

Глава първа  
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ I. ДЕФИНИЦИИ

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

1. **Застрахователен договор (застрахователна полица)**, наричан за краткост "договора", се състои от тези Общи условия, Специални условия, евентуални добавъци. Когато се има предвид писменият документ, обикновено договорът се нарича "полица". Застрахователният договор съдържа подробна информация за застрахованите лица, застрахователната година, застрахователната премия, самоучастието и началото на застраховката.
2. **Специални условия (опис на полицата)** - част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми, покрития и условия, както и подписите на страните по договора.
3. **Добавък** е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.
4. **Страни по договора** са застрахователят и застрахованият.
5. **Застраховател** е Застрахователно акционерно дружество "БУАСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" АД, със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. "Света София" № 6.
6. **Застраховач (договорител)** е лицето, което сключва договора за застраховка със застрахователя и плаща определената в договора премия. В случай че застраховката е върху здравето и/или телесната цялост на застраховачия, той е и застрахован.
7. **Застрахован** е физическото лице, върху чието здраве и/или телесна цялост се сключва застраховката и на което се възстановят направените от него медицински разходи и/или се осигурява предоставянето на здравни стоки и услуги, в съответствие с настоящите Общи условия, приложенията към тях и застрахователния договор.
8. **Друго лице, ползващо се от покритие**, е лицето, за което при определени в договора обстоятелства се извършва застрахователно плащане. Ползващи се лица по тази застраховка могат да са роднини от първа или втора степен на застрахованото лице. Ползващите се лица се посочват в застрахователния договор.
9. **Роднина първа или втора степен** са съпруг/а, лицето, с което застрахованото лице живее постоянно заедно, родители, деца до 18 години (или до 25 години, в случай че продължават своето образование в учебни заведения за средно или висше образование) и внуци.
10. **Здравен пакет** е съвкупността от регламентирани по вид и обхват здравни стоки и услуги, предоставени на застрахованото лице с цел възстановяване, опазване и поддържане на неговото здраве и покривани от застрахователя при условия и ред, определени в Общите условия, приложенията към тях и застрахователния договор. За финансово обезпечаване на ползването на здравните пакети по настоящата застраховка застрахователят използва два подхода, а именно:
  - 10.1. **абонаментно обслужване** - застрахователят финансово обезпечава закупените от застраховачия здравни услуги и стоки само чрез изпълнителите на здравни услуги, с които има подписани договори;
  - 10.2. **възстановяване на разходи** - застрахователят възстановява разходи на застрахованите лица, извършени от свободно избран от тях изпълнител на медицинска помощ, съобразно закупените от тях здравни пакети, лимити на отговорност и процента на възстановяване, посочен в застрахователния договор.
11. **Застрахователно събитие** е събитие, настъпило по време на застрахователния срок, рискът от което е покрит и при настъпването на което застрахователят изплаща застрахователна сума или поема друго задължение, посочено в застрахователния договор.
12. **Покрит риск** е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при сключването на която застрахователят трябва да изплати застрахователната сума или процент от нея.
13. **Застрахователна сума** е сумата, която с договора страните определят да бъде платена от застрахователя на застрахованото лице в изпълнение на договора. Застрахователната сума по настоящата застраховка представлява максималният размер на отговорността на застрахователя по сключения застрахователен договор за обезпечаване на предоставените здравни услуги и стоки и/или възстановяване на направените в срока на договора медицински разходи за здравното обслужване на застрахованото лице. Застрахователната сума по секция "Болнична помощ" представлява сумата, надграждаща стойността на клиничната пътека, покривана от Националната здравноосигурителна каса.
14. **Процент на възстановяване** е максималният размер на разходите за даден вид здравни стоки или услуги в рамките на съответния здравен пакет, който подлежи на възстановяване от застрахователя.
15. **Застрахователна премия** (наричана за краткост "премията") е сумата, която застрахователят изисква в замяна на поетите от него задължения по застрахователния договор.
16. **Срок на застраховката** (застрахователен срок) е срокът, през който застрахователят покрива поетите рискове. Неговото начало и край се посочват в Специалните условия. Датата, на която започва застрахователното покритие, е начална дата.

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

18. **Дата за годишно подновяване** е датата, която е дванадесет месеца след началната дата, посочена в полицата.

19. **Злополука** е непредвидено, случайно и внезапно събитие с възшен за застрахования произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, а не от болест, заболяване или постепенен физически или умствен процес, настъпило през срока на застраховката и против неговата воля, което 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).

20. **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.

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

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

22.1. за който са били потърсени или получени, или са били предвидими лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране от страна на застрахованото или ползващото се лице преди началото на полицата, или

22.2. чието произход е от, или за което застрахованото лице е знаело, че съществува, преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.

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

24. **Медицинска неотложност** е медицинска услуга или лечение, които по мнението на квалифициран практикуващ медицински специалист са подходящи и съответстват на диагнозата и които съгласно общоприетите медицински стандарти не биха могли да бъдат пропуснати, без това да повлияе отрицателно на състоянието на застрахованите лица или качеството на оказаната медицинска помощ. Неотложна медицинска помощ е всяко болестно състояние или обострено хронично заболяване, което е довело до дискомфорт на лицето и е предпоставка за търсене на медицинска помощ.

25. **Спешна медицинска помощ** е медицинска услуга или лечение на всеки пациент, при който е налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, при което, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности, може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи.

26. **Болница** е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото българско законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Не са "болница" лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение, както и рехабилитационните центрове и специализираните болници, клиники и отделения за лечение на психичноболни, алкохолици и наркомани.

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

28. **Извънболнично лечение** - медицинско лечение на застраховано лице, което не е болничен пациент.

29. **Лекар** е законово лицензиран практикуващ медицински специалист, който е признат за лекар от българското законодателство, който оказва лечение, покрито от тази застраховка, и който, при оказването на това лечение, практикува в обхвата на своя лиценз и обучение.

30. **Лекар-специалист** е лице, надлежно квалифицирано и лицензирано по закон да практикува медицина и което притежава удостоверение за специализирано обучение. Специалистът трябва да практикува в рамките на обхвата на своя лиценз и обучение.

31. **Физикалната и рехабилитационна медицина** е клинична медицинска специалност с преобладаваща терапевтична насоченост, която изучава биологичното въздействие на естествени и преформирани физикални фактори върху човешкия организъм и ги прилага чрез терапия с физикални фактори или чрез медицинска рехабилитация. Дейността се извършва под ръководство на лекар със специалност "Физикална и рехабилитационна медицина". Разходите за физиотерапия не включват тези за упражнения преди раждането и по време на майчинството, спортни масажи и трудова

терапия.

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

**33. Стоматолог (лекар по дентална медицина)** е лекар, който е признат като стоматолог от компетентния орган.

**34. Домашни грижи** са услуги в дома на застрахованото лице, предписани от лекар поради медицински (различни от семейни) основания и предоставени от лицензирана от държавата медицинска сестра.

**35. Лекарства/лекарствени средства по рецепта** са всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора за профилактика, диагностициране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологични функции на човека, но само тези лекарства/лекарствени средства, които са предписани от лекар, намират се в пряка причинно-следствена връзка с поставената диагноза и са регистрирани в Изпълнителна агенция по лекарствата. По смисъла на настоящите Общи условия лекарства са и генерични лекарствени продукти, които представляват еквивалент на оригиналния фармацевтичен продукт и съдържат същото активно вещество като него.

**Недопустими за обезщетение са:**

35.1. възстановителни продукти и хранителни добавки;

35.2. продукти за отслабване или продукти за контрол на теллото, за вегетативни смущения по време на пътуване, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;

35.3. тонизиращи продукти, медицински вина, продукти от рибено масло;

35.4. слабителни средства;

35.5. козметични продукти, медицинска козметика;

35.6. детски храни и бебешки продукти, различни от тези, предписани за медицинско състояние, покрито от застраховката;

35.7. противозачатъчни средства, с изключение на случаите, когато се използват за лечение на заболяване;

34.8. цветни лещи, очила за компютър, рамки за очила.

**36. Продуктово ниво** е опцията или нивото на покритие на застрахователното покритие, избрани като действащи от застрахователя и посочени в застрахователния договор.

**37. Лимит на отговорност** е максималната сума, дължима от застрахователя, съгласно приложимото продуктово ниво. Тази сума се приспада от максималната застрахователна сума за едно лице за една застрахователна година. В случай че застраховано лице превиши лимита си на отговорност по някое от покритията си при абонаментно обслужване, застрахователят има право да удържи превишената сума от последващ негов иск за възстановяване на разходи.

**38. Медицински разходи** са всички разумни и необходими разходи, направени във връзка с медицинско или хирургическо лечение на медицинско състояние, оказано от лекар-специалист, към когото застрахованото лице е било препратено.

**39. 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.

**40. Щета** - общата сума на разходите за лечение на всяка отделна злополука, телесно нараняване или заболяване.

**41. 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, или размерът на самоучастието му се приспада от дължимото застрахователно плащане.

**42. Отлагателен период** представлява определен в настоящите Общи условия период от началото на срока на застрахователното покритие, за застрахователни събития, възникнали през който период, застрахователят не дължи плащания.

**43. Изчаквателен период** представлява определен в настоящите Общи условия период от началото на срока на застрахователното покритие, през който период застрахователят не дължи плащания за настъпило застрахователно събитие.

## **РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ**

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

**Чл. 3.** (1) Застрахователният договор по тази застраховка се сключва срещу покрити, съгласно условията на договора, застрахователни рискове, свързани със здравето или

телесната цялост на застрахованите лица.

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

**Чл. 4.** (1) По застраховка “Здравна грижа” се застраховат лица на застрахователна възраст от 18 (осемнадесет) до 70 (седемдесет) години.

(2) Минималната възраст за приемане за застраховане на друго лице, ползващо се от покритията на застрахователния договор, е 0 (нула) години (след придобиване на Единен граждански номер), а максималната - 70 (седемдесет) години.

(3) Възрастта на застрахования се определя в цели години към началото на застраховката, като при изтичане срока на договора застрахованото лице не трябва да бъде по-възрастна от 71 (седемдесет и една) години.

**Чл. 5.** По тази застраховка застрахователят застрахова физически лица, които са:

1. граждани на страна - членка на Европейския съюз, които са осигурени лица по смисъла на Закона за здравето осигуряване и са с валидни и непрекъснати здравноосигурителни права за период от пълни 36 (тридесет и шест) месеца до началото на месеца, предхождащ сключването на застрахователния договор или включването на лицето към него. Наличието на валидни и непрекъснати здравноосигурителни права за периода на осигуряване на лицето в страна - членка на ЕС, се установява с представяне пред застрахователя на изискуемите съгласно действащото законодателство официални формуляри и документи;

2. български граждани, които работят по трудов договор в Република България или се осигуряват на друго основание и са с валидни и непрекъснати здравноосигурителни права съгласно действащото българско законодателство;

3. за всички случаи, извън горепосочените в т. 1 и т. 2, застрахователят сключва застрахователния договор след заплащане на дължимата по договора застрахователна премия и такса за издаване на идентификационна карта на чуждестранен гражданин в размер на 85% (осемдесет и пет процента) от размера на минималния осигурителен доход за самоосигуряващи се лица в Република България към момента на включването на лицето към застрахователния договор.

**Чл. 6.** Ако в едномесечен срок след сключването на застрахователната полица по настоящата застраховка, застрахованото лице реши, че тя не отговаря на неговите нужди, то има право да я прекрати с писмено заявление, подадено до застрахователя, като, 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.

**Чл. 7.** Териториалният обхват на застраховка “Здравна грижа” е територията на Република България.

## **Глава втора** **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ**

**Чл. 8.** (1) Застрахователят поема рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, срещу заплащане на застрахователна премия.

(2) Застрахователят финансово обезпечаване извършването на закупените от застрахователя здравни услуги и стоки чрез сключване на договори с изпълнители на медицинска помощ - лечебни заведения, или чрез свободен избор на лечебно заведение от застрахованото лице.

**Чл. 9.** Здравните стоки и услуги, включени в обхвата на настоящата застраховка, са описани в Приложение 1 - “Покрити рискове по застраховка “Здравна грижа”, неразделна част от настоящите Общи условия.

**Чл. 10.** (1) Здравните стоки и услуги, съдържащи се в Приложение 1, са групирани в шест секции и две допълнителни покрития към две от секциите, както следва:

1. Секция I. “Профилактика”;

2. Секция II. “Извънболнична медицинска помощ”, с допълнително покритие към нея “Наблюдение на бременност”;

3. Секция III. “Болнична медицинска помощ”, с допълнително покритие към нея “Раждане”;

4. Секция IV. “Здравни грижи”;

5. Секция V. “Лекарствени средства, превъзрочни материали, помощни средства и консумативи”;

6. Секция VI. “Дентална помощ”.

(2) В Приложение 1 е описан начинът, по който може да бъде използвана всяка една от услугите - на абонаментен принцип или чрез възстановяване на разходи.

(3) В зависимост от вида и обхвата на здравните стоки и услуги, включени във всяка секция, застрахователят има право да избира между три опции - Стандарт, Оптимум и Лукс.

(4) По време на действие на застрахователния договор избраните при сключването на договора опции по ал. 3 не могат да се променят.

**Чл. 11.** При закупуване на секции “Извънболнична медицинска помощ”, “Болнична медицинска помощ” и/или “Здравни грижи” под формата на абонаментно обслужване, застрахованото лице може да ползва здравните стоки и услуги, съдържащи се в тези

секции и под формата на възстановяване на разходи, но с прилагане на самоучастие. В случай че същите секции са закупени под формата на възстановяване на разходи, при ползването на здравните стоки и услуги под формата на абонаментен принцип самоучастие не се прилага.

**Чл. 12.** (1) Допълнителното покритие “Наблюдение на бременност” към секция “Извънболнична медицинска помощ” включва допълнителни услуги на застрахованите лица над обема по програма “Майчино здравеопазване” на Националната здравноосигурителна каса. Обемът прегледи и изследвания, както и техният лимит са посочени в Приложение 1. Не се извършват застрахователни плащания за предплатените пакети, свързани с наблюдение на бременност.

(2) Застрахователят дължи застрахователно плащане по допълнително покритие „Наблюдение на бременност”, след изтичане на изчаквателен период от 3 (три) месеца след влизане в сила на застрахователното покритие на застрахованото лице.

(3) Допълнителното покритие “Раждане” към секция “Болнична медицинска помощ” включва допълнителни услуги на застрахованите лица над обема на клиничните пътеки за раждане на Националната здравноосигурителна каса. Обемът услуги, както и техният лимит са посочени в Приложение 1.

(4) Застрахователят дължи застрахователно плащане по допълнително покритие „Раждане”, след изтичане на отлагателен период от 6 (шест) месеца след влизане в сила на застрахователното покритие на застрахованото лице.

(5) Изчаквателен, съответно отлагателен периоди при двете допълнителни покрития не се прилагат, в случай че дадено лице е било застраховано при действието на повече от един, сключен със застрахователя, застрахователен договор, в случай че няма прекъсване на застрахователния срок за съответното лице.

### Глава трета

#### ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

**Чл. 13.** Изключенията по настоящата глава са приложими за абсолютно всички покрити от настоящата застраховка застрахователни рискове.

**Чл. 14.** (1) Застрахователните рискове по тази застраховка, както и последиците от тях не се покриват в случаите, когато застрахователното събитие е причинено от или е в резултат на:

1. медицинско лечение на предварително съществуващо заболяване или състояние, както и медицински разходи, възникнали от такова, с изключение на случаите на обостряне на такова заболяване или състояние, което би могло да доведе до опасност за живота или сериозно влошаване на телесните функции на застраховано лице, до овладяване на критичната ситуация, без последващо медицинско лечение за подобряване на състоянието;
2. медицинско лечение за алкохолизъм, злоупотреба/зависимост от наркотици, анаболи, стимуланти, лекарства и други субстанции или всяко състояние на пристрастеност от всякакъв вид, и всяко нараняване или болест, произтичащи пряко или косвено от тази злоупотреба или състояние;
3. самоубийство или опит за самоубийство, всяко самонараняване и ненужно самоизлагане на опасност, освен в случай на опит за спасяване на човешки живот;
4. умишлени действия или измама от страна на застрахованото лице, както и последиците от такива; преднамерено излагане на опасност и извършване или опит за извършване на престъпление; умишлено увреждане на собственото здраве; неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране на заболяване от страна на застрахованото лице;
5. вреди, настъпили в резултат от участието на застрахованото лице във високорискови дейности, например (но не само) следните: автомобилни спортове, въздушни спортове, гмуркане на по-голяма дълбочина от 30 (тридесет) метра, 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;
6. вреди, настъпили в резултат от участието на застрахованото лице във военни или терористични действия, размирици и подобни, както и когато вредата е настъпила, докато застрахованото лице е задържано от органи на властта или се намира в затвора;
7. 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 (АРС) и всякакви подобни инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тези състояния, независимо как са били причинени;
8. козметична хирургия или пластична хирургия, отстраняване на мазнини или други излишни телесни тъкани и всякакви последици от такова медицинско лечение, загуба на тегло или проблеми с теглото, хранителни разстройства, независимо дали са по психологически причини или не; смяна на пола; лечение на косопад; сексуални дисфункции;
9. медицинско експериментално лечение или такова без издадени разрешителни и последиците от тях; участие в дейности или мероприятия с експериментална и научноизследователска цел, както и от лекарствена експериментална и недоказана терапия; лекарства и други медикаменти, закупени без лекарско предписание, както и

рутинни или превантивни медикаменти, ваксинации и прегледи; прегледи без поставена диагноза; назначени изследвания и терапии, неотговарящи на поставената диагноза;

10. трансплантации, хемодиализа и хемотрансфузия;
11. контрацепция, стерилитет, фертилизация, вазектомия, венерически болести, полово предавани болести, промяна на пола или каквато и да е друга форма на свързано с пола състояние, безплодие и всяко свързано с него състояние, форма или подготовка на асистирана репродукция;
12. пътуване със самолет, предприето от застраховано лице, чиято бременност е на етап след 28-а (двадесет и осма) седмица;
13. състояния, следствие на наранявания, причинени по време на раждането, вродени дефекти, болести или аномалии, продължили повече от два месеца след раждането;
14. медицинско лечение на умствени, психически или неврални разстройства, в това число и преходни, депресивно преживяване на житейски събития, носталгия, психиатрично лечение, както и разходите за психотерапевт, психолог, семеен терапевт или консултант в случай на тежка загуба (с изключения на покритието в луксозна опция на секция “Здравни грижи” и в двата пакета);
15. 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; лазерно лечение;
16. всеки вид лечение, за което няма утвърдени медицински стандарти или такова, неотговарящо на утвърдените стандарти;
17. медицинско лечение, свързано с вземането, съхраняването или имплантирането на стволови клетки, независимо дали са собствени или донорски;
18. медицинско лечение за обучителни затруднения, хиперактивност, разстройство на вниманието, говорна терапия, поведенчески проблеми или развитие на детето;
19. прекратяване на бременност (освен при спонтанен аборт, извънматочна бременност или раждане на мъртво дете);
20. медицинско лечение, което е пряк или непряк резултат от ядрена енергия, радиоактивно излъчване, ядрени взривове, природни бедствия и всички други подобни събития с масови последици. Изключение за ядрена енергия не се прилага в случаите, когато ядрената енергия е използвана за медицинско лечение.

(2) Освен в случаите по ал. 1, застрахователят не дължи и не възстановява разходи при:

1. спешна медицинска помощ;
2. ако лечението е покрито от Министерство на здравеопазването и/или НЗОК; или е лечение по силата на законово регламентирана застраховка; държавна схема; споразумение за субсидия, друг договор или здравна програма;
3. разходи за прегледи и изследвания, свързани с издаване на всякакъв вид медицински свидетелства;
4. разходи за настаняване и лечение в хосписи, домове за стари хора, хидро- или спазаведения, клиники за отслабване и/или за природосъобразен живот, здравна ферма или други подобни институции, или в лечебно заведение, което на практика е станало дом или постоянно местоживее на застрахованото лице и приемането му там е организирано изцяло или частично по семейни причини;
5. разходи за закупени лекарства, помощни средства и санитарни материали, след изтичане на петнадесетдневен срок от тяхното предписване, съответно шест месеца за лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка за многократна употреба;
6. разходи за диоптрични стъкла/контактни лещи, след изтичане на три месеца от тяхното предписване;
7. разходите, свързани с намирането на донорски орган, както и всякакви разходи, направени за отстраняването на донорски орган и/или за самия донорски орган и/или транспортните разходи за доставянето на такъв, както и всички свързани с това административни разходи;
8. разходи за имплантация на изкуствено сърце;
9. всякакви разходи, възникнали след изтичането на застрахователния срок, освен ако застрахователният договор не е бил подновен за нови 12 (дванадесет) месеца, както и всякакви разходи, направени след края на застрахователния срок, през който застрахованото лице е навършило 71 (седемдесет и една) години;
10. всякакви разходи, възникнали от спешно стоматологично лечение, наложено от храна или поемане на напитки (дори ако те съдържат чуждо тяло), нормално износване на зъби, миене на зъби или някаква друга процедура за орална хигиена, или някакви средства, различни от възнен удар, всяка форма на възстановителна или коригираща работа, използването на ценни метали, ортодонтоско лечение от всякакъв вид или стоматологично лечение, оказано в болница, освен ако стоматологичната хирургия не е единственото възможно лечение за облекчаване на болката;
11. разходи за щифтове при стоматологично лечение, дори и в случаите на изграждане на металокерамични конструкции;
12. разходи за покритие на течно базирана цитология ThinPrep, с изключение на случаите за диагностициране на предраккови изменения, след рутинна цитонамазка с показани III или IV група по PAP;
13. разходи за генетични изследвания, като в случая молекулярно-генетичната и биохимично-генетичната диагностика се определя като анализ на ДНК, РНК, гени, генни продукти (белтъци и ензими) и специфични метаболити с цел откриване на изменения,

свързани с наследствени или придобити болести. Методът на анализ се осъществява чрез специализирани диагностични генетични изследвания - цитогенетичен и молекулярно-цитогенетичен анализ, молекулярно-генетичен анализ, биохимичен генетичен анализ;

14. разходи за лекарства, предписани при бременност, ако бременността не е покрит риск по застрахователния договор;

15. разходи за лекарства, предписани за стоматологично лечение, ако денталната помощ не е покрит риск.

(3) Застрахователят не покрива болнично лечение на застраховани лица, които нямат здравноосигурителни права или са с прекъснати такива.

(4) При извършване на застрахователни плащания, застрахователят спазва нормативната уредба в областта на здравеопазването, имаща връзка с дейността по медицинско застраховане, включително и законово регламентирания лимити на плащания.

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

**Чл. 15.** (1) Застрахователят не заплаща и не възстановява суми, определени законово като потребителски такси, както и всякакъв вид административни такси и такси за издаване и/или получаване на документи, преписи на документи и всякакъв друг вид носители на информация, изисквани от лечебни заведения.

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

**Чл. 16.** Застрахованите лица носят отговорност за извършени от тях разходи, превишаващи обикновените и обичайните разходи за същата услуга.

## **Глава четвърта** **ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР**

### **РАЗДЕЛ I. ПРЕДДоговорна информация**

**Чл. 17.** (1) Застрахователният договор се изготвя въз основа на предложение за застраховане от застрахователя, списък на застрахованите лица, декларация за здравословното състояние, професията и дейността на застрахованите, както и на други сведения, които застрахователят може да изиска за оценяване на застрахователния риск.

(2) Ако в срок от 3 (три) месеца след подписването на декларацията за здравословното състояние, професията и дейността на застрахования по обективни причини застрахователният договор не бъде сключен, се изисква попълване на нова декларация.

(3) При сключване на договора застрахователят/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. Ако застрахователят/застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договарът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застраховането.

(4) По време на действието на договора застрахователят/застрахованият е длъжен писмено да обяви пред застрахователя, незабавно след узнаването 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.

### **РАЗДЕЛ II. СКЛЮЧВАНЕ, ФОРМА, ДЕЙСТВИЕ И ПРОМЕНИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

**Чл. 18.** Застрахователният договор се изготвя от застрахователя, след като застрахователят (застрахованият) представи необходимите документи.

**Чл. 19.** (1) Застрахователният договор се сключва със здрави лица с нормален застрахователен риск.

(2) Лица със завишен застрахователен риск, съгласно критериите, изброени в здравната декларация, се застраховат при условия, определени в застрахователния договор или с Анекс към договора и при допълнително платена премия.

**Чл. 20.** (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма въз основа на писмено предложение по образец на застрахователя, към което се прилагат следните документи:

1. при индивидуално застраховане и групово застраховане на група, състояща се от по-малко от 20 (двадесет) лица - здравна декларация (по образец на застрахователя);  
2. групово застраховане на група, състояща се от 50 (петдесет) и повече лица - списък и здравна декларация само по искане на застрахователя.

(2) В случаите по ал. 1, т. 2 застрахователят може да сключи договора, без да изисква попълването на декларации за здравословно състояние.

(3) В предложението за застраховане застрахователят посочва избраните от него секции и опции здравни стоки и услуги, както и формата на предлагането им.

(4) Един застрахователен договор може да съдържа едновременно избрани секции, предлагани под формата на абонаментно обслужване, и такива, предлагани под

формата на възстановяване на разходи.

(5) В случай че групов застрахователен договор бъде сключен без прилагането на индивидуалния лимит на отговорност за едно застраховано лице от групата, посочен в съответната опция на здравния пакет, се прилага агрегиран лимит на отговорност за цялата група в размер, посочен в самия договор.

**Чл. 21.** (1) При сключване на групов застрахователен договор застрахователят е длъжен при подписване на договора да предостави на застрахователя списък на застрахованите лица.

(2) Списъкът по ал. 1 съдържа следните данни: трите имена (изписани на кирилица), ЕГН и избрания план/продуктово ниво за всяко лице. Когато застрахованото лице е чужд гражданин, задължително се посочват личен номер за чужденец (ЛНЧ), пол и дата на раждане. Списъкът е по образец на застрахователя и представлява Приложение 2, неразделна част от настоящите Общи условия.

(3) Застрахователят има право да актуализира списъка на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено предоставя на застрахователя актуализираните данни.

(4) Включването на нов застрахован става, след като застрахователят писмено уведоми застрахователя и лицето бъде включено в списъка по ал. 1.

(5) Включването на членове на семейства на застраховани лица в групов застрахователен договор се извършва, както следва:

1. членове на семейства на включените към датата на влизане в сила на застрахователния договор лица могат да се добавят не по-късно от два месеца след влизането в сила на договора;

2. членове на семейства на лица, включени след датата на влизане в сила на застрахователния договор, могат да се добавят не по-късно от един месец след началната дата на застрахователно покритие на съответните лица.

(6) Застрахователят се задължава да разясни на застрахованите лица правата и задълженията им по договора, изпълнителите на медицинска помощ, условията и реда за получаване на здравните услуги и стоки, както и да им раздаде идентификационните карти по списък и срещу подпис от тяхна страна.

**Чл. 22.** (1) Договорът влиза в сила след заплащането на застрахователната премия, освен ако не е уговорено друго.

(2) Застрахователят е длъжен да предостави на застрахователя/застрахования идентификационна карта и списък за изпълнителите на медицинска помощ, с които е в договорни отношения.

(3) Промените в списъка на изпълнителите на медицинска помощ, с които застрахователят е в договорни отношения, се обявяват регулярно на интернет страницата на застрахователя.

**Чл. 23.** (1) Застрахованото лице има право лично да ползва договорените в застрахователния договор пакети и опции.

(2) Когато застрахованото лице е избрало абонаментното обслужване като вид форма на тази застраховка, то има право на свободен избор на лекар и лечебно заведение на територията на цялата страна, с които застрахователят има сключен договор. В случай че застрахованото лице е избрало възстановяването на разходи като форма на тази застраховка, то има право на свободен избор на лекар и лечебно заведение, независимо от това, дали застрахователят има сключен договор с тях.

**Чл. 24.** Разходите за здравни услуги и стоки извън договорените в застрахователния договор, както и тези, надвишаващи лимита на отговорност по сключения договор, са за сметка на застрахования.

**Чл. 25.** (1) Застрахованите лица, при всяко посещение при лекар или лечебно заведение, се легитимират с лична карта и идентификационна карта с валиден срок на действие.

(2) В случай на загубване или унищожаване на идентификационната карта, застрахованият уведомява застрахователя, за да му бъде издадено копие. Застрахованият получава копието срещу декларация за невалидност на изгубения/ унищожения документ и заплащане на такса в размер на 5 (пет) лева.

**Чл. 26.** (1) Договорът остава в сила за срок от една година след началната дата и подлежи на подновяване за следващи едногодишни периоди.

(2) Когато е налице прекъсване на застрахователното покритие, застрахователят има право да приложи чл. 20, ал. 1, т. 1.

**Чл. 27.** (1) Застрахователят има право да промени размера на застрахователната премия и/или условията на договора. Застрахователят трябва да бъде уведомен за промяната 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 на датата, посочена в уведомлението от застрахователя.

(2) При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелства, независещи от застрахователя, чиито 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 застрахователя промени в тарифите и условията по тази застраховка. Промяната влиза в сила след съгласие на застрахователя. При липса на съгласие от негова страна от застрахователния договор отпада застрахователното покритие и застрахователят не дължи заплащането на застрахователна премия по него от датата на промяната.

(3) Промяната в застрахователния договор се извършва чрез издаване на добавък, който влиза в сила от 24 (двадесет и четири) часа на датата на издаването му, освен ако не е уговорено друго.

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

**Чл. 28.** (1) Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

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

1. ако застрахованото лице умишлено е представило неверни факти и обстоятелства;

2. при навършване на 71-годишна възраст от застрахованото лице - застрахователното покритие се прекратява в последния ден на застрахователната година, в която застрахованото лице е достигнало тази възраст;

3. с едностранно изявление от застрахования до застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие - в срок до три месеца преди изтичането на застрахователната година, като застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия;

4. при индивидуални застрахователни договори - със смъртта на застрахованото лице, като в този случай застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия;

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

(3) Предсрочно прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на застраховано лице по групов застрахователен договор влиза в сила от деня на връщане на идентификационната му карта на застрахователя. До деня на връщане на картата застрахованият дължи плащане на застрахователната премия за съответното лице.

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

(5) В случай че през срока на действие на застрахователния договор нетната квота на щетимост надхвърли 150%, застрахователят има право да предложи повишаване на застрахователната премия. В случай че застрахованият не приеме предложението, застрахователят има право да прекрати предсрочно застрахователния договор. В случай че застрахованият е платил застрахователна премия за период след датата на прекратяването, застрахователят дължи връщането ѝ.

(6) При предсрочно прекратяване на договора застрахованите лица са длъжни да върнат във възможно най-кратък срок на застрахователя идентификационните си карти. Всеки разход, направен от застрахованото лице, под формата на възстановяване на разходи, след края на неговото индивидуално застрахователно покритие, не подлежи на заплащане от застрахователя.

**Чл. 29.** Застрахователят има право да откаже подновяване на застрахователния договор, както и да прекрати или да промени условията на договора, в случай че:

1. от страна на застрахования/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 му били изплатени по силата на застрахователния договор.

2. застрахованият/застраховано лице е нарушил/о условията на застрахователния договор.

**Чл. 30.** Възможността за прекратяване на застрахователния договор от страна на застрахования не се прилага, ако:

1. промяната на застрахователната премия и/или другите условия произтича от законови разпоредби;

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

**Чл. 31.** (1) Застрахователната премия се конкретизира в застрахователния договор.

(2) Застрахователната премия се плаща еднократно или годишно. Чрез изрична писмена уговорка между страните по договора премията може да се разсрочи.

(3) Застрахователната премия се плаща при сключване на застрахователния договор за всички застраховани лица, включени в договора, освен ако не бъде уговорено друго.

(4) Застрахованият е длъжен да извърши плащането на застрахователната премия или вноските по нея в случаите на разсрочено плащане в размерите и сроковете, определени в съответния договор. В случай че застрахованият забави плащането на премията или някоя вноска от нея, или плати по-малък размер от дължимата сума, застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати по реда, определен в Кодекса за застраховането.

**Чл. 32.** (1) В случай че възрастта на застраховано лице е била посочена неправилно и в резултат на това платената застрахователна премия е недостатъчна, застрахованият дължи незабавно доплащане на разликата в премията.

(2) В случай че възрастта на застраховано лице е била посочена неправилно и в резултат на това платената застрахователна премия е в по-висок размер, застрахователят дължи възстановяване на надплатената част от премията без лихва.

(3) В случай че възрастта на застраховано лице е била посочена неправилно, а заради точната си възраст застрахованото лице нямаше да има право на покритие по тази застраховка, застрахователят не дължи застрахователни плащания, а отговорността

му е ограничена до възстановяването на общата сума на платената застрахователна премия без лихва.

**Чл. 33.** (1) Застрахователят изготвя здравно досие на застрахованото лице и води регистър на застрахованите лица, който съдържа необходимата информация за здравето им състояние, внесените премии и вноски, ползваните здравни услуги и стоки и за възстановените разходи.

(2) Застрахователят предоставя, при поискване на застрахованото лице, в края на всяка застрахователна година информация относно ползваните от него здравни услуги и стоки.

**Чл. 34.** Застрахователят има право на информираност относно здравословното състояние на застрахованите и може, през времетраенето на застрахователния договор, да извършва проверки чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на застраховано лице от изпълнителите на медицински услуги.

## Глава пета

### ВЗАИМОТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

**Чл. 35.** (1) Застрахованото лице е длъжно да представи всички документи, свързани с установяването на събитието.

(2) 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 застрахованият не е информирал застрахователя, застрахователната сума или частта от нея се променя в зависимост от коректните данни и в съответствие с платената застрахователна премия.

(3) Застрахователят има право да откаже плащане на застрахователна сума или процент от нея, ако застрахованият/застрахованото лице представи неверни или преправени доказателства или документи.

**Чл. 36.** (1) За извършване на застрахователно плащане при възстановяване на разходи, т.е. в случаите, когато разходите за лечение са заплатени от застрахования, той трябва да представи следните документи (в оригинал или заверено копие):

1. заявление по образец на застрахователя;
2. документ за самоличност;
3. медицинска форма, попълнена от лекаря, осъществил и/или назначил лечението и/или изследването;
4. рецепти за предписаните лекарства или помощни средства;
5. фактури за извършените разходи, заедно с фискалните бонове към тях, задължително в оригинал;
6. епикриза от болнично заведение;
7. описание на предоставените медицински услуги;
8. за санитарен транспорт - документи, удостоверяващи необходимостта от такъв, издадени от изпълнители на медицинска помощ;
9. за дентална помощ - рентгенография, предшествваща лечение на пулпит, периодонтит и хирургични услуги; амбулаторен лист с вписан пълен дентален статус, фактура с вписани на отделни позиции, извършените дентални услуги; касов бон;
10. стикери за закупени диоптрични стъкла/контактни лещи и за вложени медицински изделия;
11. други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разходи.

(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. име и практиката на практикуващия медицински специалист или лечебното заведение;
4. описание на предоставените услуги или продукти.

(3) Към всяка фактура за закупени лекарства задължително трябва да бъдат приложени рецептата за тях и касов бон. Фактурата трябва да съдържа описание на закупените лекарствени продукти

(4) Набавянето на всички изискуеми документи, необходими за определянето на основанието и размера на застрахователното плащане, е за сметка на застрахованото лице.

**Чл. 37.** В случай на смърт на застраховано лице, след като е получило здравните услуги, застрахователят възстановява извършените медицински разходи на законните наследници на застрахования, след представяни доказателствени документи или на съответното лечебно заведение, където е извършена услугата.

**Чл. 38.** (1) Застрахователното плащане се извършва в срок от 15 (петнадесет) дни от датата на представянето пред застрахователя на всички поискани документи.

(2) Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие са необходими допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяването на основанието и размера на претенцията, застрахователят уведомява застрахования/ползващите се лица по застрахователния

договор за допълнителните доказателства, най-късно в срок 45 (четиридесет и пет) дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор.

(3) При частичен или пълен отказ от застрахователно плащане, застрахователят уведомява застрахованото лице за мотивите си, като уведомяването може да стане по един от следните начини: чрез писмо, електронно съобщение или sms, в зависимост от заявения от застрахованото лице в заявлението за изплащане на суми начин.

**Чл. 39.** Застрахователят извършва застрахователни плащания до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор, за всяко ниво на покритие на съответното застраховано лице, за застрахователни събития, настъпили през застрахователния срок, за които са направени разумни и необходими разходи.

**Чл. 40.** Отговорността на застрахователя във връзка с всички заведени иски за застрахователни плащания се прекратява незабавно при прекратяването на застрахователния договор и/или заличаването на застрахованото лице от полицата.

**Чл. 41.** (1) Застрахованото лице дължи възстановяване на разходи, направени от застрахователя, в следните случаи:

1. ако застрахованото лице не е върнало идентификационната си карта след прекратяването на индивидуалното му застрахователно покритие и е направило разходи в лечебни заведения, с които застрахователят има сключени договори – дължи на застрахователя всички платени от последния суми на лечебното заведение, за оказани му медицински услуги, след прекратяване на индивидуалното му застрахователно покритие;

2. ако застрахованото лице е надвишило лимита си при абонаментно обслужване - дължи на застрахователя всички, платени от последния суми на лечебното заведение, надвишаващи лимита му на отговорност;

3. ако под формата на абонаментно обслужване застрахованото лице е получило лечение или здравна услуга, представляваща изключен риск по застраховката;

4. във всякакви други случаи на застрахователни плащания, извън дължимите от застрахователя, извън уговорените в застрахователния договор и настоящите Общи условия.

(2) Застрахователят уведомява писмено застрахованото лице за размера, условията и начина на възстановяване на сумите.

**Чл. 42.** (1) Когато в предмета на застрахователния договор е включена опция “Профилактика”, застрахованият изготвя предварителна заявка за провеждане на профилактични прегледи, като посочва желанието от него период за извършването им, който обхваща не повече от 90 (деветдесет) дни и започва не по-рано от 30 (тридесет) календарни дни от датата на получаване на предварителната заявка при застрахователя.

(2) Предварителната заявка се подава до застрахователя в срок не по-късно от 120 (сто и двадесет) дни преди края на покритието по застрахователния договор, като същата може да бъде изпратена с писмо, по електронна поща или на факс.

(3) Застрахователят предоставя на застрахования информация за минималния брой лица, които трябва да бъдат записани за профилактични прегледи в един и същи ден, в зависимост от осигурителното покритие, не по-късно от 30 (тридесет) дни преди настъпване на заявения по ал. 1 период.

(4) Застрахованият представя окончателен график с желаните дати за провеждане на профилактични прегледи на застрахованите лица в срок не по-късно от 30 (тридесет) дни преди първата желана дата за профилактика. Графикът трябва да съдържа конкретни дати, както и пояснения за брой и териториално местоположение на лицата, в случаите когато застрахованите по договора лица пребивават в повече от едно населено място.

(5) Застрахованият изпраща на застрахователя поименни списъци с лицата, подлежащи на профилактични прегледи, както и датите, на които ще преминат, в срок не по-късно от 7 (седем) дни преди началото на профилактичните прегледи, според окончателния график по ал. 4.

(6) Застрахователят организира допълнителни (резервни) дати за профилактични прегледи за лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Броят на допълнителните (резервни) дати се определя от застрахователя и зависи от броя на застрахованите лица и застрахователното покритие.

(7) Застрахованият се задължава да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактичните прегледи, съобразно окончателния график, представен на застрахователя.

(8) В случай че застрахованите лица не се явят за профилактични прегледи на определените по график основни и резервни дати, задължението на застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

## Глава шеста ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**Чл. 43.** 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.

**Чл. 44.** Веднага щом настъпи застрахователно събитие, застрахованото лице трябва да положи всякакви усилия, за да ограничи последиците от него.

**Чл. 45.** 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 произнасянето по подадено от застрахованото лице заявление за застрахователно плащане.

**Чл. 46.** (1) Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към застрахования, се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на застрахователя. Счита се, че застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на застрахования.

(2) Съобщенията към застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса за кореспонденция на застрахователя.

(3) За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Това правило не се прилага, когато застрахованият не е уведомил застрахователя за текущия си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на съобщението.

**Чл. 47.** В случай на загубване или унищожаване на полицата, застрахованият трябва незабавно да уведоми застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахованият получава копието срещу декларация за невалидност на изгубения/унищожения екземпляр и срещу платена такса в размер на 7 (седем) евро.

**Чл. 48.** (1) Личните данни, получени във връзка със застрахователния договор, се използват от застрахователя за подготвяне и обслужване на този договор. Застрахователят няма право без съгласие на съответното лице да разгласява станалите му известни лични данни, освен в случаите, предвидени със закон, или при предотвратяване на застрахователни измами.

(2) Застрахованият се съгласява за предоставяне на информацията от медицински и други органи и лица във връзка със здравословното му състояние.

**Чл. 49.** На основание чл. 19, ал. 1 от Закона за защита на личните данни, застрахователят уведомява застрахования и застрахования, че:

1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни.

2. Предоставените от тях лични данни се използват от застрахователя за целите на: сключването и изпълнението на договори; реализацията на законните права и интереси на Застрахователя във връзка със сключените договори.

3. При наличие на изрично съгласие, личните им 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 за нуждите на директния маркетинг; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели; на трети лица съгласно договореното между страните.

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

5. Всяко лице, предоставило личните си данни, има право на достъп до тях, както и право да иска коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.

**Чл. 50.** В случай че покритието по застрахователен договор, сключен по тази застраховка, са покрити и от друг застрахователен договор/и, сключен/и с по-ранна дата, застрахователният договор покрива само повишението над покритието, което е осигурено от другия/те застрахователен договор/и.

**Чл. 51.** Правата по застрахователния договор се погасяват по давност, с изтичането на срок, определен от действащото българско законодателство.

**Чл. 52.** (1) Настоящите Общи условия са неразделна част от застрахователния договор и трябва да бъдат разглеждани заедно, за да се избегнат недоразумения.

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

**Чл. 53.** Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение - пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

**Чл. 54.** Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане, са в тежест на ползвачите се лица, застрахованите или техните наследници.

**Чл. 55.** Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

## ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящите Общи условия са приети на заседание на Управителния съвет на ЗАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” АД с решение по Протокол № 104 от 27.02.2013 г., изменени и допълнени с решение по Протокол № 147 от 10.12.2014 г.

§2. Неразделна част от настоящите Общи условия са Приложение 1 - “Покрити рискове по застраховка “Здравна грижа” и Приложение 2 - “Образец на Списък на застрахованите лица”.