, спелеология и скачане с въже, сандбординг; гмуркане на дълбочина над 20 м; уейкбординг; флайбординг; делтапланинизъм; параканеризъм; кайт сърф; каяк (рафтинг в малък едноместен съд, т.е. каяк); каньонинг; зорбинг; обядване на диви коне; скок с парашут от стационарно положение; скейтборд; планинско колеездене (планинско спускане на специални колела); Bison-Track-Show (тракторно състезание); скачане с въже (с помощта на специално предпазно въже от високи обекти); рууфинг (изкачване на трудностъпни и опасни покриви и шпилки на високи сгради без мерки за сигурност); алпинизъм; каскадърско каране на мотор (стънт райдинг); трийл; трийл сърфинг; фрибординг; каране на ролери; каскадърски изпълнения или каране на специални мотори в пресечени местности; участие в регати; моторни състезания, автомобилни състезания или всякакви други състезания.

77. Професионален спорт означава всякакви спортни дейности (с изключение на шах и дама), ако са насочени към получаване на възнаграждение или заплата или постигане на официално признати спортни резултати като ранг, рейтинг, титла и т.н., на официални национални спортни състезания или официални международни спортни състезания. Това включва подготовка за спортни състезания и съответните спортни тренировки. Професионалните спортове включват и всякакъв вид състезания с моторни превозни средства.

78. Епидемия е бързо и масово разпространение на определено заболяване, което значително надхвърля обичайното и очакваното, в рамките на определен географски район и за сравнително кратък период от време.

79. Пандемия е вид всеобхватна епидемия, засягаща голям регион, континент или целия свят и характеризираща се с появата на нов вирус или инфекциозен носител, срещу който човешката популация няма имунитет.

80. Застраховане при мораториум е предоставяне на застрахователно покритие на кандидат за застраховане, който е декларирал в заявлението за застраховане наличие на медицински състояния или заболявания, предшествващи сключването на застрахователния договор, като за определен, уговорен в договора период Застрахователят изключва от застрахователното покритие на Застрахования тези декларирани състояния или заболявания. В случай че в застрахователния договор изрично не е посочено друго, застраховане при мораториум се прилага през първите 2 (две) години непрекъснато покритие по договора. Ако в рамките на периода на застраховане при мораториум Застрахованият не е претърпял никакви симптоми, свързани със съществуващите медицински състояния или заболявания, не се е консултирал с нито един лекар, специалист или друг медицински специалист с цел прегледи, последващи прегледи, медицинско лечение или съвет във връзка със съществуващите медицински състояния или заболявания и не му е предписано лечение или не е приемал лекарства, други медикаменти, включително лекарствени средства без рецепта, специални диети, инжекции, физиотерапия за това състояние или свързано с него медицинско състояние, то след изтичане на периода на мораториума тези съществуващи медицински състояния ще отговарят на условията за покритие, освен ако в полицата не е изрично посочено друго.

81. Злоупотреба с алкохол и вещества означава прекомерна или неподходяща употреба на алкохол или наркотици, включително предписани лекарства, която води до физически или психически здравни разстройства.

82. Доброкачествени кожни образувания означават доброкачествени кожни израстъци, включително кисти, липоми и други неракови лезии, които изискват медицинско лечение.

83. Еректилната дисфункция (ЕД) е вид сексуална дисфункция, характеризираща се с неспособност за развиване или поддържане на ерекция на пениса по време на сексуална активност.

(2) В случай че определението на който и да е термин не е включено в ал. 1 от настоящата разпоредба, то терминът следва да бъде обяснен в съответствие с приложимото законодателство, ако и това не е възможно, то тогава този термин следва да се тълкува в съответствие с обичайното му лексикално значение.

(3) По застрахователния договор се прилага период на изчакване, по време на който не се изплащат обезщетения. Специфичната продължителност на периода на изчакване е посочена в полицата и се прилага от датата на започване на застрахователния договор.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ

Чл. 2. Тези Общи условия са неразделна част от застрахователния договор и са основата, върху която ще бъдат разглеждани всички искове за застрахователни плащания. Всяко застраховано лице трябва да ги прочете внимателно, за да се увери, че напълно разбира всички термини, изключения, условия и ограничения.

Чл. 3. (1) По тази застраховка се застраховат лица на застрахователна възраст както следва:

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

2. Минималната възраст на допълнително застраховано лице при сключване на застраховката е 0 (нула) години.

3. Максималната възраст на основния застрахован или допълнително застраховано лице при първоначално сключване на застраховката е 65 (шестдесет и пет) години. След това застраховката може да бъде сключвана отново чрез едногодишни договори без прекъсване между сроковете им, като последно това може да стане при възраст на основния застрахован или допълнително застраховано лице 74 (седемдесет и четири) години.

4. Максималната възраст на основния застрахован или допълнително застраховано лице при изтичане на застраховката е 75 (седемдесет и пет) години.

(2) Определянето на застрахователната възраст по тези Общи условия се изчислява към 1-во число на месеца, определен за начало на застраховката и се определя в цели години, като частта на възрастта, по-малка от 6 (шест) месеца не се взема предвид, а частта от 6 (шест) месеца и повече се приема за цяла година.

ГЛАВА ВТОРА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

РАЗДЕЛ I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 4. (1) Застрахователният договор по тази застраховка се сключва срещу покрити съгласно условията на договора застрахователни рискове, свързани със здравето или телесната цялост на застрахованите лица.

(2) Застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия при настъпване на застрахователно събитие в рамките на покрития риск да извърши застрахователно плащане в размер и на лицето, определени в застрахователната полица.

Чл. 5. (1) Застрахователят поема рискове, свързани с финансово обезпечаване на определени медицински стоки и услуги.

(2) Нивата на застрахователно покритие и лимитите на отговорност на Застрахователя са посочени в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия.

РАЗДЕЛ II. ИЗВЪНБОЛНИЧНА ГРИЖА

Чл. 6. (1) Застрахователното покритие по този раздел включва покриване от страна на Застрахователя на рискове, свързани с медицинско лечение на застраховано лице, което не е болничен пациент, в регистрирани съгласно законодателството на държавата, в която се намира, лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ.

(2) Покритите по ал. 1 рискове са свързани с диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на болни, вкл. наблюдение и медицинска помощ при бременност.

(3) Дейността на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.

Чл. 7. (1) Извънболничната помощ включва също домашно посещение на пациент от лекаря, при условие че това посещение е организирано от Застрахователя, Брокера или Асистънс компанията или е одобрено от някой от тях в съответствие с условията на застрахователния договор, ако причината за посещението на лекар е здравословното състояние на Застрахования, който не е в състояние сам да стигне до лечебно заведение, без да изложи живота или здравето си на риск.

(2) В случай че домашното посещение е по желание на Застрахования, както и ако е извършено не в ситуация на спешна медицинска помощ, тогава разходите, извършени за него, не се покриват по настоящата застраховка и са за сметка на Застрахования.

Чл. 8. Приложимите за този раздел понятия и изрази носят следния смисъл:

1. Извънболнична операция означава операция, извършена като извънболнично лечение или в отделение за хирургически процедури в рамките на един ден, като пациентът се изписва от лечебното заведение в същия ден, без да е необходимо да остане за наблюдение и лечение през нощта.

2. Превантивна грижа означава грижа за здраво дете, проверка на здравето на възрастни (преглед) и ваксинация, а именно:

2.1. Грижа за здраво дете включва медицински прегледи и изследвания, установени съгласно приложимите национални стандарти за деца от раждането до 18-годишна възраст, за мониторинг и оценка на нормалното физическо и психическо развитие. Наред с останалото тези проверки и изследвания могат да включват кръвни изследвания, измерване на височина и тегло, анализ на урина, проверка на сетивата, преглед от невролог, установяване на наследствени и метаболитни заболявания, проби туберкулин, определяне на хематокрит, хемоглобин и други кръвни изследвания, включително такива за наследствени форми на хемоглобинопатии.

2.2. Здравен скрининг за възрастни (медицински преглед) включва рутинен физически преглед от общопрактикуващ лекар, рутинни кръвни изследвания и изследване на урината за лица на 18 (осемнадесет) и повече години. По-нататъшни тестове и консултации от специалисти се препоръчват от общопрактикуващия лекар в зависимост от възрастта и пола на Застрахования, общото му здравословно състояние и професионалните опасности, като те могат да включват:

2.2.1. Мамографии за скрининг или диагностични цели за рак на гърдата:

- една основна ехомамография за асимптоматични жени на възраст 35–39 (тридесет и пет–тридесет и девет) години;

- мамография за асимптоматични жени на възраст 40–49 (четиридесет–четиридесет и девет) години – на всеки 2 (две) години;

- мамография за жени на възраст 50 (петдесет) или повече години – всяка година.

2.2.2. Цитонамазка: една годишна цитонамазка за застраховани жени.

2.2.3. Скрининг за рак на простатата (PSA-тест): един годишен скрининг за рак на простатата за застраховани мъже на възраст 50 (петдесет) или повече години или на всяка друга възраст, когато е предписано от лекар.

2.2.4. Скрининг за рак на дебелото черво: годишен скрининг за рак на дебелото черво за застраховано лице на възраст 55 (петдесет и пет) или повече години.

2.2.5. Костна денситометрия: едно годишно сканиране за определяне на плътността на костите на Застрахования.

2.3. Ваксинация означава медицински необходима ваксинация според медицински показания и препоръки на лекар или съгласно задължителни държавни стандарти за ваксинация в страната на пребиваване, или доброволно, включително когато ваксинацията се извършва за получаване на разрешение за влизане в друга държава (от официалните власти на тази страна). Детската ваксинация включва: дифтерия, хепатит В, морбили, паротит, коклюш, полиомиелит, рубеола, тетанус, варицела, хемофилус грип В и хепатит, както и други медицински необходими детски ваксинации.

3. Хормоназаместителна терапия означава консултации и лекарства, отпуснати по лекарско предписание, пластири или импланти с единствената цел за лечение на медицинско състояние с хормонален дисбаланс, с изключение на симптомите на менопаузата.

4. Лечение на безплодие означава лечение на безплодие, хирургично или ин витро оплождане (IVF), както и всички изследвания и процедури за изследване, необходими за установяване на причината (причините) за безплодието (например лабораторни изследвания, хистеросалпингография, лапароскопия, хистероскопия или друго лабораторно изследване или инструментална диагностика, предписана с тази цел).

5. Обещание за възстановителна логопедия означава, че разходите за консултации, сесии и уроци за извънболничен пациент с цел възстановяване на речевите умения, изгубени в резултат на злополука или заболяване, могат да бъдат претендирани за възстановяване по договора, ако лечението на травма, свързана със злополука или свързана с нея болест, се покрива от застрахователния договор и назначаването на логопед се предписва от лекуващия лекар на Застрахования.

РАЗДЕЛ III. МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ И СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 9. (1) Застрахователното покритие по този раздел включва възстановяване на извършени медицински разходи, както и покриване от страна на Застрахователя на рискове, свързани със спешна медицинска помощ.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия медицински разходи са всички разумни и необходими разходи, направени във връзка с медицинско или хирургическо лечение на акутно медицинско състояние, оказано от лекар и/или хирург, радиолог (рентгенолог) или друг специалист, към когото Застрахованият е бил препратен.

(3) По смисъла на настоящите Общи условия спешна медицинска помощ (спешна помощ) е медицинска услуга или лечение на всеки пациент, при който е налице

нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, при което, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности, може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи.

Чл. 10. (1) Покритието за спешна помощ извън основната зона на покритие означава, че когато Застрахованият е в командировка или пътуване за удоволствие или по лични причини (за период по-малък от един месец) извън основната зона на покритие и неочаквано се озове в ситуация на медицинска спешност (в резултат на телесна повреда от злополука, настъпила по време на пътуването, или в резултат на остро заболяване, възникнало по време на пътуването, или в резултат на остър епизод на съществуващо медицинско състояние, което за първи път е съобщено, докато Застрахованият се е намирал в основната зона на покритие), Застрахованият може да получи спешна медицинска помощ в рамките на 24 (двадесет и четири) часа след злополуката. Обхватът на покритието по тази застраховка се ограничаваша до сумата, уговорена в полицата.

(2) В покритието за спешна помощ извън основната зона на покритие не се покриват разходи за следните лечения:

1. рутинно лечение или лечение по желание;

2. продължаващо и неспешно лечение, дори ако Застрахованият не може да пътува в страна, попадаща в обхвата на избраното териториално ниво;

3. лечение, което може да бъде отложено, докато Застрахованият се върне в основната зона на покритие;

4. лечение, което е било планирано предварително, преди пътуването извън основната зона на покритието;

5. лечение, произтичащо от обстоятелства, които биха могли разумно да се предвидят от Застрахования;

6. лечение, свързано с майчинство, включително грижи за бременната майка и нероденото дете.

Чл. 11. (1) Покритието за спешна медицинска евакуация означава, че в случай на критично медицинско състояние, възникнало за Застрахования извън страната на пребиваване, ако лекар, упълномощен от Асистънс компанията, при консултация с местен лекуващ лекар прецени, че е необходимо Застрахованият да бъде транспортиран до друга болница или лечебно заведение за незабавно експертно медицинско лечение, то Асистънс компанията да организира възможно най-скоро транспортиране на Застрахования до най-близката подходяща болница или лечебно заведение, предлагащо адекватно медицинско лечение под надлежно медицинско наблюдение, а Застрахователят да покрие разходите за това транспортиране.

(2) Задължителни условия за покриване на разходите за транспортиране по смисъла на ал. 1 е свързване на Застрахования с Асистънс компанията, предварително одобрение от нейна страна, както и всички действия, свързани със самата спешна медицинска евакуация да бъдат извършени от Асистънс компанията. Болницата, до която се извършва спешната медицинска евакуация, следва да бъде в друга най-близка държава или в родината на Застрахования.

(3) Застрахователното плащане при спешна медицинска евакуация, както и всяко друго застрахователно плащане по условията на тази застраховка не включва следните разходи:

1. морски и офшорни евакуации – ако застраховано лице е ранено или се разболее в морето (т.е. на круизи, яhti и др.) или в офшорна зона, Застрахователят няма да носи отговорност за организиране на помощ или изплащане на обезщетения, докато Застрахованият не е на сушата. Това също означава, че всички разходи, свързани с евакуация от морето на сушата, ще бъдат изключени от покритието по тази застраховка. След достигане до сушата, ако това е уговорено в застрахователния договор, ще обхваща лечения, стоки и услуги, както е предвидено в договора. Ако Застрахованият е в морето, Застрахователят ще поиска той да бъде евакуиран чрез морска спасителна служба до държава в рамките на закупената от него основна зона на покритие, когато обстоятелствата го позволяват.

2. планинско спасяване – разходите за търсене и спасителни действия в планината.

Чл. 12. (1) Покритието за разходи за репатриране или местно погребение означава, че ако смъртта на застраховано лице настъпи извън неговата родина или страната на пребиваване, законният му представител да има право да поиска или трупът на Застрахования да бъде транспортиран до неговата родина или държавата на пребиваване, или Застрахованият да бъде погребан на местно ниво или кремиран, като всички съответни договорености и разходи се заплащат съгласно условията на застрахователния договор.

(2) Рискът по ал. 1 не е приложим за лица, навършили 65 години към началната дата на застраховката (началната дата на първоначалното им покритие по застрахователния договор, в случай че първото застрахователно покритие по договора по отношение на тях започва след началната дата на застраховката).

РАЗДЕЛ IV. БОЛНИЧНА ГРИЖА

Чл. 13. (1) Застрахователното покритие по този раздел включва покриване от страна на Застрахователя на рискове, свързани с медицинско лечение на застраховано лице, което е болничен пациент, в регистрирани съгласно законодателството на

държавата, в която се намират, болници.

(2) Покритието по ал. 1 рискове са свързани с оказване на болнични услуги, които включват разумни и обичайни разходи за района, в който е оказано лечението, за прием в болница до размера на разходите за стая с едно легло, разходите за храна, всички болнични медицински съоръжения, както и цялото медицинско лечение и медицински услуги, назначени от лекар.

(3) Дейността на лечебните заведения за болнична медицинска помощ и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.

Чл. 14. (1) Болничната помощ може да включва също покритие за бременност и раждане, както и възможни усложнения във връзка с тях.

(2) Бременност означава период от време от датата на зачеването до раждането, а покритието за бременност и раждане обхваща раждане на дете, спонтанни аборти и прекратяване на бременността по медицински причини (включително пред- и следродилни прегледи и разходи за раждането).

(3) В случай, свързан с бременност и раждане, Застрахователят възстановява разходи за лечение, свързани с пренатална и следродилна грижа и раждане на застрахованата майка и нейното новородено през първите 14 (четиринадесет) дни от живота му, когато не се изисква специална акушерска грижа. Пренаталната грижа включва троен/четвъртичен тест, амниоцентеза, ДНК анализ за жени на възраст 35 (тридесет и пет) и повече години, не повече от 3 (три) рутинни пренатални ултразвукови прегледа, освен ако не се налага по медицински причини, не повече от 12 (дванадесет) рутинни пренатални прегледи (обхващащи например тест за нухална прозрачност, преглед за определяне на термина и кръвни тестове, проверка за аномалии, лекарства за предотвратяване на усложнения на бременността, например разреждане на кръвта, анти-D инжекции), освен ако не са медицински необходими, и консултации с акушерка. Разходите за предродилни класове, родителски или други учебни часове и масажи на майката, както и 4D и 5D скенер не се покриват от тази застраховка.

(4) Когато бременността обхваща 2 (две) застрахователни години и покритието се промени при подновяване, се прилагат следните правила:

1. През първата година – валидни са всички лимити за покритието рискове.
2. Новите лимити се прилагат за всички рискове, възникнали през втората застрахователна година, като се приспадат разходите, извършени през първата година.
3. Ако лимитите бъдат намалени през втората година, а Застрахователят вече е платил всички разходи по тези нови лимити през първата година, тогава Застрахователят не дължи обезщетение за втората година.
- (5) Възможните усложнения във връзка с бременност и раждане, покрити по настоящата застраховка, обхващат някое от следните медицински състояния:
 1. спонтанен аборт, изискващ незабавна хирургическа намеса или смърт на плода, ако той остане в матката на майката с плацентата;
 2. мъртвородено;
 3. анормален клетъчен растеж в матката (хидатиформена мола);
 4. извънматочна бременност;
 5. тежък кръвоизлив в продължение на няколко часа или дни непосредствено след раждането (кръвоизлив след раждане);
 6. остатъчни тъкани в матката (части от плацентата или мембраните) след раждането на бебето;
 7. слабо залепване на плацентата;
 8. нефропатия;
 9. прееклампсия (състояние с редица симптоми, включително хипертония и задържане на течности);
 10. еклампсия (късна токсикоза, характеризираща се с конвулсивни атаки, последвани от състояние на кома);
 11. гестационен диабет;
 12. пълно спиране на трудовата дейност;
 13. терапевтичен аборт;
 14. разкъсване на матката;
 15. емболия на околоплодни води;
 16. усложнения след горелосочените състояния.

(6) При възникнал случай, свързан с усложнена бременност и раждане, Застрахователят възстановява разходите, свързани с пренаталната и следродилната грижа и раждането, на застрахованата майка и нейното новородено дете през първите 14 (четиринадесет) дни от живота му, когато лекарят е удостоверил някое от предвидените медицински състояния съгласно определеното за усложнена бременност и раждане или когато нормалното раждане би застрашило живота на майката и детето (децата). Освен тестове и консултации, посочени в определеното за обезщетение за нормална бременност и раждане, обезщетението за усложнена бременност и раждане включва и други медицински необходими консултации, тестове и лечения, предписани от лекаря във връзка с усложнена бременност и раждане, а също така покрива свързаните с тях разходи за линейка. Ако съгласно полицата/удостоверението на застрахованата майка диабет и болести, свързани

с диабет, са изрично изключени от застрахователно покритие, тогава лечението за диабет по време на бременност не се покрива от тази застраховка и не се възстановяват никакви свързани разходи.

(7) В случай че това е изрично уговорено в полицата, Застрахователят може да покрие и разходи за акушерство, което по смисъла на настоящите Общи условия означава лечение, предоставено от акушерка.

Чл. 15. (1) Болничната помощ може да включва също покритие за грижа за новородено. Грижата за новородено дете включва обичайни прегледи, необходими за оценяване на целостта и основните функции на органите и скелетната структура на новороденото. Тези важни прегледи се извършват непосредствено след раждането, но не по-късно от 14 (четиринадесет) дни от датата на раждане. Съответните разходи ще бъдат възстановени от договора на осигурената майка, при условие че бременността ѝ е покрита от договора. В случай на раждане на повече от едно дете, лимитът на покритие се разпределя пропорционално между новородените.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия под новородено се разбира бебе през първите 30 (тридесет) календарни дни от живота му след раждането.

Чл. 16. (1) Болничната помощ може да включва също покритие за бъбречна диализа (бъбречна недостатъчност). Ако обезщетението за бъбречна диализа е покрито от специалните условия на полицата, това означава, че разходите за хемодиализа ще бъдат възстановени по договора, ако се извършва в болница или официално регистриран център за лечение на бъбречна недостатъчност в страната на пребиваване на застрахованото лице и при доставчик, най-близо до неговия/нейния адрес на пребиваване, който може да предостави необходимо лечение.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия бъбречна диализа (бъбречна недостатъчност) означава абсолютна бъбречна недостатъчност, състояща се от хронична необратима бъбречна недостатъчност за двата (или един) бъбрека, като поради нея се изисква хемодиализа.

Чл. 17. (1) Болничната помощ може да включва също покритие за реконструктивна операция. За да бъде реконструктивната операция покрита от тази застраховка, трябва да бъдат изпълнени едновременно и всички от следните условия:

1. да е наложена от покрити по застраховката злополука или заболяване, настъпили със Застрахования след началната дата на застраховката, а то само в случай че застрахователното покритие на Застрахования е влязло в сила, и
2. самата реконструктивна операция да трябва да се проведе в рамките на 24 (двадесет и четири) месеца от злополуката или заболяването и
3. датата на реконструктивната операция трябва да бъде в рамките на периода на полицата.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия реконструктивна операция означава хирургическа процедура(и), която е необходима за възстановяване на външния вид или функцията на тялото на Застрахования след настъпили с лицето злополука или заболяване.

Чл. 18. (1) Болничната помощ може да включва също покритие за трансплантация на бъбреци, сърце, сърце-бял дроб, черен дроб, костен мозък и стволови клетки (както при автоложна, така и при донорска), като лечението посредством трансплантация/стволови клетки трябва да се извършва в международно акредитирани институции от надлежно квалифицирани хирурзи, а добиването на органи да бъде извършено в съответствие с указанията на Световната здравна организация. Разходи, свързани с придобиването на материали за трансплантация, както и донорските разходи не се покриват от тази застраховка.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия трансплантация на бъбреци, сърце, сърце-бял дроб, черен дроб, костен мозък и стволови клетки означава трансплантационна операция, при която Застрахованият е получател.

Чл. 19. (1) Болничната помощ може да включва също покритие за протезно устройство (протеза), представляващо устройство, което замества цял орган или част от него или заменя изцяло или частично инвалидизирана или зле функционираща част на тялото.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия вътрешните протезни устройства и помощни средства включват имплантирана вътрешна протеза (като пейсмејкър и тазобедрени стави, гръдна протеза за пациенти с рак) и вътрешно имплантирани устройства. За да може вътрешните протези и помощни средства да се покриват от тази застраховка, те трябва да бъдат предписани от лекар, предварително одобрени от Застрахователя или Асистънс компанията и поставени по време на операция, която се покрива от тази застраховка. Протезните устройства и помощни средства, свързани със сексуална дисфункция, не се покриват от тази застраховка. Не се покриват и хирургични консумативи за еднократна употреба, напр. ушиватели, съшиватели и др.

(3) По смисъла на настоящите Общи условия външните протезни средства и помощни средства включват онези средства, които са използвани или поставени като необходима част от лечението веднага след операцията, както и част от процеса на възстановяване. Обезщетенията за външни протези и помощни средства (ако са посочени като обхванати от Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част към настоящите Общи условия) включват всички разходи, свързани с процедурата, включително всяка терапия, свързана с използването на новия крайник. Специални високоскоростни протези за спорт или подобряване на

спортните резултати няма да бъдат покрити от тази застраховка.

Чл. 20. Приложимите за този раздел понятия и изрази носят следния смисъл:

1. Болница е лечебно заведение (клиника) за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото законодателство, в държавата, в която се намира, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Болницата може да бъде частна или обществена/държавна, трябва да разполага с необходимо оборудване, материални/технологични средства и професионални служители за установяване на диагнозата и извършване на операции, предоставяне на непрекъснато лечение на пациентите, наблюдение и грижи и където лекарите и медицинският персонал пребивават 24 (двадесет и четири) часа на ден. По смисъла на настоящите Общи условия не са болница рехабилитационните центрове и специализираните болници, клиники и отделения за лечение на психичноболни, алкохолици и наркомани, СПА, хидроклиники, санаториум, старчески дом, дом за възрастни хора.

2. Хоспитализация (болничен престой, стационарно лечение) е непрекъсваем минимум 24-часов престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение. Стационарното лечение не може да надвишава повече от 12 (дванадесет) месеца общо за всяко едно застрахователно събитие.

3. Отделение за интензивно лечение означава сектор или отделение в болница, което е определено като отделение за интензивно лечение, поддържа се 24 (двадесет и четири) часа само за лечение на пациенти в критично състояние и е оборудвано за предоставяне на специални сестрински и медицински услуги, които не са налични другаде в болницата.

4. Ден болничен престой е непрекъсваем 24-часов престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение. Стационарното лечение не може да надвишава повече от 12 (дванадесет) месеца общо за всяко едно застрахователно събитие.

5. Дневно лечение може да бъде получено, докато Застрахованият заема болнично легло в болница или медицински дневен стационар, но пациентът не остава да нощува, както и когато му е събрана такса за прием в болница, за което той подпише формуляр за прием (или ако от негово име е подписан такъв формуляр), но не остане за престой през нощта.

6. Дневно обезщетение за хоспитализация е парично обезщетение, изплащано на Застрахования като алтернатива на възстановяването на разходите за хоспитализация. Дневното обезщетение за хоспитализация е налице, ако настаняването и лечението на Застрахования е извършено в държавна болница, без заплащане както от страна на Застрахования, така и от Застрахователя, Брокера или Асистънс компанията.

7. Операция означава набор от процедури за разкриване на човешки тъкани или органи, на който се подлага застраховано лице поради терапевтични показания и се извършва от квалифициран лекар в съответствие с общоприетите стандарти в хирургично отделение на болница или в амбулаторно медицинско заведение с цел да се лекува, диагностицира, подобрят функциите на организма, като се използват различни методи за отделяне, отстраняване и залепване на тъканите.

8. Еднодневна операция означава операция, която изисква използването на конвенционален операционен салон и се извършва в рамките на един и същи ден без пренощуване.

9. Стандартна самостоятелна стая означава самостоятелна стая на най-ниска цена (обикновена) с едно легло, налична в болница.

10. Стандартна полусамостоятелна стая означава стая в болница, която е предназначена за настаняване на двама пациенти със съответните тарифи за лечение и такси.

11. Разход за линейка означава разход за медицински нужна първа помощ на Застрахования, предоставена от лекар на местна пътна линейка, и транспортирането на Застрахования до местна болница за спешна медицинска помощ или болнична помощ, ако е необходимо медицинско лечение, което по мнение на местния лекар от пътната линейка може да бъде осигурено само в болница.

РАЗДЕЛ V. ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

Чл. 21. (1) Застрахователното покритие по този раздел включва покриване от страна на Застрахователя на рискове, свързани със стоматологично лечение на застраховано лице, оказани от дентален лекар (стоматолог), официално квалифициран и лицензиран да практикува дентална медицина в страната, в която е получено лечението.

(2) Конкретните покрити рискове, свързани с оказване на стоматологично лечение, са посочени в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част към настоящите Общи условия, освен ако в полицата не е предвидено друго. Тези покрития са в сила, при условие че Застрахованият се е явявал на редовни зъболекарски прегледи и е преминал всички необходими лечения в едногодишен период, непосредствено преди началната дата на застраховката (началото на първоначалното покритие на конкретно застраховано лице, присъединено към

групова застрахователна полица след началната дата на застраховката) или непосредствено преди претендиране на посоченото обезщетение за дентално лечение в зависимост от това, кое от двете настъпи по-късно.

(3) Дентално ортодонтоско лечение се предлага за застраховани до 18-годишна възраст.

Чл. 22. Приложимите за този раздел понятия и изрази носят следния смисъл:

1. Спешно дентално лечение (дентално лечение след злополука) е лечение, което е наложително в резултат от злополука/нараняване от външен удар, получено в рамките на 48 (четиридесет и осем) часа след датата и часа на злополуката/нараняването за незабавно облекчаване на болката, причинена от загубата или повредата на естествен зъб при злополуката. Спешното дентално лечение включва и лечение, необходимо за възстановяване или замяна на здравите естествени зъби на застраховано лице, изгубени или повредени при злополука, което лечение е извършено в рамките на 90 (деветдесет) дни от датата на злополуката. Спешното дентално лечение не включва увреждане на зъбите, причинено от ухапване или дъвчене.

2. Дентално базово възстановително лечение включва следните манипулации, при спазване на ограниченията и лимитите на отговорност, предвидени в застрахователния договор: облекчаване на болката, рентгенови снимки, лечение за поставяне на пломба/зъбен кариес, включително последствия от кариес на зъбите (пулпит, пародонтит), изваждане и терапия на кореновите канали, хирургия за отстраняване сложен, неизлязъл или засегнат зъб, например в случай на засегнат мъдрец, или за лечение на необратимо костно заболяване, включващо челюстта(ите), които не могат да бъдат лекувани по друг начин, но не и ако са свързани със заболяване на венците или увреждане на зъбите от механичен характер.

3. Дентално основно възстановително лечение включва следните манипулации, при спазване на ограниченията и лимитите на отговорност, предвидени в застрахователния договор: лечение на венците, възстановяване на функцията на зъбните протези и поставяне на нови протези, коронки, мостове и опорни зъби, както и свързаните операции и лечения.

4. Дентално диагностично и профилактично лечение означава следните манипулации, при спазване на ограниченията и лимитите на отговорност, предвидени в застрахователния договор: орален преглед, рутинни почиствания, рентгенови снимки, приложение на флуор, уплътнители и изделия, поддържащи междузъбното пространство (неортодонтични).

РАЗДЕЛ VI. ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА

Чл. 23. (1) Застрахователното покритие по този раздел включва възстановяване от страна на Застрахователя на извършени от Застрахования разходи за лекарства/лекарствени средства.

(2) За да възникне отговорността на Застрахователя за възстановяване на разходите по ал. 1, то лекарствата/лекарствените средства трябва задължително да са отпуснати на Застрахования по лекарско предписание (рецепта).

(3) Лекарското предписание (рецептата) за лекарство трябва да съдържа следните реквизити:

- име и фамилия на лекаря или име на клиниката за извънболнична помощ, адрес и телефонен номер на лекаря;
- дата на рецептата;
- пълно име и възраст на пациента;
- наименование на лекарството или инструкция за неговото производство (готов фармацевтичен продукт или индикация към аптеката, за да го изготви екстемпорално);
- краен срок на рецептата (посочен от лекаря). Ако срокът на рецептата не е определен или не е установен от приложимите местни разпоредби, тогава ще се счита, че предписанието е валидно 1 (един) месец от датата на предписване;
- подпис на лекар;
- печат на лекаря (ако има такъв) или на лечебното заведение.

Чл. 24. (1) По смисъла на настоящите Общи условия лекарства/лекарствени средства по рецепта са всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора за профилактика, диагностициране или възстановяване, коригиране или промяна на физиологични функции на човека, но само тези лекарства/лекарствени средства, които са предписани от лекар, намират се в пряка причинно-следствена връзка с поставената диагноза и са регистрирани в Изпълнителна агенция по лекарствата.

(2) По смисъла на настоящите Общи условия лекарства са и генерични лекарствени продукти, които представляват еквивалент на оригиналния фармацевтичен продукт и съдържат същото активно вещество като него.

(3) Застрахователят не възстановява и разходите, извършени за следните стоки, дори ако са предписани от лекар:

- лекарства, които се продават без рецепта, като, но не само аспирин, витамини, средства за лечение на настинка (за облекчаване на носа, настинка и грип),

- хомеопатични лекарства и билки и всякакви експериментални лекарства;
- 2. продукти за подобряване на цялостното състояние, възстановителни продукти и хранителни добавки;
- 3. диетични продукти продукти за отслабване или продукти за контрол върху теллото, за вегетативни смущения по време на пътуване, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;
- 4. тонизиращи продукти, медицински вина, продукти от рибено масло;
- 5. слабители средства;
- 6. козметични продукти, медицинска козметика;
- 7. детски храни и бебешки продукти, различни от тези, предписани за медицинско състояние, покрито от застраховката;
- 8. противозачатъчни средства, с изключение на случаите, когато се използват за лечение на заболяване;
- 9. цветни лещи, очила за компютър, рамки за очила.

ГЛАВА ТРЕТА ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Чл. 25. Изключенията по настоящата глава са приложими за абсолютно всички покрити от настоящата застраховка застрахователни рискове.

Чл. 26. (1) В допълнение към описаните в предходната глава изключения, застрахователните рискове по тази застраховка, както и последиците от тях не се покриват в случаите, съответно не се изплащат застрахователни претенции, когато застрахователното събитие се отнася или е причинено от, съответно е в резултат на:

- 1. медицинско лечение, стоки и услуги, които не са посочени като обхванати в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия;
- 2. медицинско лечение, стоки и услуги, които не са медицински необходими;
- 3. всички съществуващи медицински състояния, които не са декларирани в заявлението за кандидатстване за застраховане, когато Застрахователят е изискал медицинска информация и/или писмено е задал въпроси;
- 4. активно участие във война, бунтове, стачки, локаут, граждански размирици, бунт, революция, въстание, тероризъм, военен преврат (държавен преврат) или всяко незаконно действие, включително последващо лишаване от свобода. В допълнение щети, настъпили при терористични или военни действия в страна, където Застрахованият е бил изрично посъветван от своето посолство да не пребивава, няма да бъдат покрити, защото Застрахованият се е изложил умишлено на този риск;
- 5. действие/въздействие на оръжие/я за масово унищожаване (ядрено, химическо или биологично), независимо дали включва експлозия/и или не;
- 6. нараняване или болест, докато лицето служи като член на полицейските или военни сили или отряд;
- 7. йонизиращи лъчения или замърсяване чрез радиоактивност от ядрено гориво или от ядрени отпадъци от изгарянето на ядрено гориво;
- 8. радиоактивни, токсични, експлозивни или други опасни свойства на взривоопасен ядрен агрегат или негов ядрен компонент, радиационно или радиоактивно замърсяване, химическо замърсяване;
- 9. военни маневри, упражнения или изпитания на оръжие;
- 10. съзнателно излагане на опасност, навлизане доброволно в зоните на риск, обявени от официалните власти; или съзнателно неприемане на наличните мерки за гарантиране на личната безопасност;
- 11. доброволно или умишлено деяние или умишлено престъпление, извършено от Застрахования, довело до телесна повреда или болест;
- 12. участие в свада, бой или какъвто и да е вид размирици и мерки, предприети за борба с тях, освен в случаите на самозащита или ако Застрахованият стане жертва на гореспоменатите размирици;
- 13. подготовка или участие в престъпления или провинения;
- 14. диагностика или лечение, или рехабилитация, свързани с алкохолизъм, наркомания, злоупотреба с химикали или интоксикация в резултат на приема на алкохол или психотропни, наркотични или халюциногенни вещества и всички свързани с тях медицински състояния;
- 15. здравни прегледи, ваксинации, посещения и изследвания, необходими за административни цели (например определяне на заетостта, физически прегледи, свързани с училище или спорт и др.);
- 16. лечение на разстройства на съня, включително безсъние, сънна апнея, нарколепсия, хъркане и бруксизъм;
- 17. терапии за отказване от тютюнопушенето, независимо дали са препоръчани от лекар или не;
- 18. курс за намаляване на теллото и цената на всички съответни лечения, консумативи, услуги или лекарства за намаляване на теллото или програми за намаляване на теллото, диети с гладуване, програми за отслабване и образователни диетични консултации, свързани с усилия за отслабване;
- 19. здравни услуги и свързаните с тях разходи, отнасящи се до или свързани с лечение на болестно или неморбидно затлъстяване, включително, но не само

- стомашен байпас, стомашни балони, стомашно зашиване, илеален байпас и всички други процедури или усложнения, произтичащи от това;
- 20. прием на виагра или други лекарства за подобряване на сексуалната функция и съответните им генерични еквиваленти;
- 21. витамини, минерали и други добавки, включително хомеопатични лекарства, независимо дали са предписани или не;
- 22. посещаване на класове за подготовка за майчинство/раждане;
- 23. обрязване, освен ако не е необходимо от медицинска гледна точка и предварително разрешено от Застрахователя или Асистънс компанията;
- 24. генетично консултиране, скрининг и тестване;
- 25. наркотични опиянения или животозастрашаващи алкохолни интоксикации (когато нивото на алкохол в кръвта е 2,5 ррт (две цяло и пет промила) или по-високо);
- 26. автомобилна катастрофа, ако Застрахованият е шофьор и нивото на алкохол в кръвта и урината му е по-високо от допустимото за шофиране в страната, в която е настъпило пътнотранспортното произшествие;
- 27. телесна повреда или болест, причинени в резултат на практикуване на заложни игри или хазарт;
- 28. телесни повреди или болести, причинени от практикуване на професионални или екстремни спортове;
- 29. практикуване на опасни спортове, освен ако в заявлението за застраховане или в полицата изрично не е посочен конкретен вид спорт, одобрен за покритие от Застрахователя;
- 30. медицински лечения без лекарско предписание и неутвърдени от медицинските стандарти;
- 31. допълващо (и/или алтернативно) и или експериментално лечение;
- 32. подмладяване и спа процедури, козметични процедури, диетични курорти и възстановяваща почивка или не-медицински необходими процедури;
- 33. медицинска рехабилитация, освен когато е препоръчана от лекар след провеждане на лечение, обхванато от договора и предварително разрешено, и с изключение на прием след хоспитализация в рамките на 5 (пет) дни;
- 34. престой в заведения за възрастни хора, които предимно предоставят грижи от попечителски тип, образование и рехабилитация, а не медицинска услуга;
- 35. майчинство и раждане в гратисния период на застраховката;
- 36. Цезарово сечение по избор;
- 37. стерилитет, диагностициране и лечение на безплодие;
- 38. приемане на контрацептивни лекарства и употреба на други методи против забременяване;
- 39. аборт, освен в случай на медицинска необходимост за спасяване на живота на майката;
- 40. козметични/естетични лечения с изключение на медицинска рехабилитация след злополука;
- 41. коригираща очна операция (кератектомия и кератотомия, включително методи LASIK и LASEK), с изключение на случаите на рефракционна болест на роговицата, където операцията е обхваната по начин, подобен на други хирургични операции;
- 42. преминат курс по соматопедия;
- 43. операция за промяна на пола и всички свързани с нея лечения;
- 44. пред- и следродилни класове;
- 45. ортомолекуларно лечение;
- 46. алопеция, подбор и производство на перука и/или присаждане на коса и всички видове терапия за косопад;
- 47. лечение на Застрахования, извършено от член на неговото семейство, дори ако това лице е лекар;
- 48. съществуващо медицинско състояние или медицинско състояние, което е страничен ефект от такова състояние, с изключение на предвиденото при застраховането при мораториум;
- 49. медицинска услуга, предоставена преди началото на застрахователния период или след датата на изтичане на застраховката;
- 50. заболяване/нараняване, диагностицирано или лекувано от лекар без необходима квалификация;
- 51. разстройство на здравето, пряко или косвено свързано със сексуално предавана болест или с ХИВ/СПИН;
- 52. разстройство на здравето или нараняване, свързани с условия или обстоятелства по изпълнение на съдебен акт и/или по време на пребиваване в местата за лишаване от свобода или под стража, или по време на извършване на следствени действия;
- 53. всички разходи, свързани с ортотика, например стелки;
- 54. бъбречна диализа (бъбречна недостатъчност);
- 55. разходите, свързани с намирането на заместящ орган или всички разходи, направени за отстраняването на органа от донора, транспортните разходи за органа и всички свързани административни разходи. Всички разходи, свързани с органи, които не са посочени по смисъла на думите за трансплантация на органи;
- 56. рехабилитация, освен ако не е неразделна част от медицинското лечение, получена при условия на хоспитализация и под контрола или надзора на специалист и проведена в регистрирано съгласно законодателството отделение за рехабилитация;
- 57. терапия на храненето;

58. лечение на поведенчески и личностни отклонения при състояния като разстройство на поведението, синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието, разстройства в аутистичния спектър, хронично агресивно разстройство, антисоциално поведение, фобии, разстройство на привързаността, разстройство на приспособяването, разстройство на храненето, разстройство на личността или лечение, което насърчава позитивни социално-емоционални връзки като семейна терапия;

59. всички разходи, възникващи след датата на изтичане на застраховката, освен ако договорът не е подновен за следващите 12 (дванадесет) месеца;

60. всички разходи, направени след навършване от Застрахования на максимално допустимата при изтичане на застраховката възраст;

61. разходи за превантивна грижа, ако не са обхванати от приложимото Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия, както и разходи за данъци и издаване на медицински документи;

62. други медицински лечения, услуги и стоки, които са изключени от покритието съгласно уговореното в застрахователния договор или настоящите Общи условия;

63. експериментални лечения, процедури и медикаменти, които не са признати от научни организации или медицински власти;

64. епидемии и пандемии.

(2) В допълнение към изключенията по ал. 1 Застрахователят не покрива, съответно не възстановява разходи за следните стоматологични (дентални) услуги:

1. услуги, извършвани единствено по козметични причини; подмяна на изгубени или откраднати протези, брекет и др.;

2. импланти;

3. дентални фурнири;

4. подмяна на мост, корона или протеза в рамките на 5 (пет) години след датата на първоначалното поставяне, освен ако:

4.1. подмяната е необходима поради поставяне на оригинална противоположна пълна протеза или необходимото извличане на естествени зъби;

4.2. мостът, короната или протезата, докато са били в устата, са били повредени без възможност за поправка в резултат на нараняване, получено, докато застраховано лице е застраховано за тези обезщетения;

5. всяка подмяна на мост, коронка или протеза, която е или може да бъде използвана съгласно общите стоматологични стандарти;

6. процедури, устройства или възстановявания (с изключение на пълни протези), чието основна цел е:

6.1. промяна на вертикалното измерение;

6.2. диагностициране или лечение на състояния или дисфункция на темпоромандибуларната става;

6.3. стабилизиране на пародонтално засегнати зъби;

6.4. възстановяване на оклузия;

7. порцеланови или акрилни фасети на корони или мостове на или заместващи горния и долния първи, втори и трети кътници;

8. отливки на захвапки; прецизни или полуточни приставки; или шина;

9. нощни предпазители за уста или други услуги за шлифоване на зъби;

10. инструкция за контрол на плаката, хигиена на устната кухина и диета;

11. протеза над имплантант – протезно устройство, поддържано от имплантант или имплантирана подпора;

12. коронки, инкрустации, отливки или други лабораторно подготвени възстановявания на зъбите, освен ако зъбът не може да бъде възстановен с пломба от амалгама или композитна смола поради сериозно разпадане или счупване;

13. подмяна на зъбите над нормалното допълване до 32 (тридесет и два);

14. атлетични предпазители за уста; миофункционална терапия.

(3) С изрична писмена уговорка между страните и след заплащане на допълнителна премия някои от изключенията от застрахователното покритие могат да бъдат покрити.

Чл. 27. (1) Застрахователят не заплаща и не възстановява суми, определени законово като потребителски такси, както и всякакъв вид административни такси и такси за издаване и/или получаване на документи, преписи на документи и всякакъв друг вид носители на информация, изисквани от лекари/лечебни заведения.

(2) Застрахователят не дължи застрахователно плащане в размер на сумата на самоучастието на Застрахования, посочено в застрахователния договор.

Чл. 28. Застрахованите лица носят отговорност за извършени от тях разходи, превишаващи обикновените и обичайните разходи за същата услуга.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА **ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР**

РАЗДЕЛ I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ. ПРЕДДОГОВОРНА ИНФОРМАЦИЯ, ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА ОБЯВЯВАНЕ НА ОБСТОЯТЕЛСТВА

Чл. 29. (1) Застрахователният договор се изготвя въз основа на заявление за застраховане от Застрахования, списък на застрахованите лица, декларация за здравословното състояние, професията и дейността на застрахованите, както и на друга информация, която Застрахователят може да изиска за оценяване на

застрахователния риск.

(2) Ако в срок от 30 (тридесет) дни след подписването на декларацията за здравословното състояние, професията и дейността на Застрахования по обективни причини застрахователният договор не бъде сключен, се изисква попълване на нова декларация.

Чл. 30. (1) При сключване на договора Застрахованият/Застрахованият е длъжен да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска, като трябва да положи всички грижи при предоставяне на отговори на въпроси, зададени от Застрахователя при сключване на застрахователния договор, при неговото подновяване и т.н., като гарантира, че предоставената информация е точна и пълна.

(2) За съществени по смисъла на ал. 1 се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос, т.е. всички обстоятелства, които е вероятно да окажат влияние върху решението на Застрахователя да поеме застрахователния риск или върху условията, при които рискът може да бъде приет.

(3) Всички данни, предоставени от Застрахования или от лицето, кандидатстващо за застраховка, в писмен вид по отношение на застрахователния договор, се считат за съществени за целите на подписването и изпълнението на договора.

(4) Преди сключването на застрахователния договор Застрахованият задължително уведомява Застрахователя за всяко лице – кандидат за застраховане от групата, за което са му известни следните обстоятелства:

1. наличие на някакво съществуващо заболяване или медицинско състояние;

2. наличие на определен процент трайна загуба на работоспособност (инвалидност), както и

3. за лице, което не е активно работещо към датата на кандидатстване за застраховката, причините лицето да не бъде активно работещо, както и за датите на очакваното му завръщане на работа.

(5) Изискването по ал. 3 не е приложимо в случай на подновяване на договора, ако е направено без прекъсване на застраховката.

(6) При вземане на решение относно условията, при които дадено лице може да бъде застраховано по договор (включително размера на застрахователна премия, период на изчакване, мораториум, подписване, специфични изключения, Приложение „Таблица по чл. 5“, неразделна част от настоящите Общи условия и други специални застрахователни условия), Застрахователят изцяло се позовава на информацията, предоставена от Застрахования/Застрахования.

Чл. 31. (1) Застрахователят има право да поиска попълването на формулярите при кандидатстване за застраховане и/или от лицата, за които е поискано застраховане (лица, които трябва да бъдат застраховани). Въз основа на получената информация Застрахователят извършва подписваческа оценка, издава предложение за застраховка и т.н.

(2) В своето предложение Застрахователят може да:

1. поеме риска без специални разпоредби;

2. определи индивидуална промяна на покрития и/или частично или пълно изключване на покрития (напр. свързани със съществуващите медицински състояния);

3. въведе период на изчакване;

4. предложи завишена застрахователна премия;

5. включи други ограничения, специфични изключения, застраховане при специални условия или да приеме риска без специални разпоредби;

6. да откаже да предостави застрахователно покритие на определено лице.

(3) За описаните в ал. 2 действия Застрахователят може да използва медицински консултанти, когато е необходимо.

Чл. 32. Преди сключването на групови застрахователни договори Застрахователят има право да изиска от Застрахования отчет за застрахователните претенции за период от 3 (три) години, непосредствено предхождащи заявлението за застраховка, в случай че групата е имала сключена здравна (медицинска) застраховка при друг застраховател.

Чл. 33. По време на действието на договора Застрахованият, както и застрахованите лица са длъжни писмено да обявят пред Застрахователя, незабавно след узнаването им, всички новонастъпили обстоятелства, свързани с професията, професионалните задължения, дейността и страната на местоживее на Застрахования.

Чл. 34. (1) Ако Застрахованият/Застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договорът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застраховането.

(2) Застрахователят се освобождава от отговорност по отношение на застраховано лице, което при сключване на застрахователния договор не е обявило, че страда от някое от следните заболявания/състояния:

1. онкологично заболяване, диагностицирано в момента на кандидатстване за застраховка или претърпяно в рамките на 5 (пет) години непосредствено преди това;

2. всякакъв вид мозъчен тумор или мозъчна киста и други вътречерепни структури, кости на черепа, синуси или спина на гръбначния мозък;

3. диагностицирана левкемия или някакво заболяване на кръвта (напр. анемия, лимфом, миелом, коагулационна недостатъчност, хемофилия или увреждане на кръвоносните съдове);

4. диагностицирани към момента на кандидатстване за застраховка или претърпени

- в рамките на 5 (пет) години непосредствено преди това сърдечни заболявания (например стенокардия), кардиосклероза, кардиомиопатия, инфаркт на миокарда или друг сърдечен удар, заболявания на сърдечните клапи (включително сърдечни дефекти), сърдечен шум или ревматизъм;
- заболявания, класифицирани като вродени аномалии, деформации и хромозомни разстройства и/или усложнения, свързани с тях;
 - системно увреждане на съединителната тъкан, включително всички недиференцирани колагенови заболявания;
 - заболявания, свързани с хронична бъбречна или чернодробна недостатъчност и изискващи хронична хемодиализа;
 - състояние на затлъстяване с индекс на телесна маса над 37,0 или състояние на дефицит на телесна маса с индекс на телесна маса под 18,5 (индексът на телесна маса се изчислява като съотношение между телесно тегло (в килограми) и телесната височина (в метри) на квадрат;
 - инсулт или мозъчен кръвоизлив;
 - всяка форма на диабет;
 - психиатрично заболяване или поведенческо разстройство;
 - туберкулоза;
 - хроничен хепатит от форми В, С, Е, F или G;
 - инвалидност;
 - ХИВ/СПИН;
 - амиотрофична латерална склероза (болест на Шарко);
 - болест на Алцхаймер;
 - аневризма на съд;
 - анкилозиращ спондиит;
 - аутизъм;
 - церебрална парализа;
 - цироза на черния дроб;
 - фиброза на пикочния мехур;
 - синдром на Даун;
 - всяко заболяване с декомпенсирана форма (неконтролируемо);
 - нарушения, свързани с храненето;
 - хемохроматоза;
 - всякакъв вид хемофилия;
 - системен лупус еритематозус;
 - системна атеросклероза;
 - миастения гравис;
 - състояние след трансплантация на органи;
 - болест на Паркинсон;
 - обикновено поликистозно бъбречно заболяване;
 - полимиозит;
 - синдром на Райтер;
 - саркоидоза;
 - шизофрения;
 - болест на Вилебранд;
 - болест на Уилсън;
 - епилепсия

РАЗДЕЛ II. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл. 35. Тази застраховка е предназначена за лица от всяка националност, които могат да живеят или работят в своята родина или извън нея.

Чл. 36. (1) Физическо лице може да кандидатства за тази застраховка, за да застрахова себе си и/или своите зависими лица.

(2) Работодател или друго юридическо лице може да кандидатства за тази застраховка, за да застрахова своите служители, членове и техните зависими лица. Служител на Застрахователя може да бъде застрахован, при условие че е активно работещ към деня на подаване на заявлението за застраховка, освен ако това условие не е изрично отменено в застрахователната полица.

Чл. 37. (1) Застрахователното покритие за дете на застраховано лице, в случай че по застрахователния договор са застраховани и децата, за което не е налице някое от изключенията в чл. 38, ал. 1 по-долу, влиза в сила от датата на раждане на детето, без необходимост Застрахователят да информира Застрахователя за здравословното състояние на детето, в случай че са изпълнени кумулативно следните условия:

- един от родителите на детето е застраховано лице по застрахователния договор непрекъснато в продължение на най-малко 11 (единадесет) месеца преди раждането на детето;
 - заявлението за застраховане за детето е получено от Застрахователя през първите 30 (тридесет) календарни дни от неговото раждане;
 - Застрахователят се съгласи да заплати застрахователната премия, посочена от Застрахователя за застраховката на детето.
- (2) В отклонение от правилото по ал. 1 застрахователното покритие за дете ще влезе в сила не от датата на раждане на детето, а от деня, определен от Застрахователя,

след извършване на оценка на застрахователния риск, ако е налице някой от следните случаи:

1. никой от родителите на детето не е бил застраховано лице по застрахователния договор непрекъснато в продължение на най-малко 11 (единадесет) месеца преди раждането на детето или

2. заявлението за застраховане на детето не е получено от Застрахователя в рамките на първите 30 (тридесет) календарни дни от раждането на детето.

Чл. 38. (1) Застрахователят си запазва правото да извършва индивидуална оценка на риска за всяко подадено заявление за застраховане на дете, което е:

- родено в резултат на каквато и да е медицинска процедура за стимулиране на бременност или лечение на безплодие;
- родено от сурогатна майка;
- осиновено.

(2) Застрахователното покритие за дете, за което е налице някое от хипотезите по ал. 1, може да започне не по-рано от изтичането на първите 90 (деветдесет) календарни дни от живота на детето.

Чл. 39. Застрахователният договор, заедно с приложенията и анексите към тях се изготвят от Застрахователя в писмена форма и се подписват от страните.

Чл. 40. (1) По групови застрахователни договори, по искане на Застрахователя, Застрахователят може да издаде на застрахованите лица индивидуални Сертификати за застраховане, чието съдържание обобщава в кратка форма уговореното в застрахователния договор.

Чл. 41. (1) След подписване на застрахователния договор отговорността на Застрахователя, свързана с дейността по уреждане на претенции по отношение на застраховано лице, започва от влизането в сила на застрахователното покритие по договора на това лице, но не по-рано от деня, в който дължимата застрахователна премия е получена по банковата сметка на Застрахователя, освен ако в договора изрично не е предвидено друго.

РАЗДЕЛ III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл. 42. Застрахователят определя размера на дължимата по застрахователния договор застрахователна премия.

Чл. 43. (1) Застрахователната премия може да се заплаща годишно. Годишната застрахователна премия може да се заплаща разсрочено, на отделни вноски.

(2) Конкретната сума, честотата на плащане и валутата на застрахователната премия се определят в полицата.

(3) Застрахователната премия се заплаща по банков път.

Чл. 44. Освен ако не е договорено друго между страните по договора, се прилага гратисен период за плащане на премията от 15 (петнадесет) календарни дни, считано от датата на падежа.

Чл. 45. (1) Задължение на Застрахователя по застрахователния договор е да гарантира, че застрахователната премия се изплаща изцяло и своевременно, спазвайки условията, определени в него.

(2) Освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго, отговорността на Застрахователя за изплащане на дължимата застрахователна премия се счита за изпълнена, ако пълната дължима сума бъде получена от Застрахователя.

(3) Таксите за банков превод, свързани със заплащане на застрахователната премия, се поемат от Застрахователя или от упълномощен от него друг платец на премията, ако това е приложимо.

Чл. 46. (1) В случай че страната на пребиваване на застраховано лице попада в зона, в която Застрахователят е длъжен да събира данък върху застрахователната премия или местен данък, това ще бъде начислено в допълнение към дължимата застрахователна премия по застрахователния договор.

(2) Застрахователят уведомява Застрахователя, в случай че последният е длъжен да плати данък върху застрахователната премия преди датата на плащане на първата застрахователна премия.

РАЗДЕЛ IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ И ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ

Чл. 47. Застрахователният договор се счита за напълно изпълнен с изплащане на застрахователната сума при смърт на Застрахования, както и когато сумата на застрахователните плащания по него, свързани с медицинско лечение и свързани стоки или услуги, предоставени на застраховано лице през периода на полицата, достигне съответната застрахователна сума или лимит на отговорност, посочен в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия.

Чл. 48. (1) В допълнение към общия лимит на отговорността, предвиден в настоящите Общи условия и/или в застрахователния договор, в договора или индивидуалния Сертификат може да бъде уговорен и лимит на отговорност по отношение на една застрахователна претенция от определен вид или на всички застрахователни претенции от определен вид през целия застрахователен период или през част от него.

(2) В допълнение към правилото по ал. 1 лимитът на отговорност на Застрахователя

може да бъде предвиден в застрахователния договор с оглед на възможното подновяване на застрахователния договор, респ. на индивидуалното застрахователно покритие на Застрахования.

РАЗДЕЛ V. ИЗМЕНЕНИЕ, ПОДНОВЯВАНЕ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл. 49. (1) Изменението на застрахователния договор се извършва по споразумение на страните, в писмена форма, чрез подписване на анекс (добавък) към договора.

(2) В случай че промените засягат конкретно застраховано лице или негово зависимо лице, Застрахователят може да издаде изменен Сертификат, съответно и/или нова застрахователна електронна карта за обслужване в страната.

Чл. 50. (1) Покритията застрахователни рискове, посочени в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия, могат да се променят само на датата на годишнината на застрахователния договор.

(2) В случай че Застрахованият желае да въведе промени в покритията застрахователни рискове, той трябва да уведоми Застрахователя за това най-малко един месец преди съответната годишнина, като в случай че Застрахователят и Застрахованият се споразумеят за такива промени, се издава съответният добавък.

(3) В случай че Застрахованият поиска включване на нови застрахователни покрития към застрахователния договор, Застрахователят има право да въведе периоди на изчакване и/или други специални условия, считано от датата на влизане в сила на договорените промени.

Чл. 51. (1) Застрахованият е длъжен да съобщи на Застрахователя за всички промени в списъка на застрахованите лица, включително Застрахованият трябва да уведоми Застрахователя за всички промени в личните данни на застрахованите лица (име и данни за контакт). Промените се отразяват в добавък към застрахователния договор.

(2) Ако Застрахованият желае да включи ново застраховано лице към застрахователния договор, Застрахователят има право да изиска това ново лице да премине пълния процес на оценка на риска и изискване на пълна медицинска информация за него.

(3) За всяко новопостъпило лице се заплаща допълнителна застрахователна премия, чийто размер се определя от Застрахователя.

(4) По настоящата застраховка не се допуска включване на застраховано лице към застрахователния договор със задна дата, освен ако изрично не е уговорено от Застрахователя.

(5) При включване на зависимо лице към застрахователния договор то трябва да има същото застрахователно покритие като основното застраховано лице, освен ако изрично не е уговорено друго от Застрахователя.

(6) На всяко новопостъпило застраховано лице, респ. негови зависими лица, Застрахователят издава Сертификат и/или нова застрахователна идентификационна карта, така както е уговорено в застрахователния договор.

Чл. 52. В случай че Застрахованият иска да бъде прекратено индивидуалното застрахователно покритие за дадено застраховано лице преди датата на изтичане на застраховката, той трябва да уведоми Застрахователя за това писмено.

Чл. 53. (1) Застрахованият трябва да уведоми Застрахователя за всяко застраховано лице, което се премества от своята държава на пребиваване. Това уведомление се изпраща на Застрахователя писмено или по електронна поща най-малко 30 (тридесет) дни преди такава промяна. Известието трябва да включва държавата, в която Застрахованият планира да се премести, датата на началото на пребиваването в новата държава и новите данни за контакт на Застрахования.

(2) Ако Застрахованият дългосрочно (за повече от 3 месеца) или трайно се премести от основната зона на покритие, това означава, че Застрахователят и Застрахованият трябва да се споразумеят за промени, които да бъдат въведени в застрахователния договор (например, но не само промяна на основната зона на покритие) при условията, предвидени в настоящия раздел. Застрахователят изрично посочва, в случай че промяната на основната зона на покритие изисква съответно коригиране на застрахователната премия и/или други специални условия.

(3) В случай че застраховано лице се премести в държава, в която поради регулаторни, лицензионни или други причини Застрахователят не е в състояние да осигури застрахователно покритие по договора, то основната зона на покритие не може да бъде променена и договорът, респ. индивидуалното застрахователно покритие на конкретното застраховано лице, се прекратява.

Чл. 54. (1) Застрахователният договор може да бъде подновен на всяка годишнина от неговата начална дата при спазване на Общите условия и тарифите на застрахователна премия, одобрени от Застрахователя към датата на всяка годишнина. Застрахователят може да информира предварително притежателя на полицата в писмена форма преди настъпване на съответната дата.

(2) При подновяване на застрахователния договор Застрахователят има право да приложи нова оценка на риска и да предложи нови условия.

Чл. 55. (1) Преди датата на годишнината Застрахователят изпраща на Застрахования оферта за подновяване. Дължимата застрахователна премия към годишнината ще зависи от възрастта на застрахованите лица към съответната дата.

(2) В случай че при подновяване на договора Застрахованият желае да бъдат направени промени в него към датата на годишнината, Застрахователят трябва да бъде уведомен за това писмено или по електронна поща най-малко един месец преди съответната годишнина, така както е предвидено в чл. 50, ал. 2 от настоящите Общи условия.

Чл. 56. (1) Застрахователният договор се счита за подновен при своевременно получаване от Застрахователя на дължимата застрахователна премия. Счита се, че с плащането на застрахователната премия Застрахованият се съгласява с всички застрахователни условия, посочени от Застрахователя в офертата за подновяване.

Чл. 57. Децата могат да продължат да бъдат покрити по смисъла на застрахователния договор като зависими лица, при заплащане на съответната дължима за тях застрахователна премия, до 18-ия (осемнадесетия) си рожден ден.

Чл. 58. (1) Застрахователният договор се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

(2) Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

1. ако Застрахованият/Застрахованият е представил неверни факти и обстоятелства при условията, регламентирани в Кодекса за застраховането;

2. при незаплащане на дължимата застрахователна премия или вноски от нея, при разсрочено плащане на премията, от страна на Застрахования;

3. при навършване от Застрахования на възрастта, определена в настоящите Общи условия – застрахователното покритие се прекратява в последния ден на застрахователната година, в която Застрахованият е достигнал тази възраст;

4. когато общата сума на застрахователните претенции, заплатени от Застрахователя, достигне лимита на застрахователната сума – договорът се прекратява от датата, на която е настъпило достигането на застрахователната сума. По искане на Застрахования или Застрахования, Застрахователят издава справка за претенциите, доказваща, че задълженията на Застрахователя по договора са изпълнени изцяло;

5. със смъртта на Застрахования при индивидуални застрахователни договори, респ. при групови договори – при смърт на застраховано лице се прекратява само неговото индивидуално застрахователно покритие. В този случай прекратяването влиза в сила от датата на смъртта, както е посочена в Акта за смърт или в съдебното решение, съгласно което Застрахованият е обявен за починал, като Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия;

6. с едностранно изявление от Застрахования до Застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие – в срок до 3 (три) месеца преди изтичането на застрахователната година, като договорът се прекратява от датата на получаване на съответното искане от Застрахователя или от датата, посочена в това искане, ако е по-късна от датата на получаване от Застрахователя, като Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия;

7. по искане на Застрахователя в случаите, предвидени в настоящите Общи условия и/или в приложимите закони – договорът се прекратява от датата, посочена в писменото известие от Застрахователя, но не по-рано от датата на получаване на такава известие от Застрахования;

8. в случай че при групови застрахователни договори, при които са застраховани служителите на Застрахованец – юридическо лице, и Застрахованият прекрати трудовите или други правоотношения с даден застрахован служител – договорът се прекратява само по отношение на конкретното застраховано лице;

9. по взаимно съгласие между Застрахования и Застрахователя – от датата на подписване на Добавък за прекратяване;

10. в други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в приложимото законодателство.

(3) В хипотезата на ал. 1, т. 2, в случай че Застрахованият не заплати в указаните в застрахователния договор срокове дължима вноски от застрахователната премия, Застрахователят прекратява договора с изтичането на 15-дневен срок, който започва да тече от последния ден, в който е изтекъл гратисният срок за заплащане на разсрочената вноски от премията. С приемането и подписването на настоящите Общи условия Застрахованият декларира, че е наясно с това правило, не възразява срещу него и го приема.

(4) В периода от датата на падежа на първата неплатена разсрочена вноски от застрахователната премия до датата на прекратяване на застрахователния договор Застрахователят не приема за разглеждане застрахователни претенции по него, съответно не извършва застрахователни плащания за събития, възникнали със застраховани лица през този период.

(5) Застрахователният договор може също така да бъде прекратен предсрочно от страна на Застрахователя, в случай че Застрахованият откаже да плати допълнителна дължима застрахователна премия.

Чл. 59. (1) В случай на прекратяване на застрахователния договор преди началото на периода на застрахователно покритие или в рамките на периода за свободен отказ, Застрахователят ще възстанови на Застрахования 100% от платената застрахователна премия в срок от 30 (тридесет) работни дни от датата на получаване от страна на Застрахователя на Заявление за прекратяване.

(2) Правилото по ал. 1 не се прилага, в случай че Застрахованият поиска

прекратяване, след като застраховано по договора лице е получило медицинско лечение или помощ, обхванати от договора. При тази хипотеза и в случай че по договора са застраховани по-малко от 5 (пет) лица към момента на прекратяването му, Застрахователят не дължи възстановяване на платената застрахователна премия. В случай че по договора са застраховани 5 (пет) или повече лица към момента на прекратяването му, Застрахователят ще възстанови на Застрахования частта от платената застрахователна премия след приспадане на извършените разходи.

ГЛАВА ПЕТА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

РАЗДЕЛ I. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА. ИЗИСКВАНЕ НА ПОЛУЧАВАНЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛНО РАЗРЕШЕНИЕ

Чл. 60. Застрахованият, респ. ползвателят се лице, трябва да уведоми Застрахователя или Асистънс компанията възможно най-скоро и да получи предварително одобрение за лечение, включващи обща анестезия, хоспитализация или амбулаторно лечение, което вероятно ще надхвърли определени разходни лимити.

Чл. 61. (1) В застрахователния договор може да бъде уговорено извършването на застрахователно плащане за определени медицинско лечение или услуги да бъде извършено само след получаването на предварително разрешение от Застрахователя или Асистънс компанията за извършването им. В случай че не е уговорено друго, такова предварително разрешение е необходимо да се получи винаги от застраховано лице, неговия лекар или законния му представител в следните хипотези:

1. спешна медицинска евакуация;
2. хоспитализация или дневно лечение, или извършване на еднократно хирургическа процедура;
3. всяка медицинска процедура, включваща обща анестезия;
4. предоперативен преглед на Застрахования;
5. домашно посещение от лекар;
6. медицински грижи у дома (когато Застрахованият изисква повече от 4 посещения на медицинска сестра);
7. палиативно лечение на терминална болест и хоспис;
8. лечение на ХИВ/СПИН;
9. амбулаторно лечение, ако цената му вероятно ще надвиши равностойността на 500 (петстотин) евро;
10. всяко медицинско състояние, за което разходите за лечение вероятно ще надвишат равностойността на 5000 (пет хиляди) евро;
11. лечение на рак;
12. репатриране или погребение;
13. лечение във връзка с нормална или усложнена бременност и раждане, ако са включени в обхвата на застрахователния договор;
14. други конкретни случаи, определени в застрахователния договор.

(2) За получаване на предварително разрешение Застрахованият, неговият лекар или законният му представител попълват заявление за предварително разрешение по образец на Застрахователя, в срок най-малко 5 (пет) календарни дни преди очакваната дата на съответното събитие, изискващо предварително разрешение, с изключение на случаите на спешен прием в болница или посещение в дома.

(3) В случай че изискването за получаване на предварително разрешение не е изпълнено, Застрахователят, респ. Асистънс компанията, имат право да намалят обезщетението до размера на обичайните, традиционни и разумни разходи и такси за лечение и помощ при нормални обстоятелства, но не с повече от 25 (двадесет и пет) процента. В случай че неразрешеното предварително лечение или услуга не са медицински необходими, Застрахователят или Асистънс компанията не възстановяват съответните разходи.

(4) В случай на спешна медицинска евакуация или хоспитализация в ситуация на медицинска спешност, изискването за предварително разрешение може да бъде заменено с изискване за последващо разрешение, което означава, че Застрахованият или Застрахованият, или техни упълномощени представители трябва да информират Застрахователя или Асистънс компанията за такова събитие възможно най-бързо, но не по-късно от 48 (четиридесет и осем) часа след приемането на Застрахования в болницата.

(5) При нужда, свързана с даването на предварително разрешение, Застрахователят или Асистънс компанията могат да се свържат със Застрахования или неговия лекар, за да получат необходимата допълнителна медицинска информация.

(6) При даване на предварително разрешение за заявеното лечение, съответно за предоставяне на стоки и/или услуги на Застрахования, Застрахователят или Асистънс компанията ще изпратят на застрахованото лице/лекаря/съответния доставчик (според случая) потвърждение, че изискваното лечение/стоки/услуги са обхванати от договора.

Чл. 62. (1) В случай че Застрахованият или упълномощеният му представител желаят да поканят лекар да посети Застрахования у дома, предварителното разрешение на

Застрахователя или Асистънс компанията трябва да бъде получено, преди да бъде отправена поканата към лекаря.

(2) Предварително разрешение в хипотезата на ал. 1 може да бъде получено само в случай на медицинска спешност, ако причината за посещението на лекаря е, че здравословното състояние на Застрахования не позволява той сам да отиде до кабинета на лекаря, без да излага живота си на риск (поради специфични прояви на заболяване) или без риск от по-нататъшно влошаване на здравето (прогресиране на заболяването или неговите усложнения).

(3) Застрахователят или Асистънс компанията имат правото да поискат домашното посещение да бъде осъществено от определен от тях лекар.

(4) В случай че становището на Застрахователя или Асистънс компанията е, че Застрахованият може да стигне до лекаря сам, без риск за живота или по-нататъшно влошаване на здравословното му състояние, но той все пак предпоче да покани лекаря у дома, това посещение няма да бъде покрито от застраховката и никакви разходи, свързани с него, не се възстановяват.

Чл. 63. (1) В случаите, които не изискват предварително разрешение, Застрахованият се свързва директно с лекаря/лечебното заведение/доставчика на здравни услуги за консултация.

(2) В случай че в застрахователния договор е уговорено използването само на конкретна мрежа или списък на лекари, болници или други доставчици, то Застрахованият следва да се свърже задължително с някои от тези лекари/болници/ други доставчици.

Чл. 64. (1) Когато застраховано лице получи лечение за състояние, покрито от застрахователния договор, то има право да поиска възстановяване на направените от него разходи за това лечение в периода, започващ от началото на това лечение до приключване на лечението или до изтичане на срока, респ. прекратяване на договора, в зависимост от това, кое от двете настъпи първо.

(2) Застрахованият може да подаде заявление за възстановяване на направени от него разходи в срок от 90 (деветдесет) дни, веднага след извършване на тези разходи или възможно най-бързо, като към заявлението за претенция, по образец на Застрахователя, приложи цялата придружаваща медицинска документация, оригинални фактури и разписки.

Чл. 65. Застрахованият също така е длъжен:

1. стриктно да следва съветите, дадени от екипа за спешна помощ, процедурите за лечение на пациенти в болница или в дневен стационар, както и да спазва вътрешните правила, установени от съответно медицинско заведение;
2. да не предоставя застрахователната си идентификационна карта на други лица, които не са застраховани по съответния договор;
3. да откаже незабавно (или възможно най-бързо при определени обстоятелства) насрочена консултация при лекар или повикване на линейка, ако счете, че вече не е възможно или необходимо, или желателно да използва медицински услуги от този съответен лекар, доставчик или екип за спешна помощ;
4. да следва препоръките на лекаря, дадени по време на всякакъв вид извънболнично лечение, преглед или консултация;
5. да информира възможно най-бързо Застрахователя/Асистънс компанията за диагностицирането на болест или получаване на състояние от посочените в чл. 38, ал. 2 от настоящите Общи условия;
6. да се подложи на допълнителен медицински преглед и/или да предостави допълнителна медицинска информация, каквато се изисква от Застрахователя/Асистънс компанията, в случай че бъде диагностициран с болест или състояние, посочени в чл. 38, ал. 2 от настоящите Общи условия;
7. своевременно да изплаща суми, съответстващи на самоучастието и съвместното плащане, ако такива са предвидени в договора;
8. своевременно да уведомява Застрахования и Застрахователя за всяка информация относно промяна на фамилното име или данните за адреса си;
9. изпълнява надлежно други задължения, установени на други места в договора.

Чл. 66. (1) Отговорността на Застрахователя е до договорения в застрахователния договор общ лимит и/или съответен подлимит за определено лечение/услуга.

(2) В случай че Застрахованият използва услуги, чието заплащане Застрахователят извършва директно към лечебно заведение, с което има сключен договор, и надхвърли над определения в полицата лимит/подлимит, Застрахованият е длъжен да възстанови на Застрахователя разликата между договорения лимит/подлимит и реално извършения разход.

(3) Възстановяване на сумата по ал. 2 се дължи в рамките на 30 (тридесет) дни, след като съответното искане за плащане е изпратено от Застрахователя (по пощата или по електронна поща) на Застрахования.

РАЗДЕЛ II. ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ, НАПРАВЕНИ ОТ ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, И ДИРЕКТНИ ПЛАЩАНИЯ КЪМ ДОСТАВЧИЦИ

Чл. 67. (1) Разходите на Застрахования, за които може да бъде поискано възстановяване по договора, както и сумите, които могат да бъдат платени по отношение на Застрахования на доставчици на здравни стоки и услуги, както и обхванати на услугите, които могат да бъдат покрити по договора, не могат да

надвишават тези, посочени в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част към настоящите Общи условия, или в застрахователния договор, ако между страните са уговорени специални условия.

(2) Всяко възстановяване на разходи, дължимо от Застрахователя по силата на застрахователния договор, не трябва да надвишава нивото на обичайните, традиционни и разумни разходи и такси, както са дефинирани в дефинициите на настоящите Общи условия.

Чл. 68. (1) Застрахованият предявява претенция за възстановяване на разходи, като предоставя следните документи на Застрахователя в срока по чл. 64, ал. 2 от настоящите Общи условия:

1. попълнено заявление за завеждане на застрахователна претенция, по образец на Застрахователя;

2. предписанието на лекаря за медицинско лечение, както и всички документи, удостоверяващи предоставянето на услуги на Застрахования (амбулаторен лист, извлечение от медицинската история, епикриза, медицинско предписание и друга свързана документация);

3. оригинали на платени фактури, ясно посочващи името и адреса на доставчика, подробен списък на предоставените услуги/стоки и разходите за тях, банкови извлечения и др. документи, доказващи извършване на плащането;

4. пълни данни за банковата сметка на Застрахования (включително IBAN и SWIFT/BIC, когато е необходимо).

(2) В случай на заявление за възстановяване на разходи, направени от Застрахования за закупуване на предписани лекарства и/или медицински продукти, покрити по договора, освен документите по ал. 1 Застрахованият трябва да представи и рецепта от лекаря, извършил прегледа и назначил лечението, както и оригиналните фактури за плащане за тези предписани лекарства и/или медицински продукти заедно с касови бонове към тях.

(3) Когато застрахователната претенция е свързана с възстановяване на разходи, направени от Застрахования за превантивна грижа, освен документите по ал. 1 Застрахованият трябва да представи и документи, потвърждаващи, че тези прегледи са предписани от семеен/общопрактикуващ лекар и/или са по предписание на специалист.

(4) В случай че медицинското лечение на Застрахования е свързано с нараняване от злополука, освен документите по ал. 1 Застрахователят има правото да изиска Застрахованият да представи подробно описание на всички относими за злополуката обстоятелства, включително, но не само: датата, мястото, участващите лица, свидетели, евентуално отговорни лица и т.н., като ако злополуката е регистрирана от полицията или други компетентни органи, да изиска копие от доклада им, съдържащ резултата от проведеното разследване.

Чл. 69. (1) Застрахованият е длъжен да запази всички оригинали на придружаващата документация, представена към застрахователната претенция. Застрахователят има правото да поиска оригинали на придружаващата документация (включително разписки) към претенцията до 12 (дванадесет) календарни месеца след уреждане на тази претенция.

(2) Документите, подадени на чужд език, се приемат от Застрахователя без превод. В случай на подаване на документи, които не могат да бъдат прочетени поради почерка или поради повреда на документа (скъсан, огънат, изтрит и т.н.), Застрахователят има право да отложи вземането на решение по този случай до представянето на ясно четими документи с добро качество.

Чл. 70. (1) Застрахователят има право да изиска информация, свързана с получената застрахователна претенция, от компетентни органи и/или от трети страни, които обикновено разполагат или трябва да разполагат с такава информация. Застрахователят също има право да се консултира с медицински консултанти и доставчици относно претенцията. Освен това Застрахователят има право да отложи уреждането на получената претенция, докато не получи всички поискани документи/информация и/или експертиза.

(2) Винаги когато е необходимо за оценяване на основанието и/или размера на застрахователната претенция, Застрахователят има право за своя сметка да поиска извършването на медицински преглед на Застрахования от определен от него медицински консултант. Застрахованият може да поиска присъствието на своя личен или лекуващ лекар на този преглед, като разходите за собствения лекар се поемат от Застрахования. Застрахователят има право да отложи вземането на решение за уреждане на застрахователна претенция, докато резултатите от горепосочения медицински преглед не бъдат готови. Неявяването на Застрахования на горепосочения медицински преглед дава право на Застрахователя да отхвърли претенцията.

Чл. 71. Застрахователят има право да откаже уреждането на медицинско лечение или услуга, респ. предоставяне на стоки, както и да откаже застрахователно плащане при наличието на някоя от следните хипотези:

1. ако бъде доказано, че заявеното медицинско лечение не е необходимо от медицинска гледна точка;

2. ако услугите/стоките, предоставени на Застрахования, не са обхванати от застрахователното покритие по договора;

3. ако съвкупната за целия застрахователен период на договора сума на разходите,

платени от Застрахователя, е достигнала застрахователната сума или приложимия лимит на отговорност, посочени в договора;

4. ако Застрахованият кандидатства за медицинско лечение или други стоки/услуги, обхванати от договора след изтичане на неговия срок или преди началната му дата;

5. ако задължението на Застрахования да заплати застрахователна премия или някоя вноска от нея, в случай на договорено разсрочено плащане, остава неизпълнено до края на гратисния период;

6. при извършване на каквато и да било измама от страна на Застрахования/Застрахования/техни представители;

7. в други конкретни случаи, посочени в застрахователния договор или настоящите Общи условия.

Чл. 72. (1) Застрахователят взема решение по заведената застрахователна претенция, респ. извършва застрахователно плащане, в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата на представянето пред Застрахователя на всички необходими документи.

(2) Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие са необходими допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор, Застрахователят уведомява Застрахования/ползващото се лице за допълнителните доказателства най-късно в срок 45 (четиридесет и пет) дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор. В тези случаи 15 (петнадесет) дневният срок за произнасяне по претенцията започва да тече от представяне на Застрахователя на последната изискан документ.

(3) Когато не са предоставени всички доказателства, необходими за установяване на застрахователната претенция по основание и размер, Застрахователят е длъжен да се произнесе с плащане или отказ по претенцията не по-късно от 6 (шест) месеца от датата на нейното предявяване.

Чл. 73. (1) За разходи, настъпили в България, възстановяването на сумата се извършва само в лева. За разходи, настъпили в чужбина, застрахователните претенции могат да бъдат заплатени във всяка валута, която заявителят избере, при условие че тази валута може да бъде закупена свободно от банката на Застрахователя, неговите аутсорсинг партньори или Асистиънс компанията, а не непременно във валутата, посочена в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия.

(2) Застрахователят съхранява записите на изплатените претенции както в номиналната валута на всяка претендирана сума, така и в нейната еквивалентна валута, посочена в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия. В зависимост от приложимото законодателство или обичайната бизнес практика в юрисдикциите на доставчиците и Асистиънс компанията, участващи в уреждането на претенции, приложимите валутни курсове са тези, валидни към датите на обработка на претенциите, и включват тези, публикувани на www.oanda.com, и/или тези, определени от компетентни/регулаторни органи (например централни банки) и/или от банките, извършващи плащания.

(3) За целите на отчитането на използваните обезщетения и осчетоводяване съгласно настоящите правила, платената стойност на претенциите, в допълнение към сумата, на която ищецът (доставчик или застраховано лице, или негов законен представител) има право, при спазване на съответното решение на Застрахователя, взето в съответствие с договора, ще включва и следните разходи, направени от Застрахователя, при условие че тези разходи са пряко свързани и ограничени до горната сума:

1. такси за банков превод, свързани с паричните преводи, ако са начислени от банката;

2. валутни разходи, свързани с преобразуване на еквивалента на сумата на обезщетението от валутата, както е определено в Приложение „Таблица по чл. 5“, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия, във валутата на банковата сметка, по която се изплаща сумата на обезщетението в съответствие с инструкцията на заявителя;

3. местни посреднически такси и задължения, ако поради особеностите на местните разпоредби уреждането на претенцията е възможно само чрез ангажиране на местен посредник.

Чл. 74. (1) В случай че в процеса на вземане на решение по заведена претенция за възстановяване на разходи за получено лечение, същото застраховано лице подаде претенция за възстановяване на разходи за нов курс на лечение, който по никакъв начин не е свързан с предишното лечение, последващият иск ще се счита за нов иск.

(2) Застрахованият има право да поиска от Застрахователя или Асистиънс компанията информация относно обработката/уреждането на своята претенция.

ГЛАВА ШЕСТА ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

РАЗДЕЛ I. ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

Чл. 75. (1) Застрахователят в качеството си на администратор на лични данни защитава и пази поверителността на личните данни при спазване изискванията на

Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент, Закона за защита на личните данни и Вътрешните правила и политики на Застрахователя. Предоставените лични данни се използват от Застрахователя за целите на сключване, обслужване, изпълнение на задължения и уреждане на претенции по застрахователни договори. Информация относно целите и условията, при които се обработват личните данни, е публикувана на официалната страница на Застрахователя в интернет: www.bulstradlife.bg.

(2) При сключване на договори по настоящата застраховка, както и по време на действието на договора Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно следните категории лични данни: име, ЕГН, възраст, пол, здравословно състояние на лицето, чиито живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

(3) При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до лични данни, съдържащи се в цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чиито здраве и/или телесна цялост е застраховал, 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, с цел изпълнението на задълженията си по застрахователния договор.

(4) Застрахователят няма право без съгласието на съответното лице да разгласява станали му известни лични данни на трети страни, освен в случаите, предвидени със закон, съгласно договорено между страните или при предотвратяване на застрахователни измами.

(5) Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за предоставянето им е основание за Застрахователя да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси.

(6) Всяко лице, предоставило личните си данни, има право на достъп до тях и може свободно да упражнява правата си съгласно действащото законодателство за защита на личните данни и Вътрешните правила на Застрахователя.

РАЗДЕЛ II. ПРАВНИ, ИКОНОМИЧЕСКИ И ТЪРГОВСКИ САНКЦИИ

Чл. 76. При условие че настоящата клауза не нарушава конкретен национален закон или разпоредба, приложими за Застрахователя, независимо от условията по настоящия застрахователен договор, Застрахователят не предоставя покритие, не носи отговорност за изплащане на обезщетение или предоставяне на други услуги по настоящия договор, доколкото подобно покритие, обезщетение или предоставяне на услуги би изложило Застрахователя на риск, свързан с приложими от Застрахователя търговски, финансови, ембаргови или икономически санкции, закони или регулаторни изисквания.

Приложимите търговски, финансови, ембаргови или икономически санкции могат да бъдат следните:

- а) национални санкции;
- б) санкции на Европейския съюз (ЕС);
- в) санкции на Организацията на обединените нации (ООН);
- г) санкции на Съединените американски щати (САЩ);
- д) санкции на Великобритания;
- е) други санкции.

РАЗДЕЛ III. ЖАЛБИ

Чл. 77. (1) Редът за подаване на жалби на Застрахователя може да бъде намерен на неговата интернет страница на адрес: www.bulstradlife.bg.

(2) В случай че застраховано лице има въпроси или оплаквания, свързани с Асистиънс компанията или доставчиците, ангажирани от Застрахователя, то може първо да се свърже на посочения в застрахователния договор/сертификата телефон.

(3) Застрахователят чрез своя упълномощен представител ще разгледа жалбата възможно най-бързо и ще представи на жалбоподателя отговор съгласно условията и сроковете, установени в правила, действащи при Застрахователя.

(4) Ако Застрахованият не е удовлетворен от отговора на упълномощения представител на Застрахователя, то може да се свърже директно със Застрахователя на адресите, посочени в застрахователния договор.

РАЗДЕЛ IV. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 78. (1) В съответствие с настоящите Общи условия следната информация се счита за поверителна:

1. размерът на застрахователната премия, платена по застрахователния договор,

както и специалните условия на застраховане, ако има такива договорени между страните;

2. личните данни, обработени съгласно застрахователния договор;

3. други данни, които се признават за поверителни съгласно приложимите закони и/или здравия разум и обичайната търговска практика.

(2) Освен при изключенията, предвидени в застрахователния договор, Застрахователят, Застрахованият, Застрахованият и зависимите лица трябва да предприемат достатъчно мерки, за да предотвратят разкриването на поверителната информация на неупълномощени трети страни.

Чл. 79. За застрахователните договори, сключени при настоящите Общи условия, се прилага законодателството и правото на Република България, освен ако законът не изисква друго.

Чл. 80. (1) Писмената кореспонденция между Застрахователя и Застрахования/Застрахования трябва да бъде изпратена по електронна поща или по пощата. Подателят покрива разходите за изпращане по пощата.

(2) Застрахователят, Застрахованият и застрахованите лица комуникират на български език, освен ако друго не е изрично указано на други места в договора.

Чл. 81. (1) Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане, са в тежест на ползвателите се лица, Застрахования или техните наследници.

(2) Застрахователят не носи отговорност за последствията от възможни промени в данъчното законодателство, приложими за Застрахования или за Застрахования.

Чл. 82. Застрахователят не носи отговорност за неизпълнение или забавяне на изпълнението на задълженията си по застрахователния договор, причинено или произтичащо от обстоятелства извън неговия контрол, т.е. обстоятелства на непреодолима сила, които включват (но не се ограничават до): събития, които са непредсказуеми, непредвидими или неизбежни (като изключително лоши метеорологични условия, наводнения, земетресения, бури, гръмотевици, пожар, земни срутвания, епидемия, пандемия, терористични актове, вражески действия (независимо дали войната е обявена или не), бунтове, експлозии, стачки или други трудови размирици, граждански смущения, саботаж, дезорганизация на правителствените органи или финансовите власти, телекомуникационни мрежи или срив в системата за парични преводи и всякакви други действия или събития извън разумния контрол на Застрахователя). За да се избегнат всякакви съмнения,

Застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор, ако изпълнението на такива задължения стане невъзможно в резултат на международни санкции.

Чл. 83. Ако към момента на подаване на претенция по договора Застрахованият има повече от една действаща застраховка, покриваща аналогично застрахователно събитие, т.е. същото медицинско лечение, стоки и/или услуги, тогава Застрахователят ще плати претендираната сума пропорционално, ако Застрахованият има право на възстановяване от друг застраховател. За+застрахователят има право да предяви иск по всяка друга застраховка, която е в сила за Застрахования.

Чл. 84. В случай че покритието по застрахователен договор, сключен по тази застраховка, са покрити и от друг застрахователен договор/и, сключен/и с по-ранна дата, застрахователният договор покрива само превишението над покритието, което е осигурено от другия/те застрахователен договор/и.

Чл. 85. Правата по застрахователния договор се погасяват по давност, с изтичането на срок, определен от действащото българско законодателство.

Чл. 86. (1) Настоящите Общи условия са неразделна част от застрахователния договор и трябва да бъдат разглеждани заедно, за да се избегнат недоразумения.

(2) Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

(3) Рекламни материали или информационни брошури не са част от застрахователния договор.

Чл. 87. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Общи условия са приети с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 347/20.10.2022 г.

§2. Тези Общи условия са изменени и допълнени с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 368/22.06.2023 г., в сила от 01.07.2023 г.

§3. Тези Общи условия са изменени и допълнени с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 399/05.09.2024 г.

„Платено изцяло“ по-долу означава, че съответните разходи следва да бъдат платени или възстановени в рамките на индивидуалната застрахователна сума, при условие че тези разходи са обичайни, традиционни и разумни и съответното лечение е медицински необходимо.

Суми под средните граници на възможното възстановяване на действително изплатени разходи / разноски, направени по съответните позиции, при условие че такива разходи / разноски са обичайни, традиционни и разумни и съответното лечение е медицински необходимо.

Брой посещения / дни / нощи означава, че възстановяването се основава на реалния брой посещения / дни / нощи, но не повече от посочения по-долу брой посещения / дни / нощи.

Обяснението на дефинициите, използвани в това приложение, е дадено в Общите условия на застраховката.

Навсякъде в приложението, където се казва „до“ определена сума или число, се има предвид вкл. съответната сума / число.

Продуктово ниво на застрахователното покритие	Сребърно	Златно
Застрахователна сума на лице (по всички раздели, взети заедно)	1 000 000 евро	2 000 000 евро
I. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ (Планирано и спешно лечение в стационар (включително амбулаторен пациент), с изключение на дентални лечения.)		
1. Настаняване и хранения	За България – платено изцяло.	За България – платено изцяло.
	Извън България – стандартна самостоятелна или полусамостоятелна стая.	Извън България – стандартна самостоятелна или полусамостоятелна стая.
За случаите извън България, когато стандартна самостоятелна или полусамостоятелна стая не е налична към момента на приемане, тогава обичайните, традиционни и разумни разходи за условията на настаняване в стая от по-нисък клас ще бъдат заплащани/възстановявани изцяло. Застрахованият има право да избере и някоя от наличните категории по-удобни стаи, но в тези случаи възстановяването ще бъде ограничено до сума, съответстваща на нивото на настаняване, посочено по-горе, като разликата в цената за настаняване трябва да бъде заплащана от Застрахования.		
2. Лечение в стационар		
2.1. Разходи и такси за лекуващ лекар, хирург и анестезиолог, друг медицински персонал – за лечение, консултации, разработване на план за лечение, операция и медицински манипулации, консервативно лечение или мониторинг, както и други медицински необходими услуги, дневно лечение	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2.2. Операционна зала, спешно отделение, интензивно отделение и реанимация	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2.3. Диагностични изследвания, лабораторни и инструментални изследвания, електрокардиограми; медицинска образна диагностика (рентгенови снимки, компютърна томография, ЯМР, PET)	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2.4. Лекарства, превръзки, медицински материали (превръзки/хирургически превръзки, гипсови и полимерни имобилизиращи средства, бинт и др.)	Платено изцяло.	Платено изцяло.
3. Настаняване на родител при застраховано дете на възраст под 16 (шестнадесет) години	до 30 нощи 115 евро на нощ	до 30 нощи 115 евро на нощ
4. Стационарно лечение в психиатрична клиника или отделение (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 30 нощи	до 30 нощи
5. Реконструктивна хирургия	Платено изцяло.	Платено изцяло.
6. Вътрешни протезни устройства и помощни средства	Платено изцяло.	Платено изцяло.
7. Трансплантация на бъбреци, сърце, бял дроб, сърце-бял дроб, черен дроб, костен мозък и стволови клетки	до 110 000 евро	до 165 000 евро
8. Палиативно лечение на терминални заболявания и грижи в хоспис	Не се покрива.	до 22 000 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания
9. Дневно обезщетение при болнично настаняване (Алтернатива на възстановяването на разходите за хоспитализация, в случай че не се изплащат суми за настаняване и хранения.)	до 20 нощи 115 евро на нощ	до 30 нощи 175 евро на нощ

II. СЛЕДБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ		
1. Рехабилитационен курс в рехабилитационен център веднага след стационарно лечение	Не се покрива.	до 1150 евро
2. Амбулаторно физиотерапевтично лечение, ако е предписано от лекаря във връзка със и непосредствено след стационарното лечение	до 20 посещения	до 30 посещения
3. Външни протези и помощни средства, които са медицински необходими след хоспитализация, дневно лечение или злополука и лечение в спешно отделение	до 900 евро	до 1150 евро
III. ОНКОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ		
1. Консултации, тестове, лъчетерапия или химиотерапия, приемане на лекарства в домашни условия като извънболничен пациент към болнично заведение или към регистриран център за лечение на рак след изписване от болнично заведение или хирургия	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2. Разходи за перука/коса, ако се налага след курс на лечение на рак	до 900 евро	до 1150 евро
IV. ИЗВЪНБОЛНИЧНА ГРИЖА (освен в случай на онкологично лечение и стоматологични лечения)		
1. Лечение и консултации, получени от частни лекари и от амбулаторни клиники		
1.1. Прегледи и консултации при лични лекари, семейни лекари, специалисти, вкл. в случай на посещение на пациент у дома	до 2300 евро	до 9200 евро
1.2. Лекарства с рецепта и превързочни материали		
1.3. Диагностични изследвания и процедури, патологични изследвания, образна и рентгенова диагностика		
1.4. Високотехнологични изследвания (КТ, ЯМР и PET)		
2. Хормонозаместителна терапия, когато не е свързана с менопауза	Не се покрива.	Платено изцяло.
3. Физиотерапия, когато е предписана от лекар физиотерапевт	до 10 посещения	до 15 посещения
4. Алтернативни/допълващи медицински практики (достъпни, след като Застрахованият покрие лично първите две посещения):		
4.1. Акупунктура, иглотерапия, хиропрактика, хомеопатична, натуропатична и остеопатична медицина, аюрведична и традиционна китайска медицина, хиродотерапия	до 10 посещения 40 евро на посещение	до 20 посещения 45 евро на посещение
4.2. Ограничения на предписаните средства и самоучастие, приложими при хомеопатичната и китайската медицина	Прилага се само извън територията на Република България. до 400 евро 20% самоучастие	Прилага се само извън територията на Република България. до 850 евро 20% самоучастие
5. Грижи в дома на болния	Не се покрива.	до 90 дни
6. Психиатрични амбулаторни консултации и предписани лекарства (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	Не се покрива.	до 2500 евро
7. Възстановителна логопедия	до 5750 евро 50% самоучастие	до 11 000 евро 50% самоучастие
V. ОГРАНИЧЕНИЯ И ПРАГОВЕ, ПРИЛОЖИМИ КЪМ ОПРЕДЕЛЕНИ МЕДИЦИНСКИ СЪСТОЯНИЯ ИЛИ СЪБИТИЯ (Периодите на изчакване и ограниченията, посочени в този раздел, имат приоритет пред предвидените на друго място в Приложението.)		
1. Хронични състояния (различни от злокачествен тумор, вродени и наследствени състояния):		
1.1. Консултации, болнично и извънболнично лечение и лекарства (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 3500 евро	до 4500 евро
1.2. ХИВ / СПИН: Консултации, лечение и лекарства за болнично и извънболнично лечение (При спазване на 22-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 16 500 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания	до 22 000 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания

	до 2300 евро на година	до 3500 евро на година
2. Вродени/наследствени заболявания (само за лица до 18-годишна възраст)	до 11 000 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания	до 16 500 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания
3. Ограничения при война и тероризъм		
3.1. Индивидуален лимит за застраховано лице за събитие, но при спазване на общия лимит за събитие	до 195 000 евро	до 195 000 евро
3.2. Общ лимит за събитие	до 750 000 евро	до 750 000 евро
VI. ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА (При спазване на 6-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 600 евро за дентално основно възстановително лечение 20% самоучастие	до 850 евро за дентални основни, възстановителни и диагностични терапии 20% самоучастие
VII. ДЕНТАЛНО ЛЕЧЕНИЕ СЛЕД ЗЛОПОЛУКА	до 1200 евро	до 2300 евро
VIII. ГРИЖА ЗА БРЕМЕННИ (При спазване на 11-месечен период на изчакване за забременяване от датата на начало на покритието „Грижа за бременни“. Ограниченията по-долу са установени на база бременност.)		
1. Нормална бременност и раждане	Не се покрива.	до 3500 евро
2. Усложнена бременност и раждане	Не се покрива.	до 22 000 евро, но платено при животозастрашаващи ситуации изцяло
3. Грижа за новородено в рамките на 14 (четирнадесет) дни от датата на раждането на бебето	Не се покрива.	до 82 500 евро покрива се самостоятелна стая
IX. ПРЕВАНТИВНА ГРИЖА		
1. Грижа за здраво дете	Не се покрива.	до 600 евро 20% самоучастие
2. Скрининг за здравето на възрастни (преглед) (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	Не се покрива.	до 600 евро 20% самоучастие
3. Ваксинации	до 120 евро	до 230 евро
X. СПЕШНО ЛЕЧЕНИЕ		
1. Местна пътна линейка	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2. Спешна медицинска евакуация при остри медицински състояния, когато подходящата медицинска помощ не може да бъде организирана на място	до 1 000 000 евро	до 1 000 000 евро
3. Репатриране или погребение на местно ниво	до 16 500 евро	до 22 000 евро
4. Спешна помощ извън основната зона на покритието	до 110 000 евро 30 дни	до 110 000 евро 45 дни
5. Изследвания и лечение на коронавирус SARS CoV2 (COVID-19) (Изключения за епидемия и пандемия не са приложими за COVID-19.)	В зависимост от конкретните лимита, посочени в съответните категории, но не повече от 200 000 евро	В зависимост от конкретните лимита, посочени в съответните категории, но не повече от 400 000 евро
5.1. PCR тест за откриване на вирус COVID-19, ако е предписан от лекар във връзка с потвърдени симптоми		
5.2. Лечение на COVID-19, включително хоспитализация и медикаменти		
5.3. Лечение на последващи усложнения		

5.4. Изключения:

- 5.4.1. COVID-19 или друго заболяване на дихателните органи, чиито симптоми са се проявили в рамките на 21 (двадесет и един) дни след началото на застрахователното покритие;
- 5.4.2. Медицинска евакуация, свързана с COVID-19;
- 5.4.3. Бързи и масови тествания за антитела (напр. скрининг тестване на населението от здравните власти с цел установяване на стаден имунитет);
- 5.4.4. Тестване на Застрахования с цел влизане в дадена държава или за пътуване в друга територия съгласно изискванията на съответните местни власти;
- 5.4.5. Извършени тестове без предписание от лекар.

Попълва се при подписване на заявление

Моля, изпишете собственоръчно, че сте получили Общите условия по международна здравна застраховка „Health Club“ заедно с подписването на заявлението за сключване на застраховка.

Застраховач: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

Застрахован: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

Попълва се при подписване на полица

Моля, изпишете собственоръчно, че сте се запознали и приемате Общите условия по международна здравна застраховка „Health Club“ .

Полица No:

Застраховач: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

Застрахован: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

„Платено изцяло“ по-долу означава, че съответните разходи следва да бъдат платени или възстановени в рамките на индивидуалната застрахователна сума, при условие че тези разходи са обичайни, традиционни и разумни и съответното лечение е медицински необходимо.

Суми под средните граници на възможното възстановяване на действително изплатени разходи / разноски, направени по съответните позиции, при условие че такива разходи / разноски са обичайни, традиционни и разумни и съответното лечение е медицински необходимо.

Брой посещения / дни / нощи означава, че възстановяването се основава на реалния брой посещения / дни / нощи, но не повече от посочения по-долу брой посещения / дни / нощи.

Обяснението на дефинициите, използвани в това приложение, е дадено в Общите условия на застраховката.

Навсякъде в приложението, където се казва „до“ определена сума или число, се има предвид вкл. съответната сума / число.

Продуктово ниво на застрахователното покритие	Сребърно	Златно
Застрахователна сума на лице (по всички раздели, взети заедно)	1 000 000 евро	2 000 000 евро
I. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ (Планирано и спешно лечение в стационар (включително амбулаторен пациент), с изключение на дентални лечения.)		
1. Настаняване и хранения	За България – платено изцяло.	За България – платено изцяло.
	Извън България – стандартна самостоятелна или полусамостоятелна стая.	Извън България – стандартна самостоятелна или полусамостоятелна стая.
За случаите извън България, когато стандартна самостоятелна или полусамостоятелна стая не е налична към момента на приемане, тогава обичайните, традиционни и разумни разходи за условията на настаняване в стая от по-нисък клас ще бъдат заплащани/възстановявани изцяло. Застрахованият има право да избере и някоя от наличните категории по-удобни стаи, но в тези случаи възстановяването ще бъде ограничено до сума, съответстваща на нивото на настаняване, посочено по-горе, като разликата в цената за настаняване трябва да бъде заплащана от Застрахования.		
2. Лечение в стационар		
2.1. Разходи и такси за лекуващ лекар, хирург и анестезиолог, друг медицински персонал – за лечение, консултации, разработване на план за лечение, операция и медицински манипулации, консервативно лечение или мониторинг, както и други медицински необходими услуги, дневно лечение	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2.2. Операционна зала, спешно отделение, интензивно отделение и реанимация	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2.3. Диагностични изследвания, лабораторни и инструментални изследвания, електрокардиограми; медицинска образна диагностика (рентгенови снимки, компютърна томография, ЯМР, PET)	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2.4. Лекарства, превръзки, медицински материали (превръзки/хирургически превръзки, гипсови и полимерни имобилизиращи средства, бинт и др.)	Платено изцяло.	Платено изцяло.
3. Настаняване на родител при застраховано дете на възраст под 16 (шестнадесет) години	до 30 нощи 115 евро на нощ	до 30 нощи 115 евро на нощ
4. Стационарно лечение в психиатрична клиника или отделение (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 30 нощи	до 30 нощи
5. Реконструктивна хирургия	Платено изцяло.	Платено изцяло.
6. Вътрешни протезни устройства и помощни средства	Платено изцяло.	Платено изцяло.
7. Трансплантация на бъбреци, сърце, бял дроб, сърце-бял дроб, черен дроб, костен мозък и стволови клетки	до 110 000 евро	до 165 000 евро
8. Палиативно лечение на терминални заболявания и грижи в хоспис	Не се покрива.	до 22 000 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания
9. Дневно обезщетение при болнично настаняване (Алтернатива на възстановяването на разходите за хоспитализация, в случай че не се изплащат суми за настаняване и хранения.)	до 20 нощи 115 евро на нощ	до 30 нощи 175 евро на нощ
II. СЛЕДБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ		
1. Рехабилитационен курс в рехабилитационен център веднага след стационарно лечение	Не се покрива.	до 1150 евро

2. Амбулаторно физиотерапевтично лечение, ако е предписано от лекаря във връзка със и непосредствено след стационарното лечение	до 20 посещения	до 30 посещения
3. Външни протези и помощни средства, които са медицински необходими след хоспитализация, дневно лечение или злополука и лечение в спешно отделение	до 900 евро	до 1150 евро
III. ОНКОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ		
1. Консултации, тестове, лъчетерапия или химиотерапия, приемане на лекарства в домашни условия като извънболничен пациент към болнично заведение или към регистриран център за лечение на рак след изписване от болнично заведение или хирургия	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2. Разходи за перука/коса, ако се налага след курс на лечение на рак	до 900 евро	до 1150 евро
IV. ИЗВЪНБОЛНИЧНА ГРИЖА (освен в случай на онкологично лечение и стоматологични лечения)		
1. Лечение и консултации, получени от частни лекари и от амбулаторни клиники		
1.1. Прегледи и консултации при лични лекари, семейни лекари, специалисти, вкл. в случай на посещение на пациент у дома	до 2300 евро	до 9200 евро
1.2. Лекарства с рецепта и превързочни материали		
1.3. Диагностични изследвания и процедури, патологични изследвания, образна и рентгенова диагностика		
1.4. Високотехнологични изследвания (КТ, ЯМР и PET)		
2. Хормонозаместителна терапия, когато не е свързана с менопауза	Не се покрива.	Платено изцяло.
3. Физиотерапия, когато е предписана от лекар физиотерапевт	до 10 посещения	до 15 посещения
4. Алтернативни/допълващи медицински практики (достъпни, след като Застрахованият покрие лично първите две посещения):		
4.1. Акупунктура, иглотерапия, хиропрактика, хомеопатична, натуропатична и остеопатична медицина, аюрведична и традиционна китайска медицина, хиродотерапия	до 10 посещения 40 евро на посещение	до 20 посещения 45 евро на посещение
4.2. Ограничения на предписаните средства и самоучастие, приложими при хомеопатичната и китайската медицина	Прилага се само извън територията на Република България. до 400 евро 20% самоучастие	Прилага се само извън територията на Република България. до 850 евро 20% самоучастие
5. Грижи в дома на болния	Не се покрива.	до 90 дни
6. Психиатрични амбулаторни консултации и предписани лекарства (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	Не се покрива.	до 2500 евро
7. Възстановителна логопедия	до 5750 евро 50% самоучастие	до 11 000 евро 50% самоучастие
V. ОГРАНИЧЕНИЯ И ПРАГОВЕ, ПРИЛОЖИМИ КЪМ ОПРЕДЕЛЕНИ МЕДИЦИНСКИ СЪСТОЯНИЯ ИЛИ СЪБИТИЯ (Периодите на изчакване и ограниченията, посочени в този раздел, имат приоритет пред предвидените на друго място в Приложението.)		
1. Хронични състояния (различни от злокачествен тумор, вродени и наследствени състояния):		
1.1. Консултации, болнично и извънболнично лечение и лекарства (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 3500 евро	до 4500 евро
1.2. ХИВ / СПИН: Консултации, лечение и лекарства за болнично и извънболнично лечение (При спазване на 22-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 16 500 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания	до 22 000 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания
2. Вродени/наследствени заболявания (само за лица до 18-годишна възраст)	до 2300 евро на година	до 3500 евро на година
	до 11 000 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания	до 16 500 евро лимит за срока на полицата, вкл. всички нейни подновявания

3. Ограничения при война и тероризъм		
3.1. Индивидуален лимит за застраховано лице за събитие, но при спазване на общия лимит за събитие	до 195 000 евро	до 195 000 евро
3.2. Общ лимит за събитие	до 750 000 евро	до 750 000 евро
VI. ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА (При спазване на 6-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	до 600 евро за дентално основно възстановително лечение 20% самоучастие	до 850 евро за дентални основни, възстановителни и диагностични терапии 20% самоучастие
VII. ДЕНТАЛНО ЛЕЧЕНИЕ СЛЕД ЗЛОПОЛУКА	до 1200 евро	до 2300 евро
VIII. ГРИЖА ЗА БРЕМЕННО (При спазване на 11-месечен период на изчакване за забременяване от датата на начало на покритието „Грижа за бременни“. Ограниченията по-долу са установени на база бременност.)		
1. Нормална бременност и раждане	Не се покрива.	до 3500 евро
2. Усложнена бременност и раждане	Не се покрива.	до 22 000 евро, но платено при животозастрашаващи ситуации изцяло
3. Грижа за новородено в рамките на 14 (четирнадесет) дни от датата на раждането на бебето	Не се покрива.	до 82 500 евро покрива се самостоятелна стая
IX. ПРЕВАНТИВНА ГРИЖА		
1. Грижа за здраво дете	Не се покрива.	до 600 евро 20% самоучастие
2. Скрининг за здравето на възрастни (преглед) (При спазване на 11-месечен период на изчакване от влизането в сила на застрахователното покритие по договора по отношение на съответното застраховано лице.)	Не се покрива.	до 600 евро 20% самоучастие
3. Ваксинации	до 120 евро	до 230 евро
X. СПЕШНО ЛЕЧЕНИЕ		
1. Местна пътна линейка	Платено изцяло.	Платено изцяло.
2. Спешна медицинска евакуация при остри медицински състояния, когато подходящата медицинска помощ не може да бъде организирана на място	до 1 000 000 евро	до 1 000 000 евро
3. Репатриране или погребение на местно ниво	до 16 500 евро	до 22 000 евро
4. Спешна помощ извън основната зона на покритието	до 110 000 евро 30 дни	до 110 000 евро 45 дни
5. Изследвания и лечение на коронавирус SARS CoV2 (COVID-19) (Изключения за епидемия и пандемия не са приложими за COVID-19.)	В зависимост от конкретните лимити, посочени в съответните категории, но не повече от 200 000 евро	В зависимост от конкретните лимити, посочени в съответните категории, но не повече от 400 000 евро
5.1. PCR тест за откриване на вирус COVID-19, ако е предписан от лекар във връзка с потвърдени симптоми		
5.2. Лечение на COVID-19, включително хоспитализация и медикаменти		
5.3. Лечение на последващи усложнения		
5.4. Изключения: 5.4.1. COVID-19 или друго заболяване на дихателните органи, чиито симптоми са се проявили в рамките на 21 (двадесет и един) дни след началото на застрахователното покритие; 5.4.2. Медицинска евакуация, свързана с COVID-19; 5.4.3. Бързи и масови тествания за антитела (напр. скрининг тестване на населението от здравните власти с цел установяване на стаден имунитет); 5.4.4. Тестване на Застрахования с цел влизане в дадена държава или за пътуване в друга територия съгласно изискванията на съответните местни власти; 5.4.5. Извършени тестове без предписание от лекар.		