

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА (МЕДИЦИНСКА) ЗАСТРАХОВКА ЗАБОЛЯВАНЕ - НАДЕЖДА

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.1.

1. Тези Общи условия регламентират правилата, реда и условията, по които Застрахователна компания „Надежда“ АД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова физически лица, наричани по-нататък Застраховани, като сключва договори за медицинска застраховка по смисъла на чл.427 от Кодекса за застраховането.
2. Медицинското застраховане се осъществява при спазване на принципите на доброволност, равнопоставеност и добросъвестност на страните, ефикасност и икономичност, отговорност на Застрахования за собственото му здраве и солидарност сред Застрахованите.

Чл.2.

1. Договорът за медицинска застраховка се сключва между Застрахователя и Застрахователя в полза на Застрахования.
2. Застрахованият и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице тогава, когато това лице заплаща застрахователната премия и се ползва от застрахователния договор.
3. Правата на Застрахования по договора за медицинска застраховка са лични и не могат да бъдат преотстъпвани на други лица.

Чл.3.

1. Със сключването на застрахователния договор Застрахованият се задължава да заплаща застрахователна премия, а Застрахователят поема определени застрахователни рискове и се задължава при настъпване на застрахователно събитие да обезпечи финансово ползването от Застрахования на здравни услуги/стоки за профилактика, опазване, подобряване или възстановяване на здравето, както и от увреждане на здравето вследствие на злополука.
2. По настоящите Общи условия едно и също лице може да бъде застраховано само по един договор за медицинска застраховка. В случай, че по една или друга причина, лицето е застраховано по повече от един такъв договор Застрахователят извършва финансово обезпечаване само по един от тях.

Чл.4.

1. Медицинската застраховка покрива видове здравни услуги/стоки, както от обхвата на задължителното здравно осигуряване, така и извън него.
2. Застрахователят обезпечава финансово само здравни услуги/стоки, които са предоставени на територията на Република България от изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, които са регистрирани и упражняват дейността си в съответствие с българското законодателство.

Чл.5.

1. Видовете здравни услуги/стоки, които се обезпечават финансово от Застрахователя са дефинирани в здравни пакети - неразделна част от настоящите Общи условия.
2. Обезпечаването се извършва под формата на „Абонаментно обслужване“, „Възстановяване на разходи“ или комбинация от тях.

Чл.6.

Конкретните застрахователни рискове, видовете здравни пакети и ниво на покритие, формата на обезпечаване на здравните услуги/стоки, включени в тях, лимитите на отговорност, размерът на застрахователната премия, сроковете и начина за плащането ѝ, са предмет на договаряне между Застрахователя и Застрахователя и изрично се посочват в договора за медицинска застраховка или в приложения към него.

ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ. ЛИЦА, КОИТО МОГАТ ДА БЪДАТ ЗАСТРАХОВАНИ

Чл.7.

Договорите за медицинска застраховка могат да бъдат индивидуални, семейни и групови.

1. Индивидуален договор е този, съгласно който се застрахова едно физическо лице. Застраховат се лица на възраст от 0 - 65 г. Застраховател може да бъде самия Застрахован или да е друго физическо или юридическо лице.
2. Семейен договор е този, съгласно който се застраховат членове на едно семейство – съпрузи и техните деца. Застраховат се съпрузи на възраст от 18 до 65 г. и деца на възраст от навършени 6м. до 18 /26 г., които нямат сключен брак и продължават обучението си. Застраховател може да бъде член на семейството или да е друго физическо или юри-

дическо лице.

3. Групов договор е този, съгласно който се застрахова група от 20 или повече физически лица, които притежават общ признак (напр. членове на едно домакинство, работници или служители на едно юридическо лице или търговец, членове на една организация и др. подобни). Застраховат се лица на възраст от 0 до 74 г. Застраховател може да бъде член на групата или да е друго физическо или юридическо лице.
4. При групово застраховане в едномесечен срок от подписването на застрахователния договор, могат да бъдат застраховани и членове на семействата на Застрахованите, на възраст от 0 до 65 г., както при условията на вече сключения договор, така и при други, специални клаузи. Постигнатите споразумения задължително се отразяват в писмен вид под формата на анекс, който става неразделна част от първоначално сключения застрахователен договор.

Чл.8.

Възрастта на лицата, които ще бъдат застраховани се определя в цели години към началото на застрахователния договор. Период от 6 месеца не се отчита, а навършени 6 или повече месеци се считат за цяла година.

При изтичане срока на застрахователния договор, възрастта на застрахованото лице не трябва да е над 65 години при индивидуален и семеен договор и над 75 години при групов договор над 20 лица.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ /ПОКРИТИ/ РИСКОВЕ

Чл.9.

1. С договора за медицинска застраховка Застрахователят може да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, които се ползват от Застрахования за профилактика на здравето и/или при заболяване, бременност и раждане.
2. С договора за медицинска застраховка Застрахователят може да поеме финансовото обезпечаване и на други стоки и услуги, свързани със здравно обслужване на застрахованото лице, включително транспорт, специализирано обгрижване и палиативни грижи.
3. С договора за медицинска застраховка могат да се покриват рискове, свързани със загуба на доход вследствие на злополука или заболяване, като Застрахователят се задължава да компенсира чрез еднократни или периодични плащания загубата на доход на застрахованото лице.
4. При допълнителна договореност между страните и срещу заплащане на допълнителна застрахователна премия от страна на Застрахования, Застрахователят може да поеме и да покрива риск от увреждане на здравето, вследствие на злополука или други рискове. Постигнатите споразумения задължително се отразяват в застрахователния договор или в приложение към него.

Чл.10.

Застрахователният договор може да се сключи за един риск, за комбинация от рискове или за всички рискове.

Чл.11.

Покритието на рисковете по медицинската застраховка е валидно само на територията на Република България, ако с договора изрично не е уговорено друго.

ЗДРАВНИ ПАКЕТИ. ВИДОВЕ И ОБХВАТ

Чл.12.

Покритието на здравни услуги/стоки по медицинската застраховка се договаря въз основа на закупените здравните пакети, които в зависимост от вида, обхвата и обема на здравните услуги/стоки, включени в тях имат три нива на покритие - „Основно“, „Пълно“ и „Лукс“ – Приложение № 1. Могат да бъдат договорени отделни здравни пакети или комбинация от пакети, които са с едно и също ниво на покритие.

Чл.13.

С договора за медицинска застраховка Застрахователят може да поеме финансовото обезпечаване на здравни услуги/стоки, включени в следните здравни пакети:

1. Пакет 1 - „Профилактика на здравето и предпазване от заболяване“. Пакетът включва набор от прегледи, изследвания, скрининги, наблюдение, консултации, индивидуални и групови програми, насочени към промоция на здравето, предотвратяване възникването, развитието и разпространението на заболявания или откриване на заболяване в ранния му, пред клиничен етап с цел ограничаване на клиничната му проява и напредване. Покритието на този здравен пакет може да бъде изменяно или допълвано в процеса на договаряне между Застрахователя и Застрахования. При индивидуални и семейни договори пакетът може да се договори само в комбинация с някой от другите пакети, а при групово застраховане – самостоятелно.

2. Пакет 2 - „Извънболнична медицинска помощ“. Пакетът включва прегледи и консултации от лекари с различна профилна специалност, медицински изследвания, процедури и манипулации с диагностична и терапевтична насоченост, целящи подобряване и/или възстановяване на здравето. Договора се самостоятелно или в комбинация, при всички видове договори.
3. Пакет 3 - „Дентална помощ“. Пакетът включва здравни услуги за диагностика и лечение при заболяване на зъбите, зъбните редици, пародонта и лигавицата на устната кухина. Договора се само в комбинация с другите пакети, семейни или групови договори.
4. Пакет 4 - „Болнична медицинска помощ“. Пакетът включва:
 - здравни услуги за диагностика, консервативно и/или оперативно лечение с различна степен на сложност в болнични условия след насочване от лекар;
 - физиотерапия, рехабилитация или санаториално лечение при остро заболяване, назначени от лекар по медицински показания, като продължение единствено и само на проведено болнично лечение в срок до 30 дни след дехоспитализацията на застрахованото лице, проведени в лечебно заведение съгласно Закона за лечебните заведения.
5. Пакет 5 - „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ“. Пакетът включва допълнителни услуги по обгрижване и специализирани здравни дейности по време на болничен престой, като сестринско наблюдение, санитарни грижи, настаняване в стая с допълнителни битови условия за комфорт, избор на лекар/екип, медицински и/или санитарен транспорт и др. Договора се само в комбинация при индивидуални, семейни или групови договори.
6. Пакет 6 - „Възстановяване на разходи“. Пакетът предвижда възстановяването в пари на разходи за лекарства, медицински консумативи/изделия, помощни средства, назначени и предписани от лекар за извънболнично или за след болнично лечение, или при профилактични мероприятия. Договора се само в комбинация при индивидуални, семейни или групови договори.
7. Пакетите по предходния член не изчерпват възможностите за предоставяне на други здравни услуги и стоки. При изрична договореност между страните, отразена в застрахователния договор или в приложение към него и срещу заплащане на допълнителна застрахователна премия Застрахователят може да поеме финансовото обезпечаване на здравни услуги/стоки, които не са включени в покритието на пакетите по чл. 13 и които могат да имат други търговски наименования, обхват и обем.

ФОРМИ ЗА ФИНАНСОВО ОБЕЗПЕЧАВАНЕ

Чл.14.

С договора за медицинска застраховка застрахователят може да се задължи да предоставя съответните здравни услуги и стоки чрез изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които е сключил договор - Абонаментното обслужване, да възстановява в пари, извършени от застрахованото лице разходи за тях - възстановяване на разходи или да комбинира двете форми за финансово обезпечаване.

Чл.15.

1. За целите на Абонаментното обслужване Застрахователят поддържа и разполага с мрежа от изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които е сключил договор за медицинско обслужване и в която при настъпване на застрахователно събитие Застрахованите лица получават здравни услуги/стоки, заплащането на които се урежда директно между Застрахователя и изпълнителя на медицинска помощ/доставчикът на здравни стоки, който ги е предоставил.
2. Застрахователят поддържа на своята Интернет страница регистър на изпълнителите на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, в който са обявени техните имена и адресите на които осъществяват дейността си, както и лицата и/или телефоните за контакт с тях. Застрахователят изготвя списък, който се прилага към съответния застрахователен договор и е неразделна част от него.

Чл.16.

При договорено възстановяване на разходи, при настъпване на застрахователно събитие Застрахователят възстановява в пари, частично или изцяло, направените от Застрахования разходи за здравни услуги и/или стоки. Възстановяването в пари се прилага само в случаите, когато Застрахованият е ползвал здравни услуги и/или стоки, предоставени от изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки/услуги, с които Застрахователят няма сключен договор за медицинско обслужване или ползваните здравни услуги и/или стоки са предоставени от изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки/услуги, с които Застрахователят е в договорни отношения, но ползваните здравни стоки/услуги не са включени в договора, сключен

помежду им. За възстановяване на разходите Застрахования предявява претенция към Застрахователя по реда, предвиден в договора.

Чл.17.

Комбинация между абонаментно обслужване и възстановяване на разходи. Ползването на комбинация от абонаментно обслужване и възстановяване на разходи е възможно само при закупуване на всички здравни пакети и когато това е изрично посочено в договора за медицинска застраховка.

ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ПОКРИТИЕ

Чл.18.

По настоящите Общи условия, независимо от вида на избраните пакети, нивото на покритие и формата на финансово обезпечаване в договора за медицинска застраховка, Застрахователят не дължи и не може да бъде държан отговорен за финансовото обезпечаване на здравни услуги/стоки за:

1. Медицинска помощ при спешни състояния;
2. Задължителните по българското законодателство лечение и/или задължителна изолация; диагностика, лечение и рехабилитация, включени в национални, регионални, общински и частни здравни програми; здравни услуги и стоки, разходите за които се покриват от друг осигурител, застраховател или работодател.
3. Задължителните по българското законодателство: ваксини за имунизации и реимунизации; ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактика на заразените болести, както и техническите средства за прилагането им; противоепидемични дейности и средства;
4. Медицински транспорт, който се извършва по ред, определен от министъра на здравеопазването.
5. Услуги и стоки за осигуряване на кръв и кръвни продукти;
6. Хемодиализа, химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.
7. Трансплантация на органи, тъкани и клетки и всички свързани с нейното осъществяване дейности, както и всяко състояние или усложнение, причинено от трансплантация. Диагностика и/или лечение на заболяване, за което от медицинска гледна точка трансплантацията е най-доброто лечение.
8. Кардио- и невро-хирургични операции с много голям обем и сложност;
9. Изкуствено поддържане на жизнените функции при мозъчна смърт;
10. Диагностика, лечение, допълнителни специализирани грижи и услуги за вече установени психични заболявания, онкологични заболявания, туберкулоза, вродени аномалии, генетични заболявания.
11. Заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение и/или лечение;
12. Санаториално лечение, в т.ч. рехабилитация, освен ако не са назначени от лекар, като продължение на болнично лечение и не са проведени в лечебно заведение за рехабилитация, в срок до 30 дни след дехоспитализацията;
13. Диагностика и/или лечение на импотентност, стерилитет, асистирана репродукция и всички предхождащи и последващи ги, свързани с тях диагностични и терапевтични процедури и средства;
14. Бременност и раждане в следните случаи: прекъсване на бременност по желание, раждане с цезарово сечение по желание, избор за раждане в домашни условия и свързаните с тях предхождащи и последващи медицински и други дейности, както и лечение на усложнения, възникнали в резултат на подобни интервенции; училища или подготвителни курсове за бременни и родители; акушерски разходи, несвързани с раждането; състояния, възникнали в резултат на пътуване с въздушен транспорт при бременност над 28 г.с. седмица; състояния, причинени по време на раждането, продължили повече от два месеца след раждането
15. Услуги и стоки за контрацепция, освен в случаите, когато те са единственото средство на избор за лечение на определено заболяване.
16. Диагностика и/или на полово предавани болести и СПИН/HIV носителство, всякакви болестни състояния и усложнения, произтичащи от/или свързани с тях;
17. Пластична, естетична и реконструктивна хирургия и всякакви други процедури, манипулации и интервенции, които се извършват с козметична цел, свързаните с тях предхождащи и последващи ги медицински и други дейности, както и лечение на възникнали в резултат на тези дейности усложнения. Диагностика и/или на козметични дефекти, вкл. косопад, акне, витилиго;
18. Свързани със смяна на пола; диагностика и/или на сексуална дисфункция
19. Лазерна корекция на зрението, лечение със зелен лазер, лечение с роботизирани хирургични системи /napr.da Vinci и др./, лечение с високо интензивен фокусиран ултразвук *HIFU (хайфу)* и свързани с тях

- предхождащи и последващи ги медицински и други дейности, както и лечение на възникнали в резултат на тях усложнения. Диагностика и/или лечение на нарушения на съня, вкл. сънна апнея и лечение с CPAP апаратура. Ултразвукова диагностика – 3Д/4Д при проследяване на бременност. Диагностика за хранителни алергии.
20. Диагностика и/или лечение с методите на нетрадиционната медицина, както и всяко друго изследване и/или лечение, дори и когато те са разрешени от компетентен регулаторен орган и/или са предписани и извършени от лекар; всяка друга диагностика и/или лечение, които не са утвърдени в медицинската практика, не отговарят на приетите медицински стандарти и на правилата на добрата медицинска практика, не са препоръчани и/или проведени от дипломиран и правоспособен лекар и/или в лечебно заведение.
 21. Диагностика и/или лечение от психотерапевт, психолог, семеен терапевт/ консултант, логопед.
 22. Наставяване и/или лечение в хосписи, домове за стари хора и други подобни институции, или в лечебно заведение, което на практика е станало дом за постоянно живеещо на Застрахования, както и други медико-социални грижи, дори и когато тези услуги се изискват или са необходими поради увреждане на здравето.
 23. Хронични заболявания, за които е поставен въпрос при сключване на договора за медицинска застраховка / индивидуален или групов договор до 20 човека/ и Застрахованият не е посочил наличието на такива, както и свързаните с него пряко и/или косвено състояния.
 24. Предварително съществуващо състояние или свързано с него състояние, освен ако към дата на застрахователното събитие не е изминал непрекъснат период от 24 месеца преди събитието, през който Застрахованият не е получавал и не се е нуждал от лечение или медикаменти, и не е потърсил консултация във връзка с това състояние;
 24. Ортодонтска дейност; избелване на зъби и други манипулации с козметична цел, стъклени опори ZX-27; естетични инлеи; фасети; подвижни зъбни протези; репланти и импланти и всички процедури свързани с тях.
 25. Планирани медицински дейности /диагностика и/или наблюдение и/или лечение, чието планиране е осъществено преди сключване на договора за медицинска застраховка и Застрахованият не е обявил това обстоятелство пред Застрахователя при неговото сключване/при индивидуални и групови договори до 20 човека/.
 26. Всякакъв вид очила и/или рамки за очила, и/или стъкла за очила и/или очни лещи, с изключение на диоптрични стъкла/лещи, които са предписани от лекар за корекция на зрението поради промяна в диоптъра с не по-малко от 0.50.
 27. Витамини, минерали, микроелементи, освен в случаите когато същите са регистрирани като лекарствени продукти и като такива са единственото средство на избор за лечение на определено заболяване;
 28. Слабителни средства и лекарства за коригиране на телесното тегло;
 29. Хранителни добавки, пробиотици, фитопрепарати;
 30. Хомеопатични лекарства;
 31. Медицинска и друга козметика, дезинфекционни средства, санитарно-хигиенни материали, продукти за интимна хигиена и др. подобни.
 32. Здравни стоки, които не са разрешени за употреба в Република България, не са регистрирани съгласно нейното законодателство и/или не са отпуснати от доставчик на здравни стоки.
 33. Здравни стоки/услуги, които се ползват от Застрахования по негово желание с профилактична цел.
 34. Здравни услуги и стоки, ползвани/закупени от Застрахован, който съгласно Закона за здравното осигуряване не е задължително здравно осигурен към датата на ползването/закупуването им и е с непрекъснати здравноосигурителни права за период от 36 месеца считано от началото на застрахователното покритие.
 35. Медицински изделия за външна употреба (бинтове, марли, спринцовки за еднократна употреба, катетри, инвалидни колички, акумулаторни колички, скутери, столове за баня и тоалет, антидекубитални дюшеци и възглавници, проходилки, патерици, бастуни и други);
 36. Здравни услуги, свързани с издаването на медицински документи за постъпване на работа, прием в детски ясли и детски градини, сключване на брак, шофьорски курсове, застраховане; всички видове медицинска експертиза; както и всякакви административни и други такси в лечебните заведения за издаване на медицински документи, преписи, копия на документи, записи на здравна информация върху CD, DVD или върху друго средство за съхранение на информация.
 37. Избор на лекар/екип за лечение, освен в случаите когато това е изрично договорено с договора за медицинска застраховка.
 38. Здравни услуги/стоки разходите, за които са необосновани високи спрямо обичайните за Република България.

39. Здравни услуги/стоки, които не са изрично включени в покритието на застраховката и/или договореният в застраховката лимитна отговорност за тях е изчерпан.
40. Всяка здравна услуга / стока, която Застрахованият е ползвал без медицински показания и лекарско предписание и/или без медицинска целесъобразност и/или в случаите, когато не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице.
41. Здравни услуги и стоки при заболявания, болестни прояви или увреждания, които са симулирани от Застрахования с цел въвеждане в заблуждение или в опит за измама на Застрахователя и/или Застраховация (в случай, че е лице, различно от Застрахования).
42. Здравни услуги/стоки за лечение, което е извършено в нарушение на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения.
43. По настоящите Общи условия независимо от вида на избраните пакети, нивото на покритие и формата на финансово обезпечаване в договора за медицинска застраховка Застрахователят не дължи и не може да бъде държан отговорен за финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, ползвани поради увреждане на здравето, чието възникване е в пряка или косвена връзка с:
 1. Военни или терористични действия във всякаква форма, граждански размирици, митинги, демонстрации, протести, стачки и всякакъв род граждански вълнения, държавен преврат, бунт, въстание, локаут, конфискация, реквизиция или други подобни социални явления.
 2. Атомни и ядрени експлозии, въздействие от радиоактивни източници, материали и продукти; земетресения, наводнения, пожари и други природни бедствия; производствени аварии и вредности, както и всякакви други бедствени ситуации с масови последици. Изключението за ядрената енергия не се прилага в случаите, когато същата е използвана в медицинската практика с диагностична цел.
 3. Ново появила се болест; епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерство на здравеопазването; заболяване с характер на пандемия, обявена от Световната здравна организация.
 4. Деяния, с които Застрахования нарушава действащи законови и/или подзаконови нормативни актове; действия, в нарушение на обществен ред; задържане от органите на властта; изтърпяване на присъда в затвор или друго предназначено за това заведение за принудително задържане и лишаване от свобода; активна военна служба;
 5. Самоубийство или опит за самоубийство от страна на Застрахования, включително когато е действал в състояние на невменяемост; умишлено самоувреждане на здравето или опит за такова; ненужно самоизлагане на опасност, освен при опит за спасяване на човешки живот;
 6. Професионално или любителско практикуване на спорт или спортни занимания; практикуване на високорискови дейности, за каквито се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни, подводни, зимни /каране на кънки, ски, шейни, сноуборд и др. подобни/ спортове и занимания, конен спорт и езда
 7. Подготовка за и/или участие в спортни състезания и мероприятия
 8. Участие в дейности или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;
 9. Боравене с оръжие
 10. Дейности на Застрахования, които спадат към занятия или други правно регламентирани дейности, които той няма правоспособност да упражнява.
 11. Самолечение, неспазване на предписан от лекар режим и/или лечение
 12. Остра - при концентрация на алкохол в кръвта над 0,5 на хиляда или хронична употреба на алкохол, наркотични и психотропни вещества и растения, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони или други вещества с характер на допинг и всякаква друга злоупотреба или зависимост, вкл. лекарствена, както и всяко увреждане на здравето, причинено пряко или косвено от такава злоупотреба или зависимост;
 13. Увреждане на здравето вследствие на битова и/или трудова злополука, освен ако в договора за медицинска застраховка е уговорено друго
 14. Събития, настъпили вследствие на излагане на опасност, преднамерено действие или непредпазливост от страна на застрахования, независимо дали под формата на самонадеяно или небрежно поведение, в т.ч. „диетични грешки“.

ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. САМОУЧАСТИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

Чл.19.

Лимитът на отговорност представлява договорената и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования да извършва финансово обезпечаване на здравни услуги/стоки.

Чл.20.

Лимитът на отговорност на Застрахователя може да бъде определен като:

1. Финансов – под формата на определена парична сума, до която се обезпечават финансово ползвани от Застрахования здравни услуги / стоки; или
2. Честотен - под формата на определен брой здравни услуги / стоки, които Застрахователят обезпечават финансово и които се предоставят на Застрахования за определен срок от Изпълнител на медицинска помощ / доставчик на здравни стоки.
3. Отделни здравни услуги/ стоки, както и определени групи от тях, могат да имат лимит, който е част от лимита на отговорност, определен за дадения здравен пакет и съответното му ниво на покритие.
4. Размерът на финансовото обезпечаване на здравни услуги/стоки от Застрахователя при настъпило застрахователно събитие не може да надвишава лимита на отговорност, посочен в договора за медицинска застраховка, дори и разходите, произтекли от застрахователното събитие да са в по-голям размер.

Чл.21.

1. Лимитът на отговорност се определя в лева за всеки един Застрахован и е основа за определяне размера на застрахователната премия.
2. В договора за медицинска застраховка страните изрично определят:
 1. Агрегатен лимит (лимит за всички събития) за един Застрахован за целия срок на договора. Представлява общата сума на покритието по застрахователния договор за срока на застраховката, независимо от това колко отделни застрахователни събития могат да настъпят.
3. Лимит на отговорност за всеки от договорените здравни пакети, не може да бъде по-висок от посочения в пакета лимит на отговорност за едно лице.
4. Страните по договора за медицинска застраховка могат да уговорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане от него на част от разходите за здравни услуги/стоки в случай на настъпване на застрахователно събитие. Размерът на самоучастието не може да надхвърля 50 на сто от лимитите на отговорност на Застрахователя по договора.
5. Уговореният размер на самоучастие се посочва в договора за медицинска застраховка.
6. Разходите, произтекли от самоучастието на Застрахования са за негова сметка и не подлежат на възстановяване от Застрахователя.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ И ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ПРЕМИЯ

Чл.22.

1. Застрахователната премия е паричната сума, която Застрахованият, по силата на сключен договор за медицинска застраховка е задължен да заплаща на Застрахователя и срещу която Застрахователят покрива рисковете по медицинската застраховка.
2. Застрахователната премия се изчислява на основата на тарифите на Застрахователя, действащи към момента на сключване на договора за медицинска застраховка и при нейното определяне взимат в съображение потенциалният здравен риск, възрастта и броя на кандидатите за застраховане, размерът им на самоучастие и лимитите на отговорност на Застрахователя. по избраните здравни пакети и нива на покритие по тях.
3. Към изчислената застрахователна премия се начислява данъка, дължим съгласно Закона за данък върху застрахователните премии.

Чл.23.

Застрахователната премия е годишна и се заплаща в лева.

1. Цялата дължима премия или първата вноска при разсрочено плащане на премията се плаща при сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго.
2. Застрахователната премия, начинът на плащането, броят, размерът и падежите за плащане на всяка една разсрочена вноска по нея се определят при сключване на застрахователния договор и се посочват в него.
3. Промяна в начина на плащане на премията по време на действащ застрахователен договор се допуска с допълнително споразумение между страните по договора.
4. Застрахователната премия се заплаща, касово в брой - срещу финансово счетоводен документ, издаден от застрахователя или по безкасов път - с банков или пощенски превод по сметката на Застрахователя.
5. При безкасово плащане за дата на плащане на премията се счита датата на заверката на банковата сметка на Застрахователя.
6. Всички възникнали разходи във връзка с плащането на застрахователната премия или на разсрочените вноски по нея са за сметка на платеща.

Чл.24.

1. Договорът за медицинска застраховка не поражда действие по отношение на Застрахователя, т.е. не възниква задължение за финансово обезпечаване на здравни услуги/стоки ако застрахователната премия не е платена в пълен размер - при договорено еднократно плащане или първата вноска от нея - при договорено разсрочено плащане.
2. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска съответно увеличение или намаление на застрахователната премия или прекратяване на договора.
3. Ако през срока на застраховката допълнително се застраховат лица или се договарят покрития, премията за доплащане се определя пропорционално на остатъка от срока на застраховката.
4. При групов договор изравняването на застрахователната премия за новопостъпили или напуснали групата, както и изчисляването на дължимата премия от страна на Застрахования за доплащане се извършва всеки месец или при промяна в числовия състав на застрахованите лица, както следва:
За здравните пакети, които са без лимит – на проратна база.
По пакет Профилактика и пакет Възстановяване на разходи се заплаща изцяло за всяко новозастраховано лице, както и за постъпилите на мястото на напуснали лица, когато последните са ползвали услугата по тези пакети преди да напуснат.

Чл.25.

1. При договорено разсрочено плащане броят на разсрочените вноски при едногодишен срок на договора не може да бъде по-голям от дванадесет. При договаряне на повече от четири разсрочени вноски в рамките на една година застрахователната премия се завишава с процент за допълнително администриране на договора, съгласно тарифата на застрахователя.
2. При неплащане, на която и да е разсрочена вноска от застрахователната премия Застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати или да уведоми изпълнителите на медицинска помощ/ доставчици на здравни стоки, с които е в договорни отношения да не предоставят здравни услуги и стоки на застрахованите по този договор лица.
В тези случаи Застрахователят писменото може да упражни правата по ал. 2 не по-рано от 15 дни от датата, на която Застрахованият е получил писмено предупреждение. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица Застрахователят изрично е посочил кое от правата по ал. 2 ще упражни след изтичането на 15-дневния срок от датата на падежа на разсрочената вноска.
- (3) Когато застрахователно събитие е настъпило преди застрахователната премия да е издължена изцяло от Застрахования, Застрахователят може да удържи размера на неиздължената премия от размера на застрахователното обезщетение.
- (4) Ако е уговорено застрахователното покритие да започне, без да е платена цялата премия или първата вноска при разсрочено плащане, Застрахователят има право да иска плащането ѝ със законната лихва от деня на забавата.
След нейното внасяне действието на договора автоматично се подновява и застрахованият възстановява застрахователните си права.
5. Когато застрахованият е в болница по време на падежа вноската по просрочената премия се внася в три дневен срок, след изписването му. Застрахователят може да упражни, което и да е от тези права не по-рано от 15 дни от датата, на която Застрахованият е получил писмено предупреждение от Застрахователя. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица Застрахователят изрично е посочил кое от правата по чл. 25 ал. 2 ще упражни след изтичането на 15-дневния срок от датата на падежа на разсрочената вноска.
В този случай действието на договора се възстановява, считано от 00ч на деня следващ деня в който е извършено плащането.
6. Договор, който не бъде възстановен в срок от два месеца от датата до която са платени застрахователните премии се прекратява окончателно.
7. Застрахователната премия може да бъде предплатена за повече от една година след текущата или до края на срока на договора /предплатени премии/. При предсрочно прекратяване застрахователния договор/предплатени годишни премии/, следващи годината на прекратяване се връщат намалени с направените и одобрени от КФН административни разходи.
8. В случаите на смърт на застрахования преди изтичане на срока на застрахователния договор, Застрахователят не дължи връщане на неизползваната част от застрахователна премия за този Застрахован.

9. При наличие на сключени през предходната година застрахователни договори при изчисляване на застрахователните премии за следващата застрахователна година и в случай, че не са направени плащания от Застрахователя през предходната година, Застрахованият има право на отстъпка.
10. Видовете отстъпки са описани в тарифите на застрахователя и се определят за всеки конкретен случай при сключване на застрахователния договор.
11. В случаите когато през срока на застрахователен договор Застрахованият пожелае да разшири покритието по него, като включи нови здравни пакети и /или допълнителни здравни услуги/стоки в съдържанието на първоначално договорените здравни пакети и/или да увеличи лимитите на отговорност по тях той дължи допълнителна застрахователна премия, която се определя по тарифата на застрахователя, актуална към датата на сключване на договора и се посочва в анекса към договора, с който се разширява покритието по него. Неплащането на тази допълнителна премия, по отношение на анекса има последиците, посочени в чл. 24 и в чл. 25 от тези Общи условия.
12. В случаите, когато при условията на групов договор за медицинска застраховка се присъединяват членове на семейства на застраховани лица, освен ако не е уговорено друго Застрахованият е длъжен да заплаща застрахователната премия за всеки присъединен член на семейство, като удържа същата от възнаграждението на съответния Застрахован. Удържаните по този начин застрахователни премии за присъединените членове на семейства се плащат от Застрахования на Застрахователя по реда, в сроковете или падежите, посочени в договора или в анекса за присъединяване. В случай, че Застрахованият не плати дължимата застрахователна премия или разсрочените вноски по нея за присъединените членове на семейства на застрахованите, договорът за медицинска застраховка се прекратява само по отношение на членовете семейства, съгласно чл.24 и чл.25 от тези Общи условия.

Чл.26.

Застрахователна премия при предсрочно прекратяване.

1. Ако застраховката е прекратена от Застрахователя, същият има право на част от цялата премия, пропорционална на изтеклата част от срока на застраховката.
2. Застрахователят има право на цялата премия в случаите чл. 34, ако Застрахованият е знаел или е трябвало да знае за липсата на застрахователен интерес и ако по застраховката е платено или е предявена претенция за плащане на обезщетение.
3. Ако застраховката е прекратена от Застрахования, същият има право на разликата между цялата премия и премията за изтеклата част от срока на застраховката, изчислена по краткосрочна тарифа, при условие че не е платено и не е предявена претенция за плащане на обезщетение, намалена с дела на административните разходи на застрахователя.

СКЛЮЧВАНЕ, ВЛИЗАНЕ В СИЛА И СРОК НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

Чл.27.

1. Договорът за медицинска застраховка се сключва писмено под формата на Застрахователна полица или на друг писмен акт и се подписва от Застрахования и Застрахователя. Застрахователното правоотношение по договора е валидно при условие на наличен застрахователен интерес.
2. За лица до 18 год. договор за медицинска застраховка се сключва и подписва от законен представител, настойник или попечител на Застрахования, който е Застраховач.
3. В застрахователния договор задължително се посочват застрахователните рискове, избраните здравни пакети и нива на покритие, формата на финансово обезпечаване, лимитите на отговорност, застрахователната премия, начините на разплащане между страните, техните права и задължения, срока на договора и други реквизити, съгласно чл.345 от Кодекса за застраховането.
4. Застрахователният договор се изготвя от Застрахователя и се съставя в два еднакви екземпляра - по един за Застрахователя и Застрахования.

Чл.28.

Договорът за медицинска застраховка се сключва въз основа на следните документи:

1. Писмено предложение за сключване на застрахователен договор - образец на Застрахователя. Предложението се отправя от Застрахования/Застрахования и същото се посочват избраните здравни пакети и съответните нива на покритие. застрахователните рискове; застрахователната премията; застрахователната сума; данни за Застрахования

/ Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, други идентификационни данни и съществени елементи.

2. Здравен въпросник - образец на Застрахователя. Кандидатът за застраховане попълва лично въпросника и е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за определяне на риска, като носи отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.
3. При лица до 18 годишна възраст Здравният въпросник се попълва и подписва от Застрахования или от законен представител (ако Застрахованият не е такъв) на лицето.
4. При групови застрахователни договори за над 20 лица не се прилага изискването за Здравен въпросник.
5. Здравният въпросник задължително подлежи на проверка от лекар на Застрахователя, който въз основа на дадените от застрахования отговори определя нивото на здравния риск и дава становище за застраховане при стандартен или утежнен риск, или отказ от застраховане.
6. Въз основа на Здравния въпросник Застрахователят има право да изиска допълнително медицински прегледи и/или изследвания при определен от Застрахователя лекар/ лечебно заведение, които завършват с медицински рапорт от лекаря на Застрахователя. Разходите за извършените прегледи и/или изследвания са за сметка на кандидата за застраховане.
7. Списък на подлежащите на застраховане лица - по образец на Застрахователя, който съдържа трите им имена, ЕГН и населено място по местоработата, професия и длъжност. Списъкът се изисква при сключване на семейни и групови договори.
8. Друга писмена информация, която Застрахователят може да изиска, ако е преценил, че тя има значение за оценката на естеството и степента на риска.
9. При сключване на индивидуалните и семейни договори лицата от 0 до 18 години и лицата над 65 години, се застраховат при условия на повишен здравен риск и специални клаузи, посочени в Тарифата на Застрахователя
10. На кандидатите за застраховане, при които е налице особено висок здравен риск, Застрахователят може да откаже сключване на застрахователен договор, като отказът не е задължително мотивиран.
11. Писменото предложение до застрахователя за сключване на застрахователен договор, Здравния въпросник с писмените отговори на застрахования, списъкът на Застрахованите лица (когато се изисква), настоящите Общи условия, анексите (добавъци) и други писмени договорености между страните, ако има такива са неразделна част от застрахователния договор.
12. Договорът за медицинска застраховка се сключва най-малко за срок от една година години 12 (дванадесет месеца), и най-много за срок от пет години, освен ако в него не е уговорено друго.
13. Договорът за медицинска застраховка влиза в сила след плащането на цялата дължима премия или на първата вноски от нея при договорено разсрочено плащане на премията, освен ако със закон е предвидено или в договора е уговорено друго.
14. Договорът за медицинска застраховка не може да влезе в сила и не поражда действие по отношение на Застрахователя, т.е. не възниква задължение за финансово обезпечаване на здравни услуги/стоки ако не е изпълнено условието по предходната алинея
15. Договорът за медицинска застраховка влиза в сила и отговорността на Застрахователя по него започва от 00,00 часа на деня, посочен в него за начало на срока, при условие че към тази дата е платена дължимата застрахователна премия или първата разсрочена вноски от нея и изтича в 24,00 часа на деня, посочен в него за край на срока.
16. В случаите на новозастраховани лица по вече сключен групов договор Отговорността на Застрахователя започва за всеки допълнително включен в поименния списък от 00,00 часа на деня, следващ деня в който за тях е платена застрахователната премия. В случаите по ал. 12 срокът на застраховката може да бъде по-кратък от една година, ако анекстът влезе в сила след датата на влизане в сила на договора, тъй като крайният срок на анекса не може да бъде по-дълъг от крайния срок на договора.
17. За лице постъпило на мястото на напуснало групата лице отговорността на Застрахователя започва от 00,00 часа на деня на постъпването без внасяне на допълнителна премия.

ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

Чл.29.

Всякакви изменения и допълнения в договора за медицинска застраховка се извършват само с нарочен анекс /добавък, подписан от Застрахования и Застрахователя.

Присъединяването на нови лица /вкл.членове на семействата на Застрахованите/, ако това е било предвидено в първоначално сключения договор, се извършва с нарочен анекс за присъединяване, придружен от списък на новите лица/членовете на семействата на Застрахованите, които ще бъдат застраховани по този договор.

Чл. 30.

- (1) Застрахователният договор се прекратява с изтичането на срока, за който е сключен, както и в случаите, предвидени в Кодекса за застраховането.
2. Застрахователният договор се прекратява автоматично;
 1. При смърт на Застрахования или Застраховачият, ако е физическо лице;
 2. При изпадане в неплатежоспособност, при обявяване в несъстоятелност или ликвидация на Застраховачия, ако Застраховачият е юридическо лице;
 3. По отношение на застрахованите лица, навършили приложимата за тях възраст;

Чл.31.

1. При групов договор за медицинска застраховка застрахователното правоотношение на застраховано лице автоматично се прекратява при прекратяване на трудов, мениджърски, граждански или друг договор между него и Застраховачия, на който договор е бил основан интересът на Застраховачия да застрахова това лице, като в този случай прекратяването на застрахователното правоотношение с лицето води до прекратяване на застрахователното правоотношение и с членовете на семейството на това лице.
2. С прекратяването на групов договор поради изтичане на срока му, автоматично се прекратява и анексът за присъединените допълнително лица/членове на семейства на застрахованите
3. Застраховката може да бъде прекратена предсрочно при следните случаи:
 1. В хипотезата на чл.24 и чл.25 от тези Общи условия.)
 2. По взаимно съгласие на страните, чрез отправено 15-дневно предизвестие от всяка една от страните, течащо от деня на получаването му. Съгласието се изразява в писмен вид под формата на анекс за прекратяване.
 4. Застрахованият/Застраховачият не може едностранно да прекратява договора за медицинска застраховка по реда на предходната алинея, когато е налице която и да е от следните хипотези:
 1. Застрахователят е изпълнил задълженията си по здравен пакет „Профилактика на здравето и предпазване от заболяване“ по отношение на повече от 60% от застрахованите при групови договори;
 2. До края на срока на договора остават по-малко от четири месеца;
 3. Ако общият размер на изплатените обезщетения надвишава 60% от внесената застрахователна премия.
 3. При прекратяване по реда на предходната алинея от която и да е от страните Застрахователят възстановява на Застрахования /инд. и сем. дог./ или на застраховачия /групови/ частта от застрахователната премия за неизтеклата част от договора, след приспадане на направените от Застрахователя административни и аквизиционни разходи, одобрени от КФН за обслужване на изтеклата част от договора и изплатените обезщетения по същия.

Чл. 32.

- (1) Ако застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, застрахователят може да прекрати договора. Той може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството.
- (2) В случая по ал. 1 застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
- (3) Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по ал. 2.
- (4) Когато в случаите по ал. 1 или 3 застрахователното събитие настъпи, застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелство по ал. 1 или 3 е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намалява съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да

се плати според реалния застрахователен риск.

- (5) Ако застрахованият е сключил договора чрез пълномощник или за сметка на трето лице, достатъчно е укритото обстоятелство да е било известно на застрахования или на пълномощника му, съответно на третото лице.

Чл. 33.

- (1) Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелство по чл. 362, ал. 1 от КЗ не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора.
- (2) Ако другата страна не приеме предложението по ал. 1 в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.
- (3) Ако договорът бъде прекратен, застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.
- (4) При настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяването на договора застрахователят не може да откаже плащане на застрахователно обезщетение или сума, но може да ги намалява съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНТЕРЕС

Чл. 34.

- (1) Недействителен е застрахователен договор, сключен при липса на застрахователен интерес, освен в случаите на бъдещ застрахователен интерес по смисъла на чл. 349, ал.3 ок КЗ
- (2) Застрахованият може да иска връщане на цялата платена премия или на платената част от нея при разсрочено плащане, освен ако е знаел или е трябвало да знае за липсата на застрахователен интерес.
- (3) Застрахователният договор се прекратява, ако интересът отпадне по време на неговото действие. Застрахователят има право да задържи частта от премията, съответстваща на изтеклия срок на застрахователния договор до неговото прекратяване.

Чл. 35.

Правата по застрахователния договор се погасяват с тригодишна давност считано от датата на настъпване на застрахователното събитие. По решение на Застрахователя застрахователно обезщетение може да се плаща и след изтичане на давностния срок.

СУБОРГАЦИЯ И ДАВНОСТ

Чл. 36.

1. С плащането от страна на Застрахователя по договора за медицинска застраховка, в случаите в които застрахователният риск е реализиран в резултат на виновно деяние на третото лице Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение. Застрахованият се задължава да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.
2. Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността на последния да упражни правата си.

РЕГРЕС

Чл.37.

Ако за застрахователното събитие носят отговорност трети лица, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу тях до размера на платеното обезщетение и направените разходи.

1. Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

Чл.38.

- 1.При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият има право, по реда и условията, посочени в застрахователния договор и настоящите Общи условия, да ползва здравни услуги и стоки, включени в обхвата и обема на договорените здравни пакети и в рамките на договорения лимит на отговорност.
2. Застрахованият има право да получи здравна/идентификационна карта от Застрахователя, в уговорения със застрахователния договор срок. Здравната карта легитимира Застрахования с правата по сключения застрахователен договор пред изпълнителите на медицинска помощ/доставчиците на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор. Здравната карта е персонална и Застрахованият няма право да я преотстъпва на други лица.

3. При медицинско застраховане чрез „Абонаментно обслужване“, Застрахованият има право да ползва здравни услуги/стоки при всеки един изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки на територията на Република България, с който Застрахователят е сключил договор за медицинско обслужване и който е включен в списъка, приложен към застрахователния договор.
4. Застрахованият има право да получава информация от Застрахователя за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, като в случаите на индивидуален договор получава тази информация в срок до 7 работни дни от промяната, а при семейни и групови договори в същия срок Застрахователят уведомява Застраховация, който от своя страна е длъжен да уведоми Застрахованите и ако тя не е получена от Застрахованите, Застрахователят не може да бъде държан в отговорност за това.
5. Застрахованият / Договорителят има право на достъп до личните си данни, както и право да искате коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.
6. Застрахованият има право да ползва здравни услуги/стоки само при изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки на територията на Република България, регистрирани съобразно българското законодателство и имащи право да осъществяват съответната дейност.
7. Застрахованият има право да получи от Застрахователя възстановяване в пари на извършените разходи за здравни услуги/ стоки по реда и условията предвидени в застрахователния договор и настоящите Общи условия.
8. Застрахованият има право да получава от Застрахователя писмена информация, относно правата и задълженията му по застрахователния договор и тези Общи условия, покритието на здравните пакети, реда и начина за ползване на здравни услуги/ стоки, както и за процедурата за възстановяване на разходи. В случаите, когато такава информация е предоставена от Застрахователя на Застраховация, но поради каквато и да било причина, тя не е получена от Застрахования (в случай, че са различни лица) Застрахователят не може да бъде държан в отговорност за това.
9. Застрахованият има право на запитване, молба или възражение по повод на движението и/или разглеждането на негова претенция за възстановяване на разходи или на позицията на Застрахователя по нея или по повод на възникнали проблеми, свързани с ползването на здравни услуги/стоки при абонаментно обслужване, като отправя същите устно - в лични срещи с оторизирани служители на Застрахователя или по телефона, и в писмена форма, когато това се изисква - по поща, електронна поща, факс и други.
10. Застрахованият има право да получава информация от Застрахователя единствено, само и във връзка с упражняването на собствените си права по договора. Единствено и само Застрахованият има правото да запознае или под каквато и да е форма да направи достояние пред своя Застраховател /в случай, че е различно от застрахования лице/ информацията за собствения си здравен статус или кореспонденцията, съдържаща такава информация.
11. Застрахованият има право на защита на личните данни, съхранявани и обработвани от Застрахователя за целите на застрахователния договор, при спазване на Закона за защита на личните данни.
12. Преди сключването на застрахователния договор Застрахованият, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер е длъжен да обяви точно и изчерпателно същественият обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят писмено е поставил въпрос.
13. По време на действието на застрахователния договор Застрахованият е длъжен да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на задължението по ал. 1 се прилагат разпоредбите на чл. 363 и чл.364 от КЗ
14. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес и да съобщи на Застрахователя новия си адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на застрахователя съобщенията, изпратени от него на адреса на застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от Застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.
15. Застрахованият е длъжен да полага грижи за собственото си здраве и да изпълнява дадените му лекарски препоръки и предписания, както и да не създава условия за неправомерно и/или злонамерено ползване на здравни услуги и стоки, които по силата на застрахователния дого-

вор се обезпечават финансово от Застрахователя.

16. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен в 7-дневен срок от узнаването да уведоми Застрахователя, освен ако в договора е предвиден друг подходящ срок.
17. Застрахования е длъжен да се свърже със Застрахователя и да съгласува с него процедурата за ползване на здравни услуги и стоки във всички случаи, когато:
 1. В рамките на 30 календарни дни, за едно и също заболяване се налага извършването на повече от един вторичен преглед при лекаря, извършил първичния.
 2. Когато се налага извършване на изследване, което вече е било провеждано през срока на застраховката, независимо кой лекар го е назначил и медицинските основания за неговото назначение и извършване.
 3. Има медицински показания за хоспитализация.
 4. При необходимост от превеждане в друго отделение/клиника на лечебното заведение или в друго лечебно заведение.
 5. При необходимост от влагане на медицински изделия по време на спешно или планово оперативно болнично лечение.
 6. При медицински показания за ползване на здравни услуги, които не са в обхвата на клиничната пътека по която се лекува.
 7. При медицински показания за физиотерапия, рехабилитация или санаториално лечение когато съгласно договора при хоспитализация застрахованият може да ползва подобрени битови условия и/или избор на лекар/екип за лечение.
 8. Се очаква разходите за здравни услуги/стоки да надхвърлят лимитите на отговорност на застрахователя.
 9. При амбулаторни операции, изискващи обща анестезия;
 10. При инцидентно стоматологично лечение;

Чл.39.

1. Застрахованият е длъжен да се легитимира с персоналната си здравна карта и лична карта-документ за самоличност във всички случаи когато ползва здравни услуги/стоки при изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за медицинско обслужване.
2. Застрахованият е длъжен да заплаща на изпълнителя на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки, частта от цената на услугите/стоките, съответстваща на размера на самоучастие, ако такова е договорено в застрахователния договор.
3. Застрахованият е длъжен да оказва съдействие на Застрахователя за изясняване на всички обстоятелства и факти, свързани с установяването на застрахователното събитие и във всички случаи когато такова съдействие е необходимо за при изпълнението на задължения на Застрахователя;
4. При загубване или унищожаване на здравната карта Застрахованият е длъжен да уведоми за това Застрахователя незабавно и не по-късно от 3 (три) дни , като му предостави писмена декларация за изгубена / унищожена карта и заплати такса за издаването на нова съгласно тарифата на Застрахователя.
5. Застрахованият /Застраховацият е длъжен да върне на Застрахователя здравната си карта при изтичане или прекратяване на застрахователния договор, независимо от причината за прекратяване, в срок от 10 работни дни, считано от датата на изтичане на срока/прекратяване на договора.
6. Застрахованият /Застраховацият е длъжен да възстанови на Застрахователя сумите, с които той е обезпечил разходи за здравни услуги/стоки в случаите на надвишаване на договорения лимит, при ползване на услуги/стоки извън договорения обем и обхват, както и при неправомерно ползване на здравни услуги/стоки, със здравна карта, извън срока на договора. При неизпълнение на задължението по предходното изречение Застрахователят прекратява застрахователното покритие по съответните пакети или застрахователния договор по отношение на този застрахован.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЦИЯ

Чл. 40.

1. Застраховацият има право след съгласуване със Застрахователя и заплащане на допълнителна застрахователна премия да разшири покритието по застрахователния договор като включи нови здравни пакети и/или допълнителни здравни услуги/стоки в обхвата на първоначално избраните пакети и/или да увеличи лимитите на отговорност по тях, по отношение на отделни или всички застраховани лица.
2. Да получава информация от Застрахователя за изменения и допълнения в списъка на изпълнителите на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за медицинско обслужване.

3. По пакет „Профилактика на здравето и предпазване от заболяване“ в случай на групов договор, да получи писмено потвърждение от Застрахователя за броя и списъчния състав на лицата, преминали на профилактични прегледи и изследвания.
4. Застрахователят има право да получава само обобщени статистически данни по изпълнението на договора за медицинска застраховка и информация за движението на документите и изпълнението на задълженията на Застрахования и Застрахователя по предявените претенции.
5. Застрахователят по групови договори няма право да получава каквато и да било информация за здравния статус на застрахованите от него лица. Информацията по конкретен казус по Пакет 1 „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване“ също не може да съдържа такива данни.
6. Застрахованият / Договорителят има право на достъп до личните си данни, както и право да иска коригирането им по реда и условията на Закона за защита на личните данни.
7. Застрахователят може да прекрати договора за медицинска застраховка при условията и реда, предвидени в него или в настоящите Общи условия.

Чл.41.

Застрахователят е длъжен:

1. Да заплати изцяло уговорената застрахователна премия или да заплати съответния размер на разсрочените вноски от нея на посочените в договора за медицинска застраховка падежи, като това задължение се отнася и за допълнителната застрахователна премия при разширяване на покритието или при увеличаване броя на застрахованите лица.
2. Изчерпателно, точно, коректно и в писмена форма да информира Застрахованите за правата и задълженията им по сключения застрахователен договор, условията и реда, при които те могат да упражняват правата си по него, както и за всяка промяна в първоначално приложението към договора списък с изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, за която е бил информиран от Застрахователя, или която е отразена в интернет страницата на Застрахователя и/или да предаде на застрахованите, получена от Застрахователя информация по конкретен казус.
3. Да връчи срещу подпис на Застрахованите, персоналната здравна карта, в срок до 5 дни от датата на която ги е получил от Застрахователя и в срок до 30 дни от тази дата да предаде обратно на Застрахователя писмените документи, удостоверяващи получаването на здравните карти от Застрахованите, както и в същия срок да върне на Застрахователя всички неполучени от Застрахованите здравни карти, независимо от причините за това.
4. При прекратяване на договора за медицинска застраховка, независимо от причините за това, да информира писмено и най-късно в деня, следващ деня на прекратяване всички Застраховани (вкл. членове на семейства), и да ги уведоми за това, че те повече нямат права по него, както и да събере обратно от Застрахованите (вкл. членове на семейства) персоналните здравни карти и да ги върне на Застрахователя в срок до 15 дни, считано от датата на прекратяване на договора. Същото задължение Застрахователят по групов договор има в случаите, когато по каквито и да било причини прекратява трудов, мениджърски или друг договор между него и Застрахования, вследствие на което договорът за медицинска застраховка се прекратява по отношение на този Застрахован.
5. В случай, че поради каквито и да било причини Застрахователят не изпълни задълженията си по тези Общи условия, вследствие на което Застрахования (вкл. член семейства) е ползвал здравни услуги/стоки и за Застрахователя е възникнало задължение да плати разходите по тях, Застрахователят е задължен да възстанови на Застрахователя всяка платена от последния сума за такива разходи, ведно със законната лихва върху нея от датата на плащането от страна на Застрахователя.
6. В случай, че поради неизпълнението на което и да е задължение по предходното изречение Застрахован е предявил претенция за възстановяване на направени от него разходи към Застрахователя последният има право да откаже плащането на такава претенция.
7. Да оказва съдействие на Застрахователя при изпълнението на задълженията му по застрахователния договор, когато такава съдействие е необходимо за изпълнението на тези задължения;
8. Да пази търговската тайна на Застрахователя и да не прави достояние пред трети лица всякаква информация за сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор за медицинска застраховка или всяка информация на Застрахователя за неговите тарифи и ценови условия и всяка друга информация във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора за медицинска застраховка, освен в случаите, предвидени със закон, както и да не прави достояние

пред Застрахованите ценовите условия и другите условия на договора за медицинска застраховка, които не се отнасят и нямат отношение към упражняването на техните права.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

Чл.42.

Застрахователят има право:

1. Да получава в размера и сроковете, посочени в застрахователния договор дължимата по него застрахователна премия, включително и премията, дължима поради разширяване на покритието и/или на изравняване поради промяна в броя на застрахованите лица, а при неизпълнение да приложи правото си да прекрати договора.
2. Да прави изменения и допълнения в списъка на изпълнителите на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които има договор за медицинско обслужване. Актуален списък на изпълнителите на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки се поддържа на интернет (уеб) страницата на Застрахователя – www.zknadejda.bg.
3. Да организира при точно определен от него изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки, ползването от застрахованите на здравни услуги/стоки, включени в Пакет „Профилактика на здравето и предпазване от заболяване“.
4. Застрахователят има право на информираност за здравословното състояние на Застрахования, вкл. да проверява дали ползването от Застрахования на здравни услуги/стоки е медицински целесъобразно.
5. Да проверява документите и фактите по предявените от Застрахования претенции за възстановяване на разходи и да изисква от него представянето на коректна, съгласно застрахователния договор и тези Общи условия документация.
6. При изпълнение на задълженията си по договорите за медицинска застраховка и за установяване и преценка на обстоятелствата и размера на предявената към него претенция Застрахователят има право да изисква от изпълнителите на медицинска помощ и от доставчиците на здравни стоки писмена информация и документи за изпълнената от тях здравна услуга или за доставената от тях здравна стока на застрахованото лице. Информацията по изречение първо включва диагноза, предписано лечение, медицинска документация относно лечението, лекарствени продукти, медицински изделия, консумативи и материали, вложени в лечението, вида и обхвата на услугата, действащия в изпълнителя или доставчика ценоразпис на услугата.
7. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Застрахования и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.
8. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които Застрахования не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.
9. При застрахователен договор със срок повече от една година Застрахователят има право, в началото на всяка застрахователна година да изиска от Застрахования/Застрахования представяне на нови здравни въпросници и/или извършване на медицински прегледи/изследвания.
10. Да въвежда, съхранява и обработва в информационната си система, необходимите за обслужването на застрахователния договор данни: за сключването и изпълнението на договора, за внесените застрахователни премии, и да поддържа лично досие на всеки Застрахован с данни за здравословното му състояние, за ползваните и/или закупени от Застрахования здравни услуги/стоки, както и за размера на възстановените разходи.
11. Застрахователят няма право, без изричното писмено съгласие на Застрахования, да разгласява станалите му известни лични данни, факти и обстоятелства, свързани със здравословното състояние на Застрахования, освен в случаите, предвидени със закон.
12. При изпълнение на задълженията си по договора за медицинска застраховка да изисква съдействие от страна на Застрахования/Застрахования, когато такава съдействие е необходимо за изпълнението на тези задължения;
13. Да откаже финансово обезпечаване и заплащане на здравни стоки/услуги във всички случаи когато е налице основание за това, предвидено в застрахователния договор, настоящите Общи условия, в закон или друг нормативен акт.

14. Да откаже на Застрахования/Застрахователя искана от тях информация, в случаите когато съгласно закона, договора и/или настоящите Общи условия същите нямат право да я получат.
Да измени или прекрати договора за медицинска застраховка при условията и реда посочени в него и/или в тези Общи условия
15. Застрахователят също така има право за оказвани допълнителни услуги като: вписване на нови данни и изменения в договора, регистриране на заложни права, внасяне на промени в застрахователната полица, издаване на дубликати и други да взема служебно-административна такса. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди оказването на услугата.

Чл.43.

Застрахователят има следните задължения

1. При настъпване на застрахователно събитие финансово да обезпечи здравните услуги/стоки, ползвани/ получени от Застрахования при абонаментно обслужване или да възстанови на Застрахования в пари наравените от него разходи за ползвани здравни услуги/закупени здравни стоки при спазването на закона, договора за медицинска застраховка и тези Общи условия, като при липсата на основание за това да откаже финансовото обезпечаване/възстановяване на разходи.
2. Да издаде персонална здравна карта на всеки Застрахован и да я предостави на Застрахования в уговорения срок (при групов договор чрез Застрахователя). Здравната карта съдържа трите имена на Застрахования, номер застрахователната полица, здравните пакети и нивата им на покритие, срока на застраховката и координатите на Застрахователя.
3. Застрахователят издава дубликат на изгубена или унищожена здравна карта в срок до 7 (седем) работни дни от получаването на попълнена декларация от Застрахования за изгубена/ унищожена карта. Таксата за издаване на дубликат на здравна карта е съгласно тарифата на Застрахователя и е за сметка на Застрахования.
4. При медицинска застраховка за „Абонаментно обслужване“ да предостави на Застрахователя/Застрахования списък с изпълнителите на медицинска помощ/доставчиците на здравни стоки, с които застрахователят има договор за медицинско обслужване и да ги уведомява в случай на изменения и/или допълнения в списъка в срока от 7 дни от датата на промяната/при групови договори чрез застрахователя.
5. Да предоставя на Застрахователя/Застрахования всяка информация или данни, които съгласно договора и настоящите Общи условия те имат право да получат, като я предоставя по реда и при условията, предвидени в тях.
6. Да отговаря на запитванията, молбите и възраженията на Застрахования/Застрахователя по реда и при условията, предвидени в застрахователния договор, по настоящите Общите условия и Вътрешните правила за уреждане на претенции по застрахователния договор. При постъпила писмена жалба от Застрахован, Застрахователят е длъжен в 7- дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението /чл.108, ал.6 от КЗ/
7. Да съхранява и обработва данните и информацията, съставляваща лични данни на Застрахованите в съответствие със Закона за защита на личните данни.
8. Да пази личната /търговска тайна на Застрахования/Застрахователя и да не прави достояние пред трети лица за съответния договор под каквато и да било форма, всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор или всякаква информация и данни за Застрахователя/ Застрахования, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И ПРОЦЕДУРИ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ. ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

Чл.44.

1. При условие на платена застрахователна премия Застрахователят при настъпване на застрахователно събитие извършва, в рамките на договорените лимити на отговорност, финансово обезпечаване на здравни услуги/ стоки, които са включени като вид, обхват и обем в договорените здравни пакети и са ползвани от Застрахования при спазване на реда и условията, посочени в договора за медицинска застраховка и настоящите Общи условия.
2. Застрахователят не покрива никакви други преки или косвени вреди и разходите за тях, в това число, но не само възникнали загуби, пропуснати ползи и други, които се явяват като последица от реализацията на покрит застрахователен риск.
3. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен в 7-дневен срок от узнаването да уведоми Застрахователя, освен ако в договора е предвиден друг подходящ срок. Застрахователят има право

да откаже финансово обезпечаване /плащането, ако Застрахованият не е изпълнил задълженията си в сроковете по ал. 1 и 2 с цел да попречи на Застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или неизпълнението е направило невъзможно установяването им от Застрахователя.

4. В случаите, когато с медицинската застраховка е договорено само „Абонаментно обслужване“ Застрахованият, при настъпване на застрахователното събитие ползва здравни услуги/стоки при изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за медицинско обслужване.
5. Здравните услуги/стоки се предоставят на Застрахования само в рамките на регламентираното работно време на съответния изпълнител/доставчик.
6. В случаите, когато към застрахователния договор, като неразделна част от него е приложен списък с изпълнители/доставчиците по ал.1 Застрахованият ползва здравни /услуги стоки само при посочените в списъка изпълнители/доставчици на здравни услуги/стоки.
7. Застрахованият може сам да избере изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки или да потърси съдействие от Застрахователя и да бъде подпомогнат в избора си, като се свърже със служителите в неговия Кол център.
8. Застрахованият може да ползва здравни услуги/стоки като посети директно избрания изпълнител/доставчик или предварително да уговори дата и час за посещението си при него, като се свърже по телефона с неговия координатор/ регистратура или с Кол центъра на Застрахователя.
9. При всяко посещение при изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки Застрахования задължително се легитимира пред него с валидна Здравна карта, издадена от Застрахователя и лична карта или друг документ за самоличност.
10. Застрахованият няма финансови взаимоотношения с изпълнителя на медицинска помощ/доставчика на здравни стоки, ако е ползвал здравни услуги/стоки до обем, обхват и лимити на отговорност, уговорени в застрахователния договор и същите са включени в договора за медицинско обслужване между Застрахователя и изпълнителя/доставчика.
11. Застрахованият заплаща на изпълнителя на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки, частта от цената на услугите/стоките, съответстваща на размера на самоучастие, ако такова е договорено в застрахователния договор.
12. В случаите, когато по медицински показания е необходимо Застрахования да ползва здравна услуга/стока, която не се предоставя от избрания изпълнител/доставчик или може да бъде предоставена, но не е включена в договора между Застрахователя и съответния изпълнител/доставчик, Застрахованият е длъжен да се свърже с Застрахователя, за да бъде насочен към друг изпълнител/доставчик, където може да ползва услугата/ стоката на абонаментен принцип или да получи разрешение и потвърждение от Застрахователя да ползва услугата на принципа на възстановяване на разходи. В случай, че Застрахования не изпълни това си задължение Застрахователят отказва финансово обезпечаване на ползваната услуга/стока и разходите за нея остават за сметка на Застрахования.

Чл.45.

Застрахователят не дължи и отказва финансово обезпечаване/ заплащане на всякакви услуги/стоки когато:

1. Ползваните от Застрахования здравни услуги/стоки са предоставени от изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки, който не е включен в регистъра/списъка на изпълнители/доставчици или е отпаднал при неговото изменение.
2. Към датата на получаване на услугите/ стоките персоналната здравна карта на Застрахования е с изтекъл срок.
3. Застрахованото лице не е изпълнило задължението си да се легитимира с персоналната си здравна карта и лична карта или се е легитимира с здравна карта на друго застраховано лице.
4. Застрахованият е ползвал услуги/получил стоки, които са изключени от покритие съгласно застрахователния договор и/или тези Общи условия.
5. Ползваните услуги/ стоки надвишават обхвата/обема на договорените здравни пакети и нива на покритие и/или надвишават договорените лимити на отговорност .
6. В случаите на отказ от Застрахователя да обезпечи финансово здравните услуги/стоки, поради някое от основанията на чл. Застрахованият е длъжен да заплати на изпълнителя на медицинска помощ/доставчика на здравни стоки ползваните услуги/получените стоки, а в случай, че Застрахователят е платил поради каквато и да е причина вместо него – да възстанови на Застрахователя платената от него сума, ведно със законната лихва от датата на плащането на Застрахователя към из-

- пълнителя на медицинска помощ/доставчика на здравни стоки.
7. При болнично лечение по клинична пътека не се възстановяват разходи за диагностични и терапевтични процедури, включени в алгоритъма на съответната клинична пътека.
 8. Когато застрахованото лице е закупило със собствени средства лекарствени продукти, които се заплащат изцяло от НЗОК. В случаите когато закупените лекарствени продукти се заплащат частично от НЗОК на възстановяване подлежат само суми в размера дължим от застрахованото лице.

Чл.46.

1. Застрахованите ползват здравни услуги:
 1. по Пакет 1 - „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване“, само след изрично предварително съгласуване между Застрахователя и Застрахования/Застрахования за определяне на изпълнителя на медицинска помощ, мястото и графика за провеждане, както и всички други детайли, свързани с организацията и реализирането на профилактичните дейности/доставката на здравни стоки. Постигнатите споразумения се оформят в писмен вид като анекс, който става неразделна част от застрахователния договор. Застрахователят обезпечава финансово ползването здравни услуги/стоки по този здравен пакет еднократно в рамките на застрахователния период.
 2. По Пакет “ Извънболнична медицинска помощ” Застрахователят извършва плащания за необходими от медицинска гледна точка услуги при извънболнична диагностика и лечение по лекарско предписание и медицински показания в следствие от настъпило заболяване, включващо :
 - 2.1. амбулаторно лекарско лечение от специалист-по медицински показания и от хабилитирани лица - след насочване от специалист. Застрахованият има право на един първичен и два вторични прегледа по медицински показания при лекар специалист за период от един месец за едно заболяване.
 - 2.2. клинично-лабораторни, клинично-инструментални и морфологични изследвания по лекарско направление и в обем, позволяващ диагностициране на заболяването, като хормонални изследвания могат да бъдат ползвани до два пъти в годината, до два хормона.
 - 2.3. Разходите за високоспециализираните медикодиагностични изследвания в т. ч компютърна томография, магнитно-резонансна образна диагностика и позитон-емисионна томография, ендоскопски изследвания, радиоизотопни, ангиографски, остеодензитометрия – в зависимост от нивото на покритие - за хоспитализирани и извънболнични пациенти се възстановяват в случаите, когато с конвенционални методи на изследване не може да се постави окончателна диагноза. Разходите за тези методи се покриват и възстановяват до един път в една застрахователна година за едно заболяване по медицински показания и лекарско назначение и след съгласуване със застрахователя ЗК"Надежда"АД; манипулации-назначени от лекар;
 - 2.5. физиотерапевтично лечение по лекарско предписание-еднократно в застрахователната година до един курс до 10бр. процедури при пълен пакет, и до два лечебни курса до 16бр. процедури при пакет лукс;
 - 2.6. амбулаторни хирургически операции;
 - 2.7. проследяване на нормална и рискова бременност в едно и също лечебно заведение, след регистрация с карта за профилактика на бременността от наблюдаващ лекар специалист, по медицински стандарт АГ на програма Майчинско здравеопазване и след предварително съгласуване със ЗК"Надежда"АД;
 3. По Пакет “ Болнична медицинска помощ” Застрахователят извършва плащания на разходи за здравни услуги поради заболяване, при стационарен болничен престой по лекарско предписание, включващ:
 - 3.1. хоспитализация в болнично заведение в стая с две, три и повече легла;
 - 3.2. преглед и назначаване на лечение от дежурен или лекуващ лекар;
 - 3.3. лечение, хирургически операции и раждане, без избор на екип;
 - 3.4. скъпоструващи медицински консумативи, веднъж в застрахователната година по медицински показания, и вложени(използвани) за едно заболяване през време на медицинското лечение на застрахованото лице по предназначение и медицински показания;
 4. По Пакет “ Рехабилитационни услуги” Застрахователят покрива разходи един път в застрахователната година за стационарна рехабилитация в специализирани болници или отделения на болници за рехабилитация по лекарско предписание и медицински показания, което е единствено и само продължение на възстановителен процес след болнично лечение за прекарано остро заболяване в срок до 30 дни след дехоспитализацията на застрахованото лице. Рехабилитационното лечение трябва да е назначено в епикриза за проведеното болнично лечение и да е започнало след приключване на стационарното лечение.
2. При договорена форма на медицинско застраховане „Възстановяване

- на разходи”, Застрахованият, при настъпване на застрахователното събитие ползва здравни услуги/стоки при свободно избрани от него изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят няма сключен договор за медицинско обслужване и има право на възстановяване в пари, изцяло или частично на направените разходи. Ползването на здравни услуги/стоки при изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които застрахователят е в договорни отношения се извършва на абонаментен принцип.
3. В срок до 7 дни, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие Застрахованият писмено предявява претенцията за възстановяване на направените разходи като потвържда Уведомление за щета – образец на Застрахователя, към което задължително прилага медицински и финансови документи, доказващи вида, обхвата и обема на здравните услуги/стоки, медицинското основание за ползването/закупуването им, както и размера на разхода, направен за всяка една от тях.
 4. За дата на застрахователното събитие се счита датата на амбулаторния лист/епикриза, издаден от съответния изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки.
 5. Финансовите документи - фактура и фискален бон/платежно нареждане/ - се представят в оригинал и трябва да отговарят на следните изисквания:
 - Да са издадени без поправки и корекции и да съдържат реквизити, в съответствие със Закона за счетоводството и другите нормативни актове.
 - Фактурата да е издадена на името на Застрахования, като в нея задължително да са вписани конкретните наименования на здравните услуги/стоки, количеството, вид и единичната цена на всяка една от тях, както и общата им стойност.
 - Датата на финансовите документи да не предхожда датата на ползване на услугата/закупуване на стоката.
 - Да съществува съответствие между фактурата и придружаващата я фискалната касова бележка /фискален бон/.
 6. Медицинските документи – Амбулаторен лист, Епикриза, Медицинско направление/искане, Фиш с резултат от изследване, Рецептурна бланка, Медицински протокол и др./ се представят в оригинал и трябва да отговарят на следните изисквания:
 - Да са издадени в съответствие с действащото законодателство, медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика.
 - Да са издадени на името на Застрахования и да съдържат присъщата за съответния вид документ здравна информация и задължителни реквизити, като дата на издаване, име подпис и печат на издаващия ги лекар/лечебно заведение, подпис на застрахованото лице.
 - В случаите, когато по обективни причини медицинските документи не могат да бъдат представени в оригинал се представя копие от тях, което е заверено с оригинален подпис и мокър печат на лекаря/лечебното заведение или върху което застрахования писмено декларира и се подписва, че е копие и е вярно с оригинала.
 7. Застрахователят завежда всяка предявена претенция под вх.№, срещу който Застрахованият има право да получи информация от Застрахователя за движението, разглеждането и санкцията по предявената от него претенция.
 8. В случай, че срокът по чл.46 ал. 3 за предявяване на претенция към Застрахователя не е спазен, Застрахованият следва да изложи в писмен вид причините за закъснението. Независимо от основателността на тези причини, Застрахователят завежда предявената претенция и в случай че установи обективност на причините, които са възпрепятсвали спазването на срок по чл. той може да удължи срока до не повече от 15 календарни дни, считано от датата на застрахователното събитие.

Чл.47.

- Застрахованият доказва настъпването на всяко застрахователно събитие и размера на направените в резултат на това разходи, като представя медицински и финансови документи, в зависимост от вида на ползваните здравни услуги/ стоки както следва:
- За медицински преглед/консултация: амбулаторен лист с данни от прегледа, назначени/извършени консултации и изследвания, поставена диагноза, предписано лечение; фактура и фискален бон.
 - За медицинско изследване: амбулаторен лист с данни от прегледа, назначени/извършени консултации и изследвания, поставена диагноза, предписано лечение медицинско направление от лекаря назначил изследването, резултат от проведеното изследване, фактура и фискален бон.
 - За болнично лечение: Епикриза, фактура и фискален бон,
 - За физиотерапия, рехабилитация и/или санаториално лечение: амбулаторен лист с данни от прегледа, епикриза, назначени/извършени

консултации и изследвания, поставена диагноза, предписано лечение Медицинско направление за провеждане на физиотерапия, рехабилитация и/или санаториално лечение, епикриза, картон с отразени физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон.

- За дентални услуги – панорамна снимка, амбулаторен лист с описание на установения при прегледа зъбен статус, както и проведените лечебни процедури и манипулации, сегментни снимки, фактура и фискален бон
- За лекарствени продукти - Амбулаторен лист/епикриза с данни от прегледа, назначени/извършени консултации и изследвания, поставена диагноза, предписано лечение; рецепта бланка на МЗ и/или НЗОК/МЗ за предписаните лекарства, фактура и фискален бон.
- За помощни средства и/или медицински изделия/консумативи: Амбулаторен лист Амбулаторен лист/епикриза с данни от прегледа, назначени/извършени консултации и изследвания, поставена диагноза, назначени изследвания, предписано лечение; медицински протоколи, рецепта, фактура и фискален бон, копие от баркода на пликите за закупени диоптрични стъкла. В случай, че консумативът се заплаща частично от НЗОК и частично от пациента – заверено копие от „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека“ в т.ч. с посочени търговец, стойност за заплащане от НЗОК, стойност доплатена от пациента и стикер с фабричен номер на медицинското изделие; В случай, че консумативът се заплаща изцяло от пациента – Заверено копие от Декларация за информираност и съгласие на пациента по отношение източника на заплащане за диагностика и лечението на неговото заболяване в т.ч. с попълнени данни за скъпоструващи медицински изделия. Фактурата и фискалният бон за консуматива следва да са издадени от лечебното заведение в което е извършена оперативната интервенция.
- За избор на лекар/ екип - Епикриза, заявление за избор на лекар/екип, копие от оперативен протокол, фактура и фискален бон
- За санитарен транспорт, допълнителни грижи и специализирани услуги: Амбулаторен лист/епикриза, и други документи, който удостоверяват необходимостта от услугата и нейното предоставяне, издадени от изпълнител на медицинска помощ.
- За ползвани по време на болнично лечение подобрени битови условия: Епикриза, Удостоверение, че услугата е ползвана, издадено от изпълнителя на медицинска помощ с подпис и печат на същия.

Чл.48.

1. Когато всички изискуеми документи посочени в ал.1 не са представени или представените от тях не отговарят на изискванията на нормативен акт или тези Общи условия, или Застрахователят прецени, че са необходими допълнителни доказателства за установяване на основанието и размера на претенцията, той може в срок до 15 работни дни от датата на получаване на първоначално представените документи да изиска представянето допълнителни доказателства, за което писмено уведомява Застрахования. В тези случаи Застрахованият е длъжен да представи изисканите документи в срок до 15 дни, от датата на получаване на писменото уведомление.
2. До представяне на всички необходими документи срокът за възстановяване на разходите /обезщетение/ спира да тече.
3. Застрахователят се произнася по застрахователната претенция в срок до 15/петнадесет/ работни дни от представянето на всички доказателства, като:
 - a/ определил и изплати размера на обезщетението или застрахователната сума, или
 - b/ мотивирано откаже плащането
4. Застрахователят заплаща на Застрахования подлежащите на възстановяване суми в срок до 15 /петнадесет/ работни дни, считано от датата на представяне на всички необходими документи, установяващи основанието и размера на направените разходи.
- 4.2. Уведомяването на застрахованото лице се извършва по избран от него начин при подаване на уведомлението за щета. В случай, че застрахованото лице не е избрало начин на уведомяване Застрахователят го уведомява чрез писмо с обратна разписка.
- 4.3. Застрахованото лице се счита за уведомено от датата на публикуване на информацията в електронното му досие, от датата на изпращане на имейл и от датата на получаване на писмо с обратна разписка.
5. Всички документи по предявяване на претенция се подават лично от застрахования /негов законен представител/ или се изпращат по поща/куриер на адреса на Централното управление на Застрахователя или онлайн адреси, посочени в застрахователния договор.
6. Набавянето и представянето на документите е задължение на Застрахования и всички разходи, свързани с тях са за негова сметка, с изключо-

чение на документите по образец на Застрахователя, които се предоставят при сключване на застрахователния договор.

7. Уведомлението за възстановяване на разходи, както и всички приложения към него медицински и финансови документи не подлежат на връщане на Застрахования дори възстановяването на разходи/ плащането по претенцията/ да е изцяло или частично отказано от Застрахователя.
8. Връщане на документи е възможно само въз основа на изрична писмена молба/искане от Застрахования, отправена до Застрахователя, като в този случай оригиналите на документите се предават на Застрахования чрез приемно-предавателен протокол, а към преписката по молбата/искането се прилагат копия от върнатите документи, върху които застрахования писмено декларира и се подписва, че е получил оригинала.

Чл.49.

1. Възстановяването в пари се извършва в съответствие с договорените здравни пакети, нивата им на покритие, лимитите на отговорност и процента самоучастие и се прилага в следните случаи:
 1. Ползването на здравните услуги/закупуването на здравни стоки е наложено поради застрахователно събитие, настъпило в срока на договора за медицинска застраховка.
 2. Разходите за здравни услуги/стоки са извършени през срока на договора за медицинска застраховка
 3. Застрахователят няма сключен договор с изпълнител на медицинска помощ/доставчик, предоставил на Застрахования на здравни услуги/стоки.
 4. Здравните услуги/стоки са включени като вид, обхват и обем в покритието на застраховката, но не се предлагат от изпълнителите на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за медицинско обслужване – при абонаментно обслужване.

Чл.50.

1. Застрахователят възстановява на застрахования разходи за два броя диоптрични стъкла/лещи еднократно в рамките на една застрахователна година, когато същите са предписани от лекар с цел корекция на зрението поради доказана промяна в диоптъра с над 0,50 и са закупени/получени от застрахования в срок до 15 дни, считано от датата на предписването им.
2. Застрахователят възстановява на застрахования разходи за лекарствени продукти, предписани от лекар при наличие на медицински показания и съгласно терапевтичните им характеристики и закупени от застрахования в 7 дневен срок от датата на предписване. Застрахователят възстановява разходи за закупени лекарствени продукти/медицински изделия, заплащани частично от НЗОК само в частта им заплатена от Застрахования и когато същите са предписани по реда и условията на действащия НРД, върху бланка на НЗОК/МЗ.
3. Застрахователят възстановява на застрахования разходи за медицински изделия, вложени при оперативно болнично лечение, когато същите не се заплащат от НЗОК в размер на 20 процента от стойността, заплатена от застрахования.
Когато ползваните здравни услуги са от обхвата на задължителното здравно осигуряване Застрахователят възстановява разходите за тях по цени на действащия НРД.
4. В случай на смърт на Застрахования, след като е получил здравни услуги/ стоки, покрити от медицинската застраховка, Застрахователят възстановява разходите за тях на законните наследници на Застрахования.

Чл.51.

По настоящите Общи условия не подлежат на възстановяване от Застрахователя разходи за:

1. Здравни услуги/ стоки, които са изключени от покритие съгласно застрахователния договор и тези Общи условия.
2. Здравни услуги/ стоки, чийто обхват и/или обем надвишава договорения в здравните пакети и нива на покритие и/или разходите за тях надвишават договорените лимити на отговорност.
3. Разходи за Здравни услуги/стоки, направени от Застрахования преди влизане в сила на договора за медицинска застраховка, вкл. и в случаите, когато здравните услуги/стоки са ползвани/закупени преди влизането в сила на договора, а претенцията на Застрахования за тях е с дата следваща датата на влизането на договора в сила.
4. Продукти, които не са включени в Регистъра на лекарствените продукти на Изпълнителната агенция по лекарствата, и не са получили разрешение за употреба в страната съгласно Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и Регламент (ЕО) № 726/2004 на Европейския парламент и Съвета.

5. Лекарствени продукти, които не са закупени в срок до 7 (седем) дни диоптрични стъкла/лещи, които не са закупени в срок до 15 (петнадесет) дни считано от датата на издаване на рецептата с изключение на лекарствени продукти предписани на бланка по НЗОК.
6. Лекарствени продукти и/или медицински изделия, които се реимбурсират на 100% от НЗОК/МЗ по линия на задължителното здравно осигуряване или на друго нормативно основание.
7. Количеството от предписан лекарствен продукт, надвишаващо количеството, необходимо за 30 дневен курс на лечение.
8. Болнично лечение /при форма на абонаментно обслужване/, когато Застрахованият е ползвал здравни услуги по повод заболяване, бременност и раждане, за което съответното болнично лечебно заведение няма действащ договор с НЗОК и не е получил за това предварително писмено съгласие от Застрахователя.
9. Застрахователят не дължи възстановяване на направени разходи за здравни услуги и стоки, когато Застрахованият при предявяване на претенция по договор за медицинска застраховка не е представил необходимите документи, съгласно настоящите Общи условия и сключения договор, като и когато не е представил в срока по чл.48, ал.1 исканите от застрахователя допълнителни доказателства.

Чл. 52.

1. В случаите когато Застрахователят/Застрахованият при сключване на договор за медицинска застраховка и/или при ползване на здравни услуги/стоки при абонаментно обслужване и/или при предявяване на претенция за възстановяване на разходи при настъпило застрахователно събитие си е послужил с измама или заблуда, всички плащания от страна на Застрахователя по застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.
2. Ако по отношение на едно и също застрахователно събитие са приложими различни застраховки, сключени с различни застрахователи, настоящият Застраховател дължи обезщетение само за частта от покритите разходи, пропорционална на отношението на застрахователната сума по настоящата застраховка и сбора на застрахователните суми по всички застраховки.
3. Ако Застрахованият получи обезщетение от трети лица, носещи отговорност за застрахователното събитие, отговорността на Застрахователя се намалява с размера на полученото обезщетение.
4. При изплащането на застрахователна сума Застрахователят има право да удържи всички вземания, които има срещу Застрахования по договора.
5. Сроковете за изплащане на обезщетенията и погасяване на задълженията са съобразно изискванията на Кодекса за застраховането и Закона за задълженията и договорите.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.53.

Договорът за медицинска застраховка, тези Общи условия, всички приложения към договора, анексите към него и приложенията към тях, в своето цяло, съдържат условията на договора и са неразделни една от друга негови части.

1. Заглавията на разделите в тези Общи условия са само указателни, с оглед систематизацията им и само от тях не могат да се правят изводи относно наличието или липсата на право или задължение на някоя от страните, нито пък може да се извлича каквато и да било уредба на отношенията между страните, ако тези изводи не следват или не се опират на конкретна клауза на тези Общи условия.
2. Съгласно тези Общи условия Застрахователят не е изпълнител на медицинска помощ/доставка на здравни стоки, поради което той не носи вина и не може да бъде държан отговорен от Застрахования/Застраховация за качеството на здравните услуги/стоки, сроковете на тяхното изпълнение/доставка или за каквито и да било проблеми, свързани с обслужването от изпълнители на медицинска помощ/доставчици на здравни стоки. Застрахователят може да окаже съдействие за изясняване на причините за тяхното възникване, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ/доставчик на здравни стоки и закона.
3. За броевете на сроковете по договора за медицинска застраховка и тези Общи условия, когато изрично не е указано друго в тях се прилага

чл.72 от Закона за задълженията и договорите. Навсякъде, където сроковете по договора за медицинска застраховка и тези Общи условия са определени в дни се имат предвид календарни, а не работни дни, освен ако изрично не е посочено друго.

4. Всяка от страните по договора за медицинска застраховка е длъжна писмено да съобщи на другата страна за всяка направена от нея промяна в посочените в договора данни за фирмата /наименованието, седалището и адреса на управление, адреса за кореспонденция, структурното звено, служителя или адреса, електронния адрес или номера на факса за контакт. В случай, че това задължение не е изпълнено, независимо от причините за това, всички уведомления, предизвестия, запитвания, възражения, молби или каквато и да било друга писмена кореспонденция, която е изпратена от другата страна на посочените в договора структурно звено служител, адрес, ел.поща или факс се считат за връчени с всички последици от това. До получаване от Застрахователя на съобщението от Застрахования / Застраховация за промяна на адрес/е-mail на Застрахования / Застраховация, съответните съобщения се изпращат до адреса/е-mail, посочени в застрахователния договор, като същите се смятат за връчени и получени от Застрахования / Застраховация с всички предвидени в закона или договора правни последици.
5. В договора за медицинска застраховка Застрахователят изрично посочва желанието си да получава лично или чрез оторизиран от него застрахователен посредник кореспонденцията по обслужване на договора. В случаите на изрично заявено желание това да става чрез оторизиран от него застрахователен посредник, то всяка кореспонденция, връчена на последния от Застрахователя се счита за връчена на застрахования с всички последици от това и застрахователят не може да бъде държан отговорен в случаите, в които същата не е предадена от застрахователния посредник на Застрахования и от това последният е загубил или просрочил упражняване на права или изпълнение на задължение по договора. В случай, че застрахователят е оторизирал застрахователен посредник по договора, последният изцяло е обвързан със задължението по предходната точка и последиците от неизпълнението на това задължение обвързват Застраховация. Тази разпоредба не се прилага при предоставянето на каквато и да било информация, свързана със здравния статус на застрахованите лица, която може да се изпраща или предоставя само и единствено на Застрахования за който тя се отнася.
6. Всички пощенски такси, изплатени от застрахователя за уведомяване на застрахования за просрочени премии други задължения или за банкови трансакции, свързани с възстановяване на разходи, трябва да бъдат обезщетени на Застрахователя от Застрахования. Ако не са уредени по-рано, се удържат от сумата при окончателното плащане по застраховката.
7. За погрешно или неправилно внесени застрахователни премии или взноси от тях, както и за несвоевременно получени застрахователни суми и обезщетения, Застрахователят не дължи лихви.

Чл.54.

Съгласно чл.19, ал.1 от Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД), Застрахователят уведомява Застрахования, че Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра на Комисията за защита на личните данни;

1. Предоставените от Застрахования / Договорителя лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договор;
2. При спазване изискванията на закона, личните данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни" по смисъла на §1, т.3 от ЗЗЛД; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели;
3. Със сключване на договора за медицинска застраховка, Застрахованият / Застрахованият дава изричното си съгласие личните данни, предоставени от него, да бъдат обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка.
4. Взаимотношенията между страните се уреждат с тези Общи условия, с договора за медицинска застраховка и с всички приложения и допълнения към него.
5. Всички въпроси и спорове, породени от действието или тълкуването на договора за медицинска застраховка и /или тези Общи условия и/или приложенията и анексите към договора се разрешават чрез преговори между страните, а при невъзможност за постигане на съгласие – от компетентния български съд.

ТЕРМИНИ И ДЕФИНИЦИИ

По смисъла на тези Общи условия, посочените по-долу термини имат следното значение:

Застрахован: Физическо лице, в полза на което е сключен договор за медицинска застраховка.

Застраховач: Физическо или юридическо лице, което сключва със Застрахователя договор за медицинска застраховка и поема задължението да плаща застрахователна премия.

Застраховател: ЗК "Надежда" АД, притежаващо лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

Застрахователна полица: Писменият документ, който е подписан от Застрахователя и Застрахования и в който са уговорени индивидуалните условия по медицинската застраховка.

Застрахователен риск: Обективно съществуващата вероятност за възникване на събития и условия, свързани със здравето на Застрахования, осъществяването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на Застраховането.

Застрахователно събитие: Реализирането на покрит застрахователен риск през срока на застраховката/застрахователния период/, пораждащо необходимост Застрахования да ползва здравни стоки/ услуги, които по силата на медицинската застраховка Застрахователят обезпечава финансово с изключение на същите описани в чл. 13, т.1. на тези Общи условия.

Срок на застраховката: (застрахователен период) периодът, през който Застрахователят покрива застрахователния риск и началото и края, на който са посочени в застрахователната полица.

Членове на семейството: са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си - до 26-годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни - независимо от възрастта.

Членове на домакинство: са лицата без оглед на родствената връзка помежду им, живеещи заедно в обособени жилищни помещения и имащи общ бюджет.

Нормален здравен риск: състояние, при което Застрахованият е в добро физическо и психическо здраве, без предходно състояние, което да налага продължаващо медицинско наблюдение и/или лечение.

Здравен пакет: група от регламентирани по вид, обхват и обем здравни услуги и стоки, които Застрахованият може да ползва при настъпване на застрахователно събитие и които се обезпечават финансово от Застрахователя, съгласно застрахователния договор.

Обхват на здравни услуги и стоки: Съвкупност от конкретните видове здравни услуги/ стоки, включени в здравния пакет.

Обем на здравни услуги и стоки: Количеството (броят) от даден вид здравна услуга/ сток, включено в здравния пакет.

Заболяване: Съвкупност от оплаквания и клинични прояви породени от временни или трайни структурни и функционални изменения на организма, диагностицирани и/или лекувани в лечебно заведение и регистрирани в официален медицински документ, в съответствие на българското законодателство.

Хронично заболяване: заболяване или определен вид медицинско състояние, което се е развило във времето бавно и постепенно, като е станало постоянно или е с продължителност 3 и повече месеци и изисква медицинско наблюдение, диагностично проследяване, лекарствено или друго лечение в дългосрочен план;

"Специализирано обгрижване": оказването на помощ от медицинска сестра, рехабилитатор или от друго квалифицирано лице, която има за цел да спомогне на процеса на оздравяване.

"Палиативни грижи": грижи за облекчаване състоянието на неизлечимо болни и които не са предназначени или не могат да доведат до оздравяването им.

Злополука: Събитие, настъпило не по волята на застрахования, което в резултат на внезапни и непредвидени въздействия или причини от външен произход е довело до телесно увреждане или смърт на застрахования.

Изпълнител на медицинска помощ (лекар, лечебно заведение): е физическо или юридическо лице, регистрирано по Закона за лечебните заведения и имащо право да извършва здравни услуги

Лекар: е физическо лице, което е придобило по законоустановения ред образователно-квалификационната степен "Магистър по медицина" и "Магистър по дентална медицина (стоматология)" и има право да упражнява медицинска дейност/ професия.

Дентална помощ: система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, предоставяни от лекар по дентална медицина

Доставчик на здравни стоки: търговец, регистриран по Търговския закон, който има право да доставя дистрибутира или продава здравни стоки

Предварително съществуващо/ Предходно състояние: Всяко състояние на Застрахования в резултат на Заболяване, Злополука или друго медицинско състояние, възникнало или причинено преди сключване на застрахователния договор и за което той е знаел, независимо дали търсил или получил медицинска помощ за диагностика и/или лечение

Хоспитализация: (болничен престой, стационарно лечение) е непрекъснат престой за повече от 24 (двадесет и четири) часа на Застрахования в болница, по лекарско предписание, за извършване на изследване, наблюдение или лечение. Стационарното лечение не може да надвишава повече от 12 месеца общо за всяко едно застрахователно събитие,

Лекарствен продукт: е продукт, който е разрешен за употреба в Република България и е регистриран в Изпълнителната агенция по лекарствата, съгласно Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Медицински документ: документ, съдържа здравна информация за Застрахования, и е издаден от изпълнител на медицинска помощ, в съответствие с изискванията на нормативната уредба в Република България. Като носител на информацията документът може да бъде на хартия, фотолента, магнитен или оптичен диск, магнитна лента, и др. и може да съдържа текст и/или, изображения.

Здравна информация: са личните данни, свързани със здравословното състояние, физическото и психическото развитие на Застрахованите лица, както и всяка друга информация, съдържаща се в медицинските рецепти, предписания, протоколи, удостоверения и в друга медицинска документация.

Спешно състояние: Остро или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, която изисква незабавна медицинска помощ за предотвратяване на смърт; тежки или необратими морфологични и функционални увреждания на жизнено значими органи и системи; усложнения при родилки, застрашаващи здравето и живота на майката или плода.

Членове на семейството: са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си - до 26-годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни - независимо от възрастта.

Членове на домакинство: са лицата без оглед на родствената връзка помежду им, живеещи заедно в обособени жилищни помещения и имащи общ бюджет.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Настоящите общи условия са установени на основание чл.348 от Кодекса за застраховането и са приети на основание лиценза на Застрахователя по т.1 и 2 от Раздел II, буква А на Приложение 1 към Кодекса за застраховането.

Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в приложенията към нея.

С влизането в сила на тези условия се прекратява валидността на Общите условия за медицинска застраховка от 07.01.2013 г.

Настоящите общи условия са приети от Съвета на Директорите на ЗК „Надежда“ АД на 26.03.2014 г., влизат в сила от 27 март 2014 г., изменени и допълнени на 28.1.2016г.

Днесг., долуподписаният/ата

получих подписан екземпляр от Общите условия към полица

№
и съм съгласен/на с тях.

Предал: ЗК „НАДЕЖДА“ АД
/подпис/

Приел:
/подпис/