

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

ГЛАВА ПЪРВА. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. По реда на тези Общи условия за Медицинска застраховка, наричани за краткост Общите условия и представляващи неразделна част от Застрахователния договор за Медицинска застраховка, ЗД „ОЗОК Инс“ АД застрахова физически лица за рисковете и при условията, описани по-долу.

РАЗДЕЛ I. Определения

Чл.2. По смисъла на настоящите Общи условия:

1. Застраховател е ЗД „ОЗОК Инс“ АД

2. Застрахован е физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор.

3. Застраховач/Договорител: Физическо или юридическо лице, което сключва застрахователния договор със застрахователя и плаща определената в договора премия. Лицето, което е сключило договора и на чието име е направена застраховката е притежателят на полицата.

4. Застрахователно събитие е необходимото от медицинска гледна точка лечение на застрахования поради болест или последици от злополука. Застрахователното събитие започва с началото на лечението и приключва, когато, съгласно медицинското заключение, необходимост от лечение вече не съществува. Ако лечението трябва да се разпростире върху болест или последици от злополука, които не са в причинна връзка с досега лекуваната (ите) болест (и) или последици от злополука, то в това отношение възниква ново застрахователно събитие. Раждането, включително медицинските прегледи, необходими поради бременността, както и свързаното с това необходимо от медицинска гледна точка лечение, също се счита за застрахователно събитие.

5. Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за застрахованата произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, а не от болест, заболяване или постепенен физически или умствен процес, настъпило през срока на застраховката и против неговата воля, което в срок до една година от датата на настъпването причинява на застрахования телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне).

6. Заболяване е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

7. Болест е аномално според общопризнатото ниво на медицинската наука телесно или душевно състояние.

8. Предварително съществуващо заболяване или състояние е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом: за който са били потърсени, или получени, или са били предвидими, лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране, от страна на застрахованото или ползващото се лице 12 месеца преди началото на полицата за застрахованото лице, или чийто произход е от, или за което застрахованото лице е знаело, че съществува, 12 месеца преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.

9. Хронично заболяване е болест или нараняване, което притежава един или повече от следните признаци: за него не е известно признато лечение; продължава за неопределено време; повтаря се или е вероятно да се повтори; постоянно е; изисква палиативно лечение; изисква дългосрочно наблюдение, консултации, прегледи, контролни прегледи или изследвания; трябва да бъдете рехабилитирани или специално обучени, за да се справите с него.

10. Болница е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото законодателство, в държавата, в която се намира, работещо изключително според общопризнатото ниво на медицинската наука, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Не са „болница“ специализирани здравни заведения за лечения на хроничноболни, алкохолици, наркомани, както и профилактични и почивни здравни заведения, домове за социални грижи.

11. Хоспитализация /болничен престой, стационарно лечение/ е непрекъсваем минимум 24-часов престой на застрахования в болница, необходим от медицинска гледна точка и по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение. Стационарното лечение не може да надвишава повече от 12 месеца общо за всяко едно застрахователно събитие. Болничният престой не

се счита за необходим от медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на Застрахования.

12. Медицинско лечение е това лечение, което отговаря на общоприетите норми на медицинската наука за възстановяване на здравословното състояние, подобряване на състоянието или предотвратяване на влошаването му.

13. Разходи за хирургическо лечение са хонорарите на опериращия хирург, анестезиолога, асистиращите при операцията лекари, операционни сестри и друг обслужващ персонал, включително при предварителното и последващо лечение преди и след операцията, както и включените отделно в сметката материални разходи с изключение на разходите за апарати, които заместват органи или поддържат функционирането им.

14. Лекарства и медикаменти по рецепта - продукти, които могат да бъдат обозначени като медикаменти по силата на местното законодателство (включени в Списъка на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание на Изпълнителна агенция по лекарствата) и които са били предоставени по нареждане на общопрактикуващ лекар, лекар-специалист или стоматолог. Недопустими за обезщетение са разходи за лечебна и минерална вода, медицински вина, хранителни продукти и добавки, възстановителни продукти, тонизиращи средства, гериатрични средства, медицинска козметика, слабители средства и средства за отслабване, витамини, контрацептиви и всички нерегистрирани лекарства.

15. Скъпоструващи медикаменти и консумативи при болнично лечение са медицински изделия с единична стойност над 200 лева, които НЗОК не покрива по клинична пътека.

16. Медицински разходи са всички разумни и необходими разходи, направени във връзка с медицинско или хирургическо лечение на медицинско състояние, оказано от лекар и/или хирург, радиолог (рентгенолог) или друг специалист, към когото застрахованото лице е било препратено.

17. Разумни и обичайни разходи - под този израз се разбира средната сума, начислена във връзка с валидни разходи за услуги или лечение, определени въз основа на опита и практиката на застрахователя и подкрепени от независимо трето лице, което е практикуващ лекар - специалист или държавен здравен орган.

18. Изпълнител на медицинска помощ е физическо или юридическо лице, което е регистрирано в съответствие със Закона за лечебните заведения и има право да извършва здравни услуги.

19. Изпълнител на дентална помощ е физическо или юридическо лице, което е регистрирано в съответствие със Закона за лечебните заведения и има право да извършва дентални услуги

20. Самоучастие е частта от разходите, за които застрахованото лице остава отговорно, при условията, посочени в застрахователния договор. Застрахованото лице трябва да плати самоучастието си във връзка с всяко отделно събитие, водещо до предявяването на иск за щета.

21. Превишение/франшиз е първата сума на всеки отделен иск, която сума е отговорност на застрахованото лице, преди обезщетенията по тази полица да станат дължими.

22. Членове на семейство са съпрузи, лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство и деца учащи се до 26 годишна възраст.

РАЗДЕЛ II. Предмет на застраховката

Чл. 3. (1) На основание сключен Договор за медицинска застраховка, Застрахователят, срещу заплащане на застрахователна премия, осигурява финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, насочени към опазване, поддържане и възстановяване на здравето за определен срок, обем и обхват, както и компенсации за загуба на доход, настъпила, вследствие на злополука или заболяване.

(2) Застрахователят осигурява, договореното застрахователно обезщетение, във вид размер и на лицето, посочени в застрахователната полица, под формата на медицински услуги и стоки или като парична сума.

Чл. 4. (1) По тази застраховка се застраховат лица, до определена с настоящите Общи условия застрахователна възраст, в зависимост от вида на договора, съгласно чл.5.

(2) Определянето на застрахователната възраст се извършва в цели години към началото на застраховката, като период до шест месеца не се взема предвид, а шест и повече месеца се считат за цяла година.

ГЛАВА ВТОРА. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

РАЗДЕЛ I. Видове договори

Чл. 5. (1) Застрахователните договори биват: индивидуални, семейни и групови.

(2) Индивидуален застрахователен договор е този, съгласно който се застрахова едно физическо лице на възраст от 0 до 64 години, но не по-

възрастно от 65 години към датата на изтичане на срока на договора. По тези застраховки притежател на полицата може да бъде застрахованото лице или друго физическо или юридическо лице;

(3) Семеен застрахователен договор е този, съгласно който се застраховат членовете на едно семейство на възраст от 0 до 64 години, но не по-възрастни от 65 години към датата на изтичане на срока на договора.

(4) Групов застрахователен договор е този, съгласно който се застраховат групи от минимум 5 лица предварително формирани с не застрахователни цели, при индивидуална възраст на лицата допустими за включване в групата, в зависимост от общия брой на лицата, както следва:

1. до 15 лица включително – от 0 до 64 години към началото на застраховката, но не повече от 65 години към датата на изтичане на срока на договора

2. над 15 до 50 лица включително – от 0 до 74 години към началото на застраховката, но не повече от 75 години към датата на изтичане на срока на договора

3. над 50 лица – без ограничения във възрастта.

РАЗДЕЛ II. Предоговорна информация

Чл. 6. (1). Застрахователният договор се сключва, въз основа на попълнено Предложение за застраховане от Застраховачия, придружено от:

1. При групов застрахователен договор:

а) Списък на застрахованите лица, по образец на Застрахователя;

б) за групи до 15 лица включително и Декларация за здравословното състояние, по образец на Застрахователя (Декларацията), подадена от всяко едно лице.

в) за групи над 15 лица до 50 лица - Декларация за здравословното състояние, по образец на Застрахователя, подадена само от лицата, включени в групата, страдащи или прекарвали рак, инфаркт, инсулт, спиране на функциите на главен орган и/или трансплантация, сърдечно-съдови заболявания, хронични костно-ставни заболявания и диабет.

2. При индивидуален или семеен застрахователен договор, Декларация за здравословното състояние, подадена от всяко едно лице.

3. При сключване/добавяне на член на семейството за семейни и групови застрахователни договори – документи, удостоверяващи родствената връзка/фактическото съжителство или друго декларирано обстоятелство.(2) Преди сключване на застрахователния договор и/или преди включване на ново застраховано лице, Застрахователят има право да изисква допълнителна писмена информация, свързана с минали и/или хронични заболявания, както и на други сведения за оценяване на застрахователния риск.

(3) Ако в срок от 45 дни след подписването на Декларацията, застрахователният договор не бъде сключен, се изисква попълване на нова Декларация.

(4) Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката. При отказ той уведомява писмено Застраховачия.

РАЗДЕЛ III. Сключване и форма на договора. Застрахователна премия

Чл. 7. (1) Застрахователният договор се изготвя от застрахователя, след като застраховачият (застрахованият) представи необходимите документи.

(2) Сключването на застрахователен договор се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(3) Неразделна част от Договора за застраховка са Предложенията за застраховане, Списъкът на застрахованите лица, Декларацията за здравословното състояние, другите поискани от застрахователя документи по реда на чл.6, Застрахователната полица, Общите условия, избраното ниво на покритие, Добавъците, Специалните условия и всички останали договорености.

(4) Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са сключени в писмена форма.

(5) При сключване на договора, застраховачият/застрахованият е длъжен да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които застрахователят е поставил писмено въпрос и/или е поискал да бъдат декларирани от застрахования/застраховачия. Ако застраховачият/застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договорът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застраховането.

(6) При наличие на минали или настоящи заболявания, обявени от застраховачия/застрахования в Декларацията за здравословно състояние/Предложението за застраховане/Списъка на застрахованите лица и/или по преценка на Застрахователя, последният може да изисква

и друга информация, относно здравословното състояние, включително и медицински преглед на кандидата за застраховане от доверен лекар.

(7) Оплаквания, болести и последици от злополука, възникнали преди сключване на застрахователния договор и съобщени на застрахователя, могат да бъдат включени в застрахователната защита при специални условия, договорени между страните само с изрична писмена декларация от страна на Застрахователя. При групови договори за над 50 лица, Застраховката покрива предварително съществуващи състояния на застрахованото лице.

(8) Застрахователният договор влиза в сила след плащането на цялата дължимата премия или на първата вноски от нея при разсрочено плащане на премията.

(9) При сключване на групов договор, в срок до 1 месец от подписването му, при същите условия могат да бъдат застраховани и членове на семейства на възраст от 0 до 64 години.

Чл. 8. Застрахователният договор се сключва за срок не по-малък от 1(една) година.

Чл. 9. (1) Размерът на **Застрахователната премия**, срокът и начинът на плащане се определят от застрахователя, съгласно действащите тарифи, в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованото лице, броя на застрахованите лица, избраното ниво на покритие и лимит на отговорност.

(2) Дължимата годишна премия се заплаща от застраховачия /договорителя/:

1. еднократно - при сключване на застрахователния договор;

2. разсрочено - по уговорен със застрахователя план.

(3) Ако срокът за плащане на поредната вноски не бъде спазен, застрахователят може да намали общия лимит на отговорност/обема и обхвата на здравните услуги и стоки/, застрахователната сума, да измени застрахователния договор или да го прекрати, но не по-рано от 15 дни от деня, в който застраховачият е получил писмено предупреждение за това и покана за плащане в рамките на този срок. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица застрахователят изрично е посочил кое от правата по изречение първо ще упражни след изтичането на 15-дневния срок от датата на падежа на разсрочената вноски.

(4) Ако, преди уговорените срокове за внасяне на разсрочените застрахователни вноски, настъпи застрахователното събитие, застрахователят може, по своя преценка, да удържи дължимите застрахователни вноски от определеното обезщетение. Ако при индивидуалните и семейни договори е договорено разсрочено плащане на премията, при настъпване на застрахователно събитие, неплатените разсрочени вноски стават изискуеми и Договорителят е длъжен да ги заплати изцяло преди Застрахователят да изплати предявените към него искове.

(5) В случай, че застраховачия не заплати дължимата сума, в срока посочен му с предупреждението по ал.3, застрахователят:

1. може да развали действието на застрахователния договор, като върне на застраховачия събраната до момента премия за остатъчния срок на застраховката, намалена с направените административно-стопански разноски по сключването на застраховката;

2. в случай, че през този период е настъпило застрахователно събитие, застрахователното обезщетение ще бъде намалено пропорционално на неизплатената част от застрахователната премия.

РАЗДЕЛ IV. Действие на договора, промени и прекратяване

Чл.10. (1) По време на действието на договора застраховачият/застрахованият е длъжен писмено да обяви пред застрахователя незабавно след узнването им, за новонастъпили обстоятелства, свързани с професията, професионалните задължения, дейността и страната на местоживее на застрахования. При неизпълнение се прилага редът, определен в Кодекса за застраховането.

(2) Застрахованият/Договорителят е длъжен да уведоми незабавно Застрахователя за сключването на договор за медицинска застраховка с друг Застраховател. Съзнателното нарушаване на това задължение за предоставяне на информация може да бъде санкционирано, чрез отказ или намаляване на застрахователното обезщетение.

Чл. 11. Промяна в нивото на покритие може да се прави по време на срока на действие на договора, след писмено отправено предложение от страна на Застрахования/ Застраховачия, прието от Застрахователя.

Чл. 12 За добавяне на нови лица в състава на групата, при спазване на изискванията на чл.6, Застрахователят преизчислява съответно дължимата за тях премия и/или лимита на отговорност за периода до изтичане на застрахователния договор.

Чл.13. (1) При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелства, независещи от застрахователя, които

последствия не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита, застрахователят може да предложи на Застраховачия промени в тарифите и/или условията. Промяната влиза в сила след съгласие на застраховачия. При липса на съгласие от негова страна от застрахователния договор отпада застрахователното покритие и застраховачия не дължи заплащането на застрахователна премия по него от датата на промяната.

(2) В началото на всяка следваща застрахователна година, Застрахователят има право да промени размера на застрахователната премия и/или условията. Застраховачият трябва да бъде уведомен за промяната най-малко (30) тридесет дни преди изтичане на текущата застрахователна година и се счита, че е дал съгласието си за тази промяна, освен ако не възрази писмено срещу нея в срока, посочен в уведомлението. При тези обстоятелства, застраховката се прекратява от 24,00 часа на датата, на която изтича съответната застрахователна година.

(3) Застрахователят има право да удържа от плащанията по полицата всички извършени от него разходи, направени, във връзка с некоректно поведение от страна на застраховачия/ застрахования.

Чл.14. Промяна в застрахователния договор се извършва чрез издаване на добавък, който влиза в сила от 24 часа на датата на издаването му (освен ако не е уговорено друго) и заплащането на договорената с него допълнителна премия (ако има такава).

Чл.15. Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

Чл.16. (1) Ако в едномесечен срок след подписването на полицата, застрахованото лице реши, че тя не отговаря на неговите нужди, то има право да я прекрати с писмено заявление, подадено до застрахователя. При условие че не са били подавани застрахователни искове, премията ще му бъде възстановена, с изключение на частта от нея, съответстваща на времето, през което застрахователят е носил риск в пълен размер.

(2) Ако се установи, че Застрахованият/Договорителят са дали неверни данни за здравословното състояние на застрахованото лице или са укрили или премълчали обстоятелство, при известността на което застрахователят не би сключил застраховката, същият има право:

1. да прекрати договора в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството;

2. да откаже плащане на застрахователно обезщетение, ако събитието е в причина връзка с неточно обявеното или укрито обстоятелство.

Чл.17. (1) Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

а) ако Застрахованият/Застраховачият умишлено е представил неверни факти и обстоятелства;

б) за деца, навършили 18-годишна възраст в края на застрахователната година, в случай че не отговарят на условията по чл.2, т.22.

в) с изтичане на календарния месец, в който застрахованото лице, навършва, определена в чл.5 максимално допустимата възраст, като при групов или семеен договор, договорът се счита за прекратен само по отношение на конкретното лице.

г) при смърт на застрахования по полицата и/или обявяване на несъстоятелност или ликвидация на застраховачия /юридическото лице/, когато той се явява договорител по полицата, ако в срок от 1 месец след смъртта/ несъстоятелността/ ликвидацията на застрахования/ застраховачия, страните не са уговорили продължаване на застраховката чрез определяне на нов застрахован/ застраховач;

д) при смърт на застрахованото лице, част от групов договор, по отношение на това лице.

е) с едностранно изявление от застраховачия до застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие, в срок до три месеца преди изтичането на застрахователната година;

ж) по взаимно съгласие, изразено писмено;

з) при прекратяване на договора за лице по групов договор, той автоматично се прекратява и за включените към групата лица, в качеството им на членове на неговото семейство. В този случай, те могат да кандидатстват за сключване на индивидуален или семеен договор.

и) в други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в българското законодателство.

(2) Застрахователят има право да откаже подновяване на застрахователния договор, както и да прекрати или да промени условията на договора, в случай че:

а) от страна на застраховано лице се върши или е била извършена измама, укриване на факти, както и ако са били направени неверни изявления. В този случай застрахованото лице ще трябва да върне

всички суми, които вече са били изплатени на него лично или на изпълнител на медицински/дентални услуги, по силата на застрахователния договор;

б) застраховано лице е нарушило условията на застрахователния договор.

(3) Възможността за прекратяване на застрахователния договор от страна на застраховачия не се прилага, ако:

а) промяната на застрахователната премия и/или другите условия произтича от законови разпоредби;

б) промяната води до намаляване размера на застрахователната премия и/или разширяване на застрахователното покритие.

(4) Когато договорът се прекратява предсрочно:

а) на застрахователя се полага премията за изтеклия до тогава срок на договора, доколкото специални разпоредби не предвиждат друго;

б) Застраховачият има право (освен в случаите по ал.5) да получи част от платената застрахователна премия, пропорционална на неизползувания остатък от застрахователния срок, намалена с размера на административните разходи, при условие, че не са платени и не предстои да се изплащат застрахователни обезщетения.

в) застрахователят носи отговорност за настъпилите застрахователни събития преди датата на прекратяване на договора, ако обстоятелство, по отношение на което е нарушено задължение за уведомяване, не е имало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху размера на обезщетението;

г) за застраховки/застраховани лица (при прекратяване само по отношение на конкретно лице), за които са извършвани или предстои да бъдат извършени плащания от застрахователя, застрахователната премия остава изцяло дължима от Застраховачия.

д) Застраховачият връща на Застрахователя оригиналната полица и всички издадени с нея формуляри и документи.

е) в случай, че след датата на прекратяване на договора, бъдат предявени за плащане обезщетения за събития настъпили преди прекратяването:

1. те са покриват от застрахователя до размера на преизчислен лимит по реда на т. 2;

2. общият лимит на отговорност, както и индивидуалните лимити по отделните видове покрити рискове поети от застрахователя за едно застраховано лице за една застрахователна година се преизчисляват пропорционално за времето, през което той е бил в сила.

(5) В случай че договорът се прекратява предсрочно, по вина на застраховачия, застрахователят не дължи връщане на неусвоената премия за остатъка от застрахователния срок, освен ако е уговорено друго.

РАЗДЕЛ V. Отлагателни периоди

Чл. 18. (1) Ако не е описано друго в застрахователната полица или в избраното ниво на покритие, по което се сключва застраховката, се прилага базов отлагателен период 45 дни.

(2) В случай на преминаване към по-високо ниво на покритие, правото на по-високото покритие започва след изтичане на нов базов отлагателен период, който се изчислява спрямо датата на която е договорена промяната.

(3) Не се прилага нов базов отлагателен период при автоматично подновяване на застрахователния договор за следващ застрахователен период.

Чл. 19. Не се прилага базов отлагателен период:

1. при лечение наложено от злополука.

2. при групови застрахователни договори.

Чл. 20. (1) В зависимост от декларираното здравословно състояние застрахователят може да определи Специални отлагателни периоди за отделни заболявания, които се описват в застрахователната полица.

(2) За обезщетения за раждане, помятане, преглед по време на бременност и свързани с бременността заболявания и техните последствия, се прилага специален отлагателен период от 9 месеца. За преждевременно раждане или спонтанен аборт, които при нормално протичане на бременността биха довели до раждане след 9 месеца се предоставя застрахователна защита след изтичане на базовия отлагателен период по чл.18, ал.1.

ГЛАВА ТРЕТА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

РАЗДЕЛ I. Обхват и валидност

Чл. 21. (1) Застрахователното покритие влиза в сила в 00.00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, но не преди 24.00 часа на датата, на която е заплатена цялата дължима премия или първата вноска от нея, при договорено разсрочно плащане. За покритията, по които има определени отлагателни периоди, застраховката влиза в сила от 24.00 часа на датата, на която изтича съответният отлагателен период.

(2) Застрахователното покритие приключва в 24.00 часа на датата на прекратяване на застрахователния договор. Застрахователят не дължи обезщетение за лечение, което продължи след датата на изтичане срока на застраховката.

Чл. 22. (1) Със застраховките, сключени по тези Общи условия застрахователят поема:

1. рискове, произтичащи от заболяване или злополука, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки;
2. финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, свързани с профилактика на застрахованото лице, бременност, раждане и други;
3. финансовото обезпечаване и на други стоки и услуги, свързани със здравно обслужване на застрахованото лице, включително транспорт, специализирано обгрижване;
4. рискове, свързани със загуба на доход вследствие на злополука или заболяване.

(2) Застрахователните обезщетения се предоставят чрез:

1. изплащане на фиксирана, предварително договорена, застрахователна сума или част от нея;
2. възстановяване в пари изцяло или на част от извършените от застрахованото лице разходи за ползвани здравни услуги и стоки;
3. предоставяне на застрахованото лице ползването на здравни услуги и стоки от изпълнители на медицински услуги и доставчици на медицински стоки, с които застрахователят е сключил договор

(3) Отговорността на застрахователя се определя под формата на застрахователна сума/лимит на отговорност (определен като парична сума и/или обем и обхват на здравни услуги и стоки), които се предоставят за определен срок, в зависимост от договорените нива на покритие, и самоучастие/франшиз, посочени в *Приложение №1. Нива на покритие и лимити на отговорност (Приложение №1)*, представляващо неразделна част от настоящите Общи условия.

(4) Застрахованото лице/Застрахованият избират при сключване на договор комбинация от покрития, от посочените в Приложение №1 Покрития за Медицински разходи и Допълнителни покрития между следните три базисни нива:

1. Основно;
2. Оптимално;
3. Пълно.

(5) Видът, обемът и обхватът на застрахователното покритие се описват в застрахователната полица, в която изрично се посочват избраното ниво на покритие, както и евентуалните специални договорености, в отклонение от тях. Максималната стойност на всички застрахователни обезщетения в една застрахователна година за едно застраховано лице се определя като обща застрахователна сума / лимит на отговорност (под формата на обем и обхват на услугите и стоките и/или като парична сума). За отделните покрития се определят самостоятелни подлимити, като плащанията по всяко от покритията не може да превишава определения за него лимит.

(6) В случай, че покритията по тази застраховка са покрити от задължително здравно осигуряване/застраховане, от друг застрахователен договор с по-раншна дата или от други лица, настоящата застраховка покрива само превишението над покритието, което е осигурено от тях.

Чл.23. (1) Застрахователната защита се разпростира, доколкото избраното ниво на покритие не предвижда друго, върху застрахователни събития в Р България.

Чл.24. (1) За сключване на застрахователен договор е необходимо да бъде избрана минимум Секция „Извънболнично лечение” от едно от трите базисни нива на покритие за Медицински разходи.

(2) Включването на Секция „Извънболнично лечение” от покритие за Медицински разходи, както и на Допълнителни покрития е допустимо само при същото или по-ниско базисно ниво от избраното по ал.1

(3) Базисното ниво на покритие при групови застрахователни полици може да бъде еднакво за всички застраховани лица или различно за отделните категории лица.

РАЗДЕЛ II. Специални условия

Чл. 25. Застрахователното покритие по Секция „Извънболнично лечение” от покритието за Медицински разходи обхваща плащания за медицински разходи за услуги при извънболнично лечение по лекарско предписание в следствие на заболяване, злополука или бременност, до размер, обем и обхват посочени в избраното застрахователно покритие, при следните допълнителни условия:

(1) При медицинска необходимост, по време на едно застрахователно събитие, се възстановяват и разходите за привличането на няколко лекари.

(2) Извънболничното лекарско лечение от специалист следва да е по медицински показания, а от хабилитирани лица - след насочване от

специалист. Застрахованият има право на един първичен и до два вторични прегледа по медицински показания за период от един месец за дадено заболяване при съответен специалист;

(3) Клинико-лабораторни, клинико-инструментални и морфологични изследвания се покриват, ако са по лекарско направление – в обем, позволяващ диагностицирането на заболяването;

(4) Необходимостта от физиотерапия и рехабилитация се установява от лекар – специалист, провеждащ лечение на основното заболяване, като лечението се извършва по предписан от лекаря – специалист по „Физиотерапия и рехабилитационна медицина” курс на лечение. Разходите за физиотерапевтично лечение се възстановяват, ако то е проведено от лекар или от лице, което има правоспособност да извършва такива услуги. Не се възстановяват допълнителни разходи, свързани с домашни посещения.

Чл.26. Застрахователното покритие по секция „Болнично лечение” от покритието за Медицински разходи включва поемане на медицински разходи, възникнали поради заболяване, злополука или раждане, при стационарен болничен престой по лекарско предписание, в размер до посочения в избраното застрахователно покритие процент от застрахователната сума и включващо изброените в него услуги в една застрахователна година, при следните допълнителни условия:

1. Разходи за болнично лечение при стационарно лечение в заведения (или отделения на заведения) за душевно болни и/или болни от нервни болести (с изключение на техните самостоятелно ръководени отделения по неврология и неврохирургия), както и в заведения (или отделения на заведения) за лечение на лица страдащи от белодробни заболявания и туберкулоза се предоставят след 35 дни непрекъснато лечението, при условие че застрахователят е одобрил **писмено** това лечение не по-късно от 28-я ден на лечението.

2. Застрахователят покрива разходите за стационарна рехабилитация в специализирани болници или отделения на болници за рехабилитация по лекарско предписание, което е продължение на възстановителния процес след проведено болнично лечение. Рехабилитационното лечение трябва да е назначено в епикриза за проведеното болнично лечение при изписването на застрахованото лице и трябва да е започнало не по-късно от 1 месец след приключване на стационарното лечение. Когато застрахованият ползва здравни заведения – бази на НОИ „Специализирани болници за рехабилитация - национален комплекс” ЕАД, той представя в базата изискваната от НОИ „СБР - Национален комплекс” ЕАД документация. В противен случай разходите са за негова сметка

Чл.27. (1) За възстановяване на разходи за лекарствени средства е необходимо те да бъдат изписани от правоспособен лекар и да бъдат закупени от аптека не по-късно от 7 дни след датата на издаване на рецептата. При болни с хронични заболявания, не се изисква спазване на седемдневния срок при повторно закупуване на лекарства, ако в медицинския документ е отразен срок за лечение по-дълъг от един месец.

(2) Не се възстановяват разходи за лекарства в еднократно количество по-голямо от необходимото за едномесечен курс на лечение.

Чл.28. Разходи за транспортиране на застраховано лице се възстановяват, в случай, че се налага транспортиране от болница до болница по медицински съображения за болнично лечение, и при условие, че транспортирането и болничното лечение са по лекарско предписание.

Чл.29. (1) Парични обезщетения за хоспитализиране и възстановяване след болест се предоставят на застраховани лица, чрез еднократни или периодични плащания, в зависимост от избраното ниво на покритие, в следните случаи:

1. ако застрахованото лице бъде хоспитализирано поради заболяване или телесно нараняване в резултат от злополука, настъпили през застрахователния срок за повече от 28 последователни дни, а за случаите по чл.26, т.1 за минимум 35 последователни дни - за всеки следващ ден на хоспитализация;

2. ако застраховано лице е било хоспитализирано за минимум 10 последователни дни, а за случаите по чл.26, т.1 - за минимум 35 последователни дни и след изписване от болницата лекар-специалист му е предписал престой у дома по-дълъг от една седмица - за всяка следваща пълна седмица;

(2) Застрахователните плащания по ал.1, не се предоставят, извън общите изключения, приложими по настоящите Общи условия, и в следните случаи:

1. бременност или раждане на дете;
2. в случай, че застрахованото лице се зарази с вируса на ХИВ/СПИН;
3. в случай, че застрахованото лице реши да си направи козметична или пластична операция;
4. за всяко медицинско състояние, диагностицирано като хронично

преди началото на застрахователното покритие;

5. в случай, че застрахованото лице страда от стрес, тревожност, душевни терзания, невроза или други подобни;

6. в случай, че застрахованото лице страда от ефектите на самолечение, непредписани лекарства или алкохол;

7. в случай, че застрахованото лице е на възраст под 18 и над 65 годишна възраст.

Чл.30. При изплащане на застрахователни обезщетения се прилага Самоучастие/Франшиз на застрахованите, както следва:

(1) в определен процент от стойността на всяка претенция за покриване на разходи, посочен в избраното ниво на покритие за съответните покрития/ секция/ дейност/ услуга/ стока. Стойността на самоучастието се изважда от размера на обезщетението.

(2) Ако размерът на претенцията по едно събитие е под 15 лева Застрахователят не я разглежда и изплаща. В случай, че в рамките на една застрахователна година настъпи второ застрахователно събитие, застрахованият има право на претенция и по двете събития, ако общата стойност превишава 15 лева.

РАЗДЕЛ III. Изключени рискове

Чл.31. Ако не са предмет на специално договаряне, Застрахователят не обезпечава финансово и не възстановява разходи за:

1. лечебни процедури (лечения), започнали преди началото на застраховката;

2. козметични и пластични операции и техните последици, освен ако не са наложени при груби увреждания причинени от злополука, както и всички здравни услуги ползвани с козметична цел;

3. домашни грижи, които не са под лекарски надзор, както и мерки за гериатрично и рехабилитационно лечение и лечебна педагогика;

4. следните стоматологични услуги: зъбни имплантации, както и мерки и последици, които са в причинна връзка с тях, доколкото те не служат за отстраняване на последици от злополука; ортопедия (зъбопротезиране) и подготовка за ортопедична дейност; шифтово и безшифтово изграждане на зъби; реплантанти и имплантанти; ортодонтска дейност; избелване на зъби.

5. болести и последици от злополуки, настъпили или влошили се поради злоупотреба с алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони или други вещества с характер на допинг или чието лечение се влоши вследствие на злоупотреба с тях, както и за мерки и лечение за отказ от тях;

6. лечение на наднормено тегло, смяна на пола, импотентност, нощна апнея, стерилитет, всички форми на изкуствено оплождане и всички диагностични и терапевтични процедури във връзка с тях;

7. настаняване в лечебно заведение, поради застрашаване на собствената или чужда личност;

8. болести и последици от злополуки, възникнали поради активно участие в безредици, умишлено участие в нарушаване на обществения ред или при извършване на съдебно наказуемо деяние, което предполага преднамереност;

9. увреждане на здравето при съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонаряване, самоубийство или опит за такова, както и при влизане в побой или физическа саморазправа за уреждане на сметки (освен в случай на доказана самозащита), или произтичащо от неспазване на медицински препоръки. За съзнателно излагане на опасност се счита и участието във възстановителни или аматьорски спортове) или в някакъв рисков спорт или дейност, като например (но не само) следните: автомобилни спортове, въздушни спортове, гмуркане на по-голяма дълбочина от 30 метра или когато лицето не притежава PADI Сертификат, всеки спорт, включващ животни, скоростни състезания, каране на ски извън пистата и състезания във всякаква форма (освен пешеходни). Ако някой рисков спорт или дейност не са изрично посочени в този списък, застрахованото лице трябва да се свърже със застрахователя, за да провери дали той е покрит риск по настоящата застраховка;

10. болести и последици от злополуки, възникнали поради военни събития от всякакъв вид, включително нарушаване на неутралитет;

11. прекъсване на бременност по желание или за преждевременно раждане или усложнения, вследствие на пътуване със самолет, предприето от застраховано лице, чиято бременност е на етап след 28 седмица; раждане по избор с цезарово сечение и последиците от него; усложнения настъпили, в резултат на планирано раждане в домашни условия;

12. задължителни имунизации по имунизационния календар, изследвания за превенция на здравето и профилактични прегледи, извън организираният от Застрахователя такива.

13. прегледи и изследвания за постъпване на работа, шофьорски курсове, застраховане, представяне на ЛКК или ТЕЛК комисии,

съдебно-медицинска експертиза, тест за СПИН/HIV (освен в случай на предоперативна подготовка), административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи за извършени изследвания /CD,DVD/, издавани от лечебните заведения, удостоверения за встъпване в брак и други удостоверения;

14. трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и предшестващите и последващите ги медицински изследвания, манипулации и хирургични операции, както и усложненията след такова лечение;

15. грижа или медицинско лечение, които възникват пряко или косвено от човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ) или свързани с ХИВ болести, включително Синдрома на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или свързания със СПИН комплекс (ARC) и всякакви подобни инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тези състояния, независимо как са били причинени;

16. хирургия за коригиране на късогледство или далекогледство, или на други очни дефекти, освен ако не се дължат на злополука или заболяване, настъпили през срока на застраховката;

17. лечение, което е покрито от НЗОК или е поето от друга осигурителна схема, или е лечение, по силата на законово регламентирана застраховка, държавна схема, споразумение за субсидия, друг договор;

18. лекарствени средства и медицински изделия, които се реимбурсират по линия на задължителното здравно осигуряване или на друго нормативно основание, както и на такива, които не са разрешени за употреба в страната. Застрахователят възстановява разликата от сумата, която се реимбурсира по линия на задължителното здравно осигуряване или друго нормативно основание и заплатената от застрахованото лице сума до размера на лимита;

19. прегледи от медицински специалисти, диагностични изследвания операции и манипулации, извършени без медицинска необходимост.

20. Позитрон-емисионна томография (PET скенер), неинвазивен пренатест, генетични изследвания с изключение при бременност, тестове за хранителна нетолерантност, лазерни операции на простатата.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл.32. (1) Застрахователят сключва договори с изпълнители на медицинска и дентална помощ (доверени изпълнители) и поддържа кол център, с цел предоставяне на услугите по настоящата застраховка.

(2) При наличие на въпроси, във връзка с ползването на договорените покрития и при необходимост от ползване на договорената застрахователна защита, Застрахователят съдейства на застрахованите лица, чрез кол центъра си и своите координатори при доверените изпълнители.

(3) За покритията по настоящата застраховка, застрахованите лица могат да ползват:

1. услугите на доверените изпълнители на застрахователя, с посредничеството на кол центъра и координаторите.

2. услугите на свободно избрани изпълнители, които отговарят на изискванията на настоящите общи условия, след съгласуване с кол центъра.

(4) Ако застрахованото лице ползва покритите от полицата услуги от доверените изпълнители на Застрахователя, то той покрива разходите, в пълен размер до договорения лимит, като се разплаща директно с изпълнителите.

(5) Ако застрахованото лице ползва покритите от полицата услуги от свободно избрани изпълнители е необходимо то или негов представител (ако то не е в състояние), щом това е разумно възможно:

1. да се свърже с кол центъра на Застрахователя, за да получи потвърждение за поемането на застрахователния случай, освен в случаите, посочени в т.2

2. да изиска от застрахователя предварително писмено потвърждение за покриване на разходите, в случай, че се налага:

а) стационарно болнично лечение, дневно стационарно и дневно клинично лечение;

б) всякакви операции (амбулаторни или стационарни), изискващи обща анестезия;

в) домашни здравни грижи;

г) всички лечения/ терапии на онкологични заболявания;

д) хемодиализа и перитонеална диализа за бъбречна недостатъчност;

е) санаториално лечение;

ж) високоспециализирани изследвания - компютърна томография, магнитно-резонансна образна диагностика за хоспитализирани и извънболнични пациенти. Разходите за тези методи на изследване се възстановяват, само в случаите, когато с конвенционалните методи на

изследване не може да се постави окончателна диагноза;

з) извършване на медицински дейности и/ или предлагане на скъпоструващи медикаменти и консумативи, необходими за лечението на застрахованото лице, които не са покрити от други източници на заплащане. Тази разпоредба не се прилага в случай на животоспасяващо лечение.

3. В хода на процеса по одобрение, застрахователят ще:

- а) извърши проверка за наличието на застрахователно покритие;
- б) определи дали услугите или доставките са покрити;
- в) гарантира, че лечението е наложително от медицинска гледна точка;
- г) минимизира необходимо-присъщите разходи на съответното застраховано лице.

4. Предварителното писмено потвърждение за покритие на разходите може да бъде поискано от Застрахователя, чрез подаването на формуляр по образец на застрахователя, в срок поне 5 работни дни преди планираната дата на процедурата по обикновена поща, по електронна поща или по факс, като се предостави медицинската документация. Застрахователят отговоря в рамките на три работни дни, считано, от датата на получаване на Искането.

5. Ако застрахованото лице не получи потвърдението, предвидено по реда на по т.1 и т.2 , разходите се възстановяват по реда на настоящите общи условия намалени с допълнителни 20% самоучастие. Това самоучастие не се прилага, ако спешността на лечението не е позволявала осъществяването на контакт със Застрахователя преди началото на лечението и поемането на застрахователния случай от него.

Чл.33. (1) При настъпване на застрахователно събитие, за което договореното застрахователно обезщетение е под формата на парична сума (възстановяване на разходите), застрахованото лице е длъжно да предяви заявления за плащане, в срок от 90 дни след датата на застрахователното събитие. Застрахователят не носи отговорност за застрахователни искове, предявени след този срок.

(2) Застрахованото лице е длъжно да представи поисканите документи, свързани с установяването на събитието, както и пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на застрахователя.

(3) Ако от представените документи се установи, че данните за определяне на застрахователния риск са били посочени грешно в предложението за застраховане или в тях е настъпила промяна, за която застрахователят не е информирал застрахователя, застрахователната сума или частта от нея се променя в зависимост от коректните данни и в съответствие с платената застрахователна премия.

(4) Застрахователят има право да откаже пълно или частично предоставяне на застрахователно обезщетение/ възстановяване на разходи/ плащане на застрахователна сума или процент от нея, ако застрахователят/застрахованото лице представи неверни или преправени доказателства или документи.

Чл.34. (1) За извършване на застрахователно плащане, в случаите, когато разходите за лечение са заплатени от застрахования, той трябва да представи Заявление за плащане/възстановяване на разходите по образец на застрахователя и документ за самоличност, придружени от следните документи в оригинал:

- 1. За медицински прегледи: амбулаторен лист, фактура и фискален бон;
- 2. За медицински изследвания: амбулаторен лист, искане за изследване, резултат от проведеното изследване, фактура с отделно описани позиции и фискален бон;
- 3. За болнично лечение: епикриза, фактура и фискален бон;
- 4. За санаториално лечение: епикриза от болнично заведение в което ясно да е отбелязано, че пациента се насочва за санаториално лечение като непосредствено продължение на болничното лечение при решаването на съответния здравен проблем, епикриза от санаториума и картон с проведените физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон;
- 5. За лекарства и помощни средства: Рецепта и епикриза или документ за извършен медицински преглед, издаден от изпълнител на медицинска помощ, където да фигурират изписаните на рецептата медицински стоки или помощни средства, фактура и фискален бон, с отделно описани позиции и цени;
- 6. За стоматологични услуги: Амбулаторен лист с описан зъбен статус, рентгенографии, ако лечението го изисква (с изключение на деца и бременни), фактура с фискален бон.
- 7. В случай на „злополука” - документ, удостоверяващ настъпването на злополуката (декларация за трудова злополука и разпоредба на НОИ в случай на трудова злополука, протокол от КАТ или други правно-релевантни документи).

8. За физиотерапия: Амбулаторен лист от лекар специалист по съответното заболяване, амбулаторен лист от физиотерапевт с указан брой процедури, физиотерапевтична карта, фактура и фискален бон.

9. Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разноси.

(2) Всички формуляри на искове трябва да съдържат точно изброени и приложени фактури и квитанции, притежаващи следните реквизити:

- 1. име на пациента;
- 2. отпечатан номер на фактурата;
- 3. името и практиката на практикуващия медицински специалист или лечебното заведение;
- 4. описание на предоставените услуги или продукти.

(3) За изплащане на парични обезщетения за загуба на доход, вследствие на хоспитализиране и възстановяване след болест, застрахования, трябва да представи Заявление за плащане/възстановяване на разходите, по образец на застрахователя, документ за самоличност, епикриза и болничен лист.

Чл.35. (1) Застрахователят може да поиска всякаква информация, необходима за установяване на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие или на обхвата на задължението за предоставяне на обезщетение, в т.ч. застрахованото лице да бъде прегледано по искане на застрахователя от посочен от него лекар. Застрахователят уведомява застрахования за необходимите допълнителните доказателства, най-късно в срок 45 дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор.

(2) Ако застрахованият, поради умисъл или груба небрежност, наруши задължението си за предоставяне на информацията по ал. 1, застрахователят е освободен от задължението за изплащане на обезщетение.

Чл.36.(1) Ако не е уговорено друго, всички евентуални разходи, свързани с издаването на необходимите документи се поемат от застрахования.

(2) Застрахователят изплаща на застрахования, след представяне на оригиналите на документите, застрахователното обезщетение в българска валута.

(3) Претенциите за застрахователни обезщетения не могат да бъдат залагани или прехвърляни без съгласието на застрахователя.

Чл.37.(1). В срок до 15 работни дни от окомплектоване на преписката по сметата с всички писмено поискани от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ документи, Застрахователят се произнася по претенцията по застраховката, като:

- 1. определя и изплаща размера на обезщетението или застрахователната сума, или
- 2. мотивирано отказва плащането.

(2) Когато не са представени всички писмено поискани документи, Застрахователят се произнася по един от начините по ал. 1 не по-късно от 6 месеца от датата на предявяване на претенцията.

Чл.38. При изплащане на застрахователно обезщетение, застрахователят може да удържи всички вземания, които има срещу застрахования/застраховация.

Чл.39. Застрахователното покритие, респективно отговорността на застрахователя, се прекратява с прекратяването на застрахователния договор и/или заличаването на застрахованото лице от полицата.

ГЛАВА ПЕТА. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ

Чл.40. (1) Застрахователят се задължава да издаде безплатно в срок от 7 /седем/ работни дни, след подписване на застрахователния договор на всяко застраховано лице индивидуална идентификационна карта. Картата легитимира застрахованото лице с правата по договора пред изпълнителите на медицински услуги, с които застрахователят има сключен договор за медицинско и дентално обслужване. На картата се изписват и координатите на кол центъра на застрахователя.

(2) В случай на загуба на индивидуалната карта, Застрахователят издава дубликат в 5 /пет/ дневен срок, от деня, следващ уведомяването му.

(3) При прекратяване действието на застрахователния договор или при прекратяване на правоотношение спрямо отделни застраховани лица, същите са задължени да върнат картите си на Застрахователя, а последният се задължава да ги предаде на застрахователя с придружително писмо в срок от 7 /седем/ работни дни от прекратяването на правоотношението.

Чл.41 (1) В случай на заболяване или злополука, застрахованото лице е длъжно да съдейства за най-бързото възможно възстановяване и за всякакви медицински прегледи, поискани от застрахователя, или за всяко наблюдение в болница, поискано от него, всичко това за сметка на застрахователя.

(2) Веднага щом настъпи застрахователно събитие, застрахованото лице трябва да положи всякакви усилия, за да ограничи последиците от него.

(3) Застрахователят има право, чрез своите медицински представители, да прегледа всяко застраховано лице, когато и толкова често, колкото може разумно да поиска това в рамките на срока за произнасяне по подадено от застрахованото лице заявление за застрахователно плащане.

Чл.42. (1) Задължението на застрахователя за обезщетяване на разходи, чието частично възстановяване застрахованият може да изиска от публично правен осигурител/застраховател, настъпва, когато последният е удовлетворил обезщетенията, които са негови задължения. Ако застрахованият, се откаже от своята претенция спрямо трети лица или се откаже от правото си, служещо за гарантиране на претенцията му без съгласието на Застрахователя, Застрахователят се освобождава от задължението си за компенсация, доколкото той би могъл да получи компенсация от претенцията или правото.

(2) С предоставянето на договореното обезщетение за лечение на Застрахования, Застрахователя встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата, до размера на извършените разходи.

Застрахования е длъжен да съдейства на застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на вредата. Отказът на Застрахования от правата му срещу причинителя на вредата няма сила спрямо Застрахователя.

Чл.43. (1) За да са валидни всички декларации и уведомления от страна на притежателя на полицата, трябва да са в писмен вид, освен ако на друго място застрахователните условия не предвиждат друга уредба или Застрахователят не се откаже от спазването на писмената форма.

(2) Всяко уведомление или друга писмена информация, изпратена от Застрахователя на посочения в застрахователния договор адрес за кореспонденция и неполучени по причина извън контрола на Застрахователя, ще се считат за валидно получени от адресанта на петия ден от изпращането им, от който момент волеизявлението влиза в сила.

Чл.44. (1) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност с изтичането на срока, определен от действащото българско законодателство.

(2) За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесени от него вноски от застрахователната премия, застрахователят не дължи лихви.

Чл.45. (1) Споровете между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – от компетентния български съд.

(2) Застрахованият и Застрахователя, на основание чл. 117, ал. 2 от ГПК, се споразумяват, че при предявяване на съдебни претенции по полицата, местно компетентен да разгледа спора е съдът, в чийто район е седалището на Застрахователя.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Застрахователят уведомява Застрахования и Застраховачия (представляващите ги лица), че:

1. на сайта на Застрахователя www.ozok.bg е публикувано Уведомление за поверителност, което регламентира вида на личните данни, които ЗД „ОЗОК Инс“ АД събира във връзка със сключването и обслужването на застрахователни договори, начинът, по който дружеството обработва тези данни, както и редът за предоставянето им на трети лица.

2. е лицензиран от Комисията за финансов надзор с Решение № 619-ОЗ от 7 август 2013г., със седалището и адрес на управление: РБългария, гр. София, ул.Атанас Далчев №3, м/у бл.93 и 96, с ЕИК 200140730.

3. редът за подаване на жалби пред него, както и възможността за подаване на жалби пред Комисията за финансов надзор и други държавни органи, са описани в Правилата за уреждане на претенции по застрахователни договори на ЗД „ОЗОК Инс“ АД, публикувани на www.ozok.bg

4. на www.ozok.bg Застрахователят публикува периодично Доклада за платежоспособността и финансовото си състояние.

5. видът и естеството на възнаграждението, заплащано от Дружеството, във връзка със сключването на застрахователни договори е:

- при директни продажби - възнаграждение (заплата) по трудово правоотношение;
- при продажби чрез посредник - комисионо възнаграждение, включено в застрахователната премия.

§2. Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не

уговорят друго.

§3. Допуска се договаряне на условия, различни от условията на отделни разпоредби на Общите условия, чрез Специални условия, договаряни между страните и отразявани в Застрахователната полица, Добавъци или приложенията към нея. В тези случаи те променят или допълват въпросните разпоредби на Общите условия.

§4. Настоящите Общи условия са неразделна част и важат и се тълкуват заедно със застрахователната полица, клаузите по полицата, добавъци, специални и допълнителните условия, предложението за сключване и останалите приложения към полицата.

§5. При несъответствие между застрахователния договор и общите условия има сила уговореното в полицата.

§6. Застраховачият, Застрахованият и Застрахователят са длъжни да пазят в тайна сведенията и фактите, които са им станали известни в това им качество.

§7. Настоящите Общи условия са приети с Решение на Съвета на директорите на ЗД „ОЗОК Инс“ АД от 14.06.2013г., в сила от 7.08.2013г.; изм. и доп. на 22.07.2019 г., в сила от 1.08.2019 г., изм. на 6.2.2024г., в сила от 8.2.2024г.

НИВА НА ПОКРИТИЕ И ЛИМИТИ НА ОТГОВОРНОСТ ЗА ЕДНА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ	Лимит на отговорност (Обем и обхват на здравните услуги и стоки) /в BGN/		
	ПЪЛНО	ОПТИМАЛНО	ОСНОВНО
Общ лимит на застрахователните плащания за 1 лице	10 000	3 000	1 500
ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ			
Секция ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ			
Подлимит (в % от Общия лимит)	20%	20%	20%
Самоучастие при ползване на изпълнители на медицинска помощ, които не са в списъка на доверените изпълнители на застрахователя	20%	20%	20%
Първичен преглед от:			
терапевт	V	V	V
хабилитирано лице	V	V	X
Първичен преглед при свободно избран лекар-специалист:			
акушер-гинеколог	V	V	V
алерголог	V	X	X
съдов хирург	V	V	V
гастроентеролог	V	V	X
дерматолог	V	V	V
ендокринолог	V	V	V
интернист	V	V	V
кардиолог	V	V	V
кардиохирург	V	V	X
мамолог	V	V	V
невролог	V	V	V
неврохирург	V	V	X
нефролог	V	X	X
онколог	V	V	X
ортопед-травматолог	V	V	V
ото-рино-ларинголог	V	V	V
офтальмолог	V	V	V
педиатър	V	V	V
психиатър	V	V	X
пулмолог	V	V	X
ревматолог	V	X	X
рентгенолог	V	V	V
уролог	V	V	V
физиотерапевт	V	V	X
хематолог	V	X	X
хирург	V	V	V
Повторен преглед и наблюдение от:			
лекар-специалист	V	V	V
хабилитирано лице	V	X	X
Изследване на бременна извън пакет „Майчино здравеопазване” от акушер-гинеколог: фетална ехография, нонстрес тест и 3D фетална морфология	V	V	X
еднократно за срока на бременността	X	V	X
двукратно за срока на бременността	V	X	X
Клинико-лабораторни изследвания за диагностициране и проследяване на развитието на здравен проблем:			
биохимични	V	V	V
ензимни	V	V	X
генетични (при бременност)	V двукратно	V еднократно	X
хормонални	V	V	X
туморни маркери	V	X	X
метаболити, витамини и други съвременни лабораторни маркери	V	X	X
вирусологични	V	V	X
имунологични	V	V	X
микробиологични	V	V	V
серологични маркери за инфекциозни заболявания	V	X	X
хематологични	V	V	V
хемостазни	V	V	X
цитологични	V	V	X
хистологични	V	X	X
радиоизотопни	V	X	X
Клинико-инструментални изследвания в обем, позволяващ диагностициране на здравния проблем			
функционални изследвания	V	V	V

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

образна диагностика, вкл. КТ и ЯМР	V	V	V
инвазивни изследвания – ангиография, коронарография, флуоресцинова ангиография	V	X	X
Лечебни манипулации в извънболнични условия за овладяване на конкретен здравен проблем	V	V	V
инжектиране – мускулно, венозно; превръзка; сваляне на конци	V	V	V
поставяне на венозна система, катетър и др.	V	V	X
криотерапия и/или лазертерапия при доброкачествени кожни тумори	V	X	X
амбулаторни хирургични операции	V	X	X
Консултация на болен по желание с:			
други лекари – специалисти	V	X	X
хабилитирани лица	V	X	X
Подготвяне на болен за хоспитализация в лечебно заведение	V	V	V
Секция БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ			
Подлимит (в % от Общия лимит)	100%	100%	100%
Самоучастие при ползване на изпълнители на медицинска помощ, които не са в списъка на доверените изпълнители на застрахователя	20%	20%	20%
Хоспитализация за лечение/изследване без избор на екип в стая с две и повече легла в следните стационарни отделения на лечебни заведения:			
за долекуване и продължително лечение	V	X	X
акушеро-гинекологично	V	V	V
отделение по съдова хирургия	V	X	X
вътрешни болести	V	V	V
гастроентерологично	V	V	X
дермато-венерологично	V	V	x
детско отделение (за застраховани деца)	V	V	V
ендокринологично	V	V	X
за интензивно лечение	V	V	X
кардиологично	V	V	V
кардиохирургично	V	X	X
мамологично	V	V	X
неврологично	V	V	V
неврохирургично	V	V	X
нефрологично	V	X	X
ортопедия и травматология	V	V	V
ото-рино-ларингологично	V	V	V
офталмологично	V	V	V
пневмофтизиатрично	V	V	V
пулмологично	V	V	X
ревматологично	V	X	X
хематологично	V	X	X
хирургично	V	V	V
физиотерапевтично	V	V	X
Консултация с лекари-специалисти от:			
отделенията на заведението	V	V	V
други лечебни заведения	V	V	X
чужбина/по документи	V	X	X
Клиничко-лабораторни и клиничко-инструментални изследвания, позволяващи диагностицирането и лечението на здравния проблем. В т.ч. в пълен обем и сложност.	V	V	V
Хирургически операции с	V	X	X
малка сложност	V	V	V
средна и голяма сложност	V	V	X
много голяма сложност	V	X	X
Бременност и раждане, вкл.: раждане на дете, спонтанни аборти и прекратяване на бременността по медицински причини; усложнения.	V	V	X
ДОПЪЛНИТЕЛНИ ПОКРИТИЯ			
Подобряване на здравето и предпазване от заболяване			
Профилактичен преглед от терапевт веднъж за една застрахователна година, с изследване на:			
антропометрични измервания	V	V	V
електрокардиограма	V	V	V
ехография на млечни жлези	V	V	X
зрителна острота	V	V	V
измерване на кръвно налягане	V	V	V
кръв:			
- пълна кръвна картина – 18 показателя с диференциално броене на левкоцити, СУЕ	V	V	V
- холестерол, кръвна захар	V	V	X
- триглицериди и АСАТ; АЛАТ	V	X	X
остеоденситометрия при жени (над 45 г.)	V	X	X
простатспецифичен антиген при мъже (над 45 г.) (PSA) - веднъж годишно	V	X	X

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

Урина:			
- общо изследване	V	V	V
- жлъчни пигменти и рН	V	X	X
цитонамазка	V	V	V
Профилактични прегледи от лекари-специалисти- веднъж за една застрахователна година:	V	V	V
акушер-гинеколог	V	V	V
мамолог/за жени/	V	V	X
невролог	V	V	X
ото-рино-ларинголог	V	V	V
офталмолог	V	V	V
терапевт	V	V	V
хирург	V	X	X
Повторен профилактичен преглед при специалист от горензброените необвързан с годишните профилактични прегледи, при необходимост	V	X	X
Биохимичен и цитологичен скрининг за анемия и преанемични състояния – при показания: изследване на серумно желязо и ЖСК	V	V	X
Биохимичен скрининг за възпалителни заболявания на пикочо-половата система и нефролитиаза – при показания: ехография на бъбреци и пикочен мехур, стерилна урина за бактериална посевка и антибиограма	V	V	X
консултация с нефролог	V	X	X
Биохимичен скрининг за диабет – при показания:			
- гликиран хемоглобин	V	V	X
- глюкозотолерантен тест	V	V	X
- кръвнoзахарен профил и	V	V	X
- консултация с ендокринолог	V	V	X
Биохимичен скрининг за заболявания на черния дроб и жлъчен мехур – при показания: ехография на коремни органи, лабораторни изследвания, консултация с гастро-ентеролог	V	X	X
Биохимичен скрининг за рак на простатата – при показания: ехография на простата, консултация с уролог и прицелна биопсия	V	V	X
Биохимичен скрининг за хиперхолестеролемиа и атеросклероза – при показания: мастен профил, консултация с ендокринолог, кардиолог или невролог	V	V	X
Електрокардиографски скрининг за заболявания на сърдечносъдовата система – при показания: ехокардиография, 24 часов холтер, консултация с кардиолог	V	X	X
Ехографски скрининг за тумори на млечните жлези – при показания: мамография и консултация с мамолог и биопсия при нужда	V	V	X
Поставяне на противогрипна ваксина по избор на осигуреното лице	V	X	X
Цитологичен скрининг за начална клетъчна дисплазия на маточната лигавица и рак на шийката на матката – при показания: колпоскопия с прицелна биопсия на маточната лигавица	V	V	V
Допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ подлимит (в % от общия лимит)	10%	10%	-
Самоучастие при ползване на изпълнители на медицинска помощ, които на се в списъка на доверените изпълнители на застрахователя	20%	20%	-
Настояване на болен в луксозни условия (ако се предлагат от лечебното заведение) - за една застрахователна година:	до 30 дни	до 10 дни	X
във ВИП стая	V	X	X
ползване на легло от придружител	V	V	X
ползване на хладилник, телефонен пост, телевизор и интернет (при техническа възможност).	V	V	X
Постоянно наблюдение на болен от:			
лекар-специалист	V	X	X
придружител на болен с осигурено легло и условия за пребиваване, ако се предлагат от лечебното заведение	V	V	X
Консултации по желание на Застрахования с:	V	V	X
лекар специалист в тясна област на медицината	V	V	X
хабилитирано лице	V	X	X
Избор на екип при хирургична операция и раждане	V	X	X
Транспорт на болен от лечебното заведение до друго лечебно заведение	V	V	X
Санаториално лечение в специализирана болница за физиотерапия и рехабилитация, като продължение на болнично лечение – допустим брой дни за една застрахователна година.	до 15 дни	до 10 дни	X
Лечение в специализирана болница за долекуване и продължително лечение - допустим брой дни за една застрахователна година.	до 15 дни	до 10 дни	X
Възстановяване на разходи за медикаменти и консумативи			
Подлимит (в лв.)	200	90	60
Самоучастие	20%	20%	20%
Лекарствени средства и превързочни материали за профилактика:	V	X	X
витамини	V	X	X
противогрипна ваксина	V	X	X
минерални соли	V	X	X

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

Лекарствени средства, превързочни материали и помощни средства предписани от лекар: за лечение, включително и използваните за амбулаторни манипулации, назначени от лекар, вследствие на злополука/заболяване при бременност	V V	V V	V X
Парични обезщетения за загуба на доход, вследствие на хоспитализиране и възстановяване след болест			
Подлимит (в % от Общия лимит)	10%	10%	-
при хоспитализиране поради заболяване или телесно нараняване в резултат от злополука, за повече от 28 последователни дни - за всеки следващ ден на хоспитализация	15 лв. макс.до 30 дни	8 лв. макс.до 15 дни	X
за еднократен болничен престой			
общо за една застрахователна година	макс. до 60 дни	макс.до 30 дни	
след хоспитализиране за минимум десет последователни дни и след изписване от болницата, ако лекар-специалист е предписал престой у дома по-дълъг от една седмица - за всяка следваща пълна седмица	75 лв. макс. до 8 седмици макс. до 12 седмици	40 лв. макс. до 4 седмици макс. до 6 седмици	X
за едно застрахователно събитие			
общо за една застрахователна година			
ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ			
Клауза А. Профилактична дейност и лечение, вследствие на заболяване			
Подлимит	200лв.	90лв.	60лв.
САМО ЗА ГРУПОВИ ДОГОВОРИ			
Самоучастие за раздел Б. и В.	20%	20%	20%
А. Профилактична дейност			
Профилактичен преглед;			
Снемане на зъбен статус	V	V	V
Консултация и стоматологичен съвет	V	V	V
Б. Терапевтична дейност			
Лечение на зъби с кариес –брой за една застрахователна година.	3/три/	2/два/	2/два/
Запълване на дълбоки фисури със силанти	V	V	V
Препариране на кавитет,подложка и obtуриране с пластичен материал при:	V	V	V
засягане на една повърхност	V	V	V
засягане на две повърхности	V	V	V
засягане на три повърхности	V	V	V
Лечение на зъби с пулпит и периодонтит без obtурация - брой за една застрахователна година:	2/два/	1 / един/	X
Лечебни мероприятия за запазване виталитета на зъбната пулпа:			
индиректно покритие	V	V	X
директно покритие	V	V	X
Ампутация и окончателна обработка на витална или девитализирана пулпа при временни зъби.	V	V	X
Ампутация и окончателна обработка на витална пулпа при постоянни зъби с незавършено кореново развитие.	V	V	X
Екстирпация на коренова пулпа и/или механична и медикаментозна обработка на коренови канали	V	V	X
Допълнителна обработка на коренов канал	V	V	X
Запълване на коренов канал	V	V	X
Трепанация на зъб	V	V	X
Анестезия – пъти за една застрахователна година:	4/четири/	2/два/	2/два/
интраорална терминална	V	V	V
интраорална проводна	V	V	V
екстраорална	V	V	V
Секторна рентгенография – пъти за една застрахователна година	4/четири/	2/два/	X
В. Хирургична дейност			
	брой за една застрахователна година		
Екстракция на зъби	2/два/	1 / един/	1 / един/
на еднокоренов зъб	V	V	V
на многокоренов зъб	V	V	V
на дълбоко фрактуриран или силно разрушен зъб	V	V	V
Изделяване на фрактурирани зъбни корени	1 път	X	X
Операция на киста-цистектомия, свързана с остеотомия или апикална остеотомия	2пъти	1 път	X
Корекция на алвеоларен гребен при екзостози	2 пъти	1 път	X
Интраорална инцизия на абсцеси и флегмони	2 пъти	1 път	X
Контролен преглед след хирургична намеса	2 пъти	1 път	1 път
Репониране на лускация на челюстна става	2 пъти	2 пъти	1 път
Оперативно репониране на лускация на челюстна става	2 пъти	1 път	1 път
Репозиция и фиксация на фрактурирани носни кости	2 пъти	2 пъти	1 път
Репозиция на фрактуриран фрагмент от алвеоларната кост	2 пъти	2 пъти	1 път
Оперативна репозиция и фиксация чрез остеосинтеза при фрактура на долна челюст	2 пъти	1 път	1 път
Оперативна репозиция и фиксация чрез остеосинтеза при фрактура на горна челюст	2 пъти	1 път	1 път
Оперативна репозиция и фиксация чрез остеосинтеза при фрактура на средния лицев	2 пъти	1 път	1 път

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

етаж			
Оперативна репозиция и фиксация на изолирана фрактура на пода на orbitата	2 пъти	2 пъти	1 път
Суспензивна фиксация, серкляж	2 пъти	2 пъти	1 път
Оперативно отстраняване на остеосинтезен материал	2 пъти	2 пъти	1 път
Шиниране на долната челюст или междучелюстно шиниране двустранно	2 пъти	2 пъти	1 път
Поставяне на телени лигатури	3 пъти	3 пъти	1 път
Остеотомия след неправилно зараснала фрактура на среден лицев етаж, вкл.остеосинтеза	2 пъти	1 път	X
Остеотомия след неправилно зараснала фрактура на долна челюст, вкл. Остеосинтеза	2 пъти	1 път	X
Клауза Б. Лечение, вследствие на злополука*			
Подлимит	600	200	100
*Травматичният характер на зъбното увреждане следва да бъде оформен документално от лекуващия зъболекар и да кореспондира с проведеното лечение			
ЗА ГРУПОВИ, ИНДИВИДУАЛНИ И СЕМЕЙНИ ДОГОВОРИ			
зъбни рентгенови снимки	V	V	V
вадене на зъб	V	V	V
ортопедия и изграждане на зъб	V	V	X
челюстна хирургия	V	V	X