

Медицинска застраховка за чужденци, пребиваващи краткосрочно или продължително в Република България или преминаващи транзитно през страната

Medical Insurance for foreign citizens, short-term or long-term residents in the territory of the Republic of Bulgaria or transiting through its territory

РАЗДЕЛ I. ПОНЯТИЯ

SECTION I. DEFINITIONS

Чл. 1. По смисъла на тези Общи условия понятията, посочени по-долу носят следния смисъл:

1. Застрахователен договор (застрахователна полица), наричан за краткост „договора“ („полицата“), се състои от тези Общи условия, Специални условия и добавъци (ако има такива). Субсидиарно приложение намира Наредбата за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителната медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през страната („Наредбата“) и останалото българското законодателство.

2. Специални условия (опис на полицата) са част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми и условия, както и подписите на страните по договора.

3. Страни по договора са Застрахователят и Застрахованият.

4. Застраховател е ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“, със седалище и адрес на управление: гр. София 1301, ул. „Света София“ № 6

5. Застраховач е лицето, което сключва договора за застраховка със Застрахователя и плаща определената в договора застрахователна премия. В случай, че застраховката е върху живота на Застрахования, той е и Застрахован.

6. Застрахован е физическото лице, върху чийто живот се сключва застраховката.

7. Срок на застраховката е срокът, за който е сключен застрахователния договор.

8. Период на застрахователно покритие е периода, през който Застрахователят покрива поетите рискове.

9. Застрахователно събитие е събитие, настъпило със Застрахования през застрахователния срок, което съобразно покритите рискове по договора, води до изплащане на застрахователна сума или част от нея. В настоящия случай, застрахователно събитие може да бъде:

- настъпване на злополука,
- първично диагностициране на акутно заболяване.

10. Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за Застрахования произход, 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), възникнало в срок до 1 година от датата на настъпването и причинило загуба на работоспособност или смърт.

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

12. Акутно заболяване е заболяване, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на Застрахования и изисква спешна и неотложна медицинска намеса.

13. Предварително съществуващо заболяване или състояние е заболяване или медицинско състояние, за което Застрахования е получил лечение, търсил е медицински съвет или е узнал за съществуването му преди началото на застрахователния срок.

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

- 14.1. за него не е известно признато лечение;
- 14.2. продължава за неопределено време;
- 14.3. повтаря се или е вероятно да се повтори;
- 14.4. постоянно е;
- 14.5. изисква дългосрочно наблюдение, консултации, прегледи, контролни прегледи или изследвания.

15. Спешна дентална помощ са дентални услуги, наложени се вследствие на покрити по тези условия злополука или спешно възникнали внезапни състояния при инцизия на абсцеси и флегмони в устната кухина, изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия, както и контролен преглед, след тези услуги и неотложни състояния след използваните дентални процедури.

16. Медицински разходи включва следните непредвидени и неотложни разходи:

- 16.1. разходи за медицински преглед, изследвания, лечение и хирургическа намеса.
- 16.2. разходи за лекарства и медицински средства.
- 16.3. разходи за стационарно лечение.
- 16.4. разходи, направени за превозване по спешност на Застрахования с линейка от мястото на злополуката или мястото където е настъпило заболяването до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна и неотложна медицинска

Art. 1. For the purposes of these General Terms and Conditions, the terms listed hereunder shall have the following meaning:

1. An insurance contract (insurance policy), hereinafter shortly referred to as the “Contract” (“Policy”), includes these Terms and Conditions, the Special Provisions and addendums (if any). The Ordinance on the general terms and conditions, the minimum sum insured, minimum insurance premium and the order of conclusion of the mandatory Medical Insurance for foreign citizens residing over a short-term period in the territory of the Republic of Bulgaria or transiting through its territory (“the Ordinance”) and the Bulgarian legislation shall have subsidiary application.

2. Special conditions (description of the Policy) represent a part of the contract which contains the specific names, addresses, terms, dates, amounts and conditions, as well as the signatures of the parties.

3. Contractual parties are the insurer and the insured person.

4. Insurer is Insurance Single Shareholder Joint-Stock Company “BULSTRAD LIFE VIENNA INSURANCE GROUP”, with headquarters and registered address: 1301 Sofia, 6 “Sveta Sofia” str.

5. Policyholder is the person who signs the insurance contract with the Insurer and pays the premium specified in the contract. In the case of life insurance, the Insuring person is also the Insured one.

6. Insured person is the individual person on whose life the insurance is concluded.

7. Insurance period is the period for which the insurance contract is concluded.

8. Period of insurance coverage is the period throughout which the Insurer covers the risks.

9. Insurance event is an event that has occurred to the Insured person during the insurance period, which according to the risks covered by the contract, results in payment of an insured amount or a part thereof. In this case, the insured event may be:

- Occurrence of an accident,
- Primary diagnosis of an acute disease.

10. An accident means an unforeseen, sudden and accident, the origin of which is beyond the control of the Insured person, occurring during the insurance period and against his will, causing bodily injury to the Insured person (external or internal injury, fracture or cracking of bone, joint luxation, rupture or stretching of a tendon or a muscle, burns or frostbite to the body surface, poisoning, suffocation or drowning) occurring within 1 year from the date of occurrence and causing disability or death.

11. Disease means a set of symptoms or clinical manifestations diagnosed in a licensed healthcare facility for the first time during the insurance term and registered in an official medical document, which cause disability or death. The date of onset of the disease is considered the date of its primary diagnosis.

12. Acute illness means an illness that occurs acutely, suddenly and unexpectedly, endangering the life or health of the Insured person and requiring emergency medical attention.

13. Pre-existing disease or condition means a disease or medical condition for which the Insured person has already received treatment, sought medical advice or was aware of its existence before the start of the insurance period.

14. Chronic disease is an illness or injury that has one or more of the following characteristics:

- 14.1. there is no recognized treatment for it;
- 14.2. continues indefinitely;
- 14.3. is recurring or is likely to recur;
- 14.4. is constant;
- 14.5. requires long-term monitoring, consultations, examinations, checkups or tests.

15. Emergency dental care means dental services required as a result of an accident covered under these

terms and conditions or urgent sudden conditions in case of an incision of abscesses and phlegmons in the oral cavity, removing a tooth which is suddenly broken or severely damaged, including anesthesia and checkup after these services and emergency conditions after the application of the dental procedures.

16. Medical costs include the following unforeseen and urgent expenses:

- 16.1. costs for medical examination, tests, treatment and surgery;
 - 16.2. costs for medicinal products and medical devices;
 - 16.3. costs for inpatient treatment;
 - 16.4. costs incurred for emergency transportation of the Insured person by an ambulance from the site of the accident or the place where the disease has occurred to the nearest healthcare facility for emergency and urgent medical care.
- 17. Unforeseen and urgent medical expenses** include medical expenses required urgently as a result of an accident or a sudden acute illness, the lack of which would lead to:
- a constant threat of the health of the Insured person;
 - serious deterioration of bodily functions.

помощ.

17. Непредвидени и неотложни медицински разходи са медицински разходи, спешно наложени се в резултат на злополука или внезапно започнало акутно заболяване, чието неизвършване би довело до:

- постоянна опасност за здравето на Застрахования;
- сериозно влошаване на телесните функции.

Не са непредвидени и неотложни медицински разходи, разходите за лечение на хронични заболявания, при които симптомите са близки до тези на акутните заболявания, но които са съществували преди началото на срока на застраховката.

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

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

РАЗДЕЛ II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 2. Предмет на застраховане по задължителната медицинска застраховка са разходите за лечение и болничен престой на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през нея, за времето на пребиваването им в страната.

Чл. 3. За разходи, направени за лечение и болничен престой на чужденците по чл. 1, се считат разходите за медицинска помощ при спешни състояния, разходите, направени за извънболнична и болнична медицинска помощ, и разходите за дентална помощ.

Чл. 4. Обект на застраховката са чужденци и лица без българско гражданство, които пребивават краткосрочно или продължително в страната или преминават транзитно през територията на Република България.

Чл. 5. Застраховката е валидна единствено на територията на Република България, респективно покрива медицински разходи, извършени на територията на Република България, в периода на застрахователно покритие.

РАЗДЕЛ III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Чл. 6. Застрахователят покрива следните рискове:

1. Възникване на непредвидени и неотложни медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на акутно заболяване на Застрахования, не са следствие на изключения от застрахователното покритие, възникнали са по време на действието на застрахователния договор и са в лимита на застрахователната отговорност.
2. Възникване на непредвидени и неотложни медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на злополука със Застрахования, не са следствие на изключения от застрахователното покритие, възникнали са по време на действието на застрахователния договор и са в лимита на застрахователната отговорност.
3. Спешна дентална помощ до посочената в Наредбата застрахователна сума и по-конкретно:
 - 3.1. инцизия на абсцеси и флегмони в устната кухина;
 - 3.2. изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия;
 - 3.3. контролен преглед след услугите по т.3.1. и т. 3.2.;
 - 3.4. неотложни състояния след използваните дентални процедури.
4. Документирани необходими и целесъобразни транспортни разходи, при застрахователно събитие вследствие на злополука или акутно заболяване, за настаняване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение, като необходимостта от преместване се определя от медицинско заведение, провело лечението или от лекуващия лекар.

РАЗДЕЛ IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Чл. 7. Застрахователят не дължи застрахователно обезщетение или сума и не покрива разходите на Застрахованото лице в следните случаи:

1. Лечение и болничен престой вследствие на предварително съществуващи и хронични заболявания и състояния;
2. Хемодиализа и хемотрансфузия;
3. Трансплантация на органи, тъкани и клетки;
4. Планови невровирургични, кардиологични и очни операции;
5. Фертилитет ин витро;
6. Венерически заболявания, заболявания на репродуктивната система, както и всички разходи, свързани с лечение на стерилитет, промяна на пола или имплантиране, трансплантация на органи, както и произтичащите от тях усложнения или заболявания;
7. Лечение на СПИН и други полово-предавани болести, както и свързаните с установяването им задължителни или доброволни тестове;
8. Болнична помощ на онкологично болни лица;
9. Лечение на алкохолизъм и наркомания

The costs for treatment of chronic diseases, in which the symptoms are similar to those of acute diseases, but that existed prior to the commencement of the insurance are not considered contingent and emergency medical costs.

18. Epidemic is the rapid and widespread spread of a particular disease that goes far beyond the usual and expected within a specific geographical area and in a relatively short period of time.

19. Pandemic is a type of global epidemic affecting a large region, continent or the whole world and characterized by the emergence of a new virus or infectious carrier against which the human population is immune.

SECTION II. GENERAL PROVISIONS

Art. 2. The subject of insurance under the mandatory medical insurance is the cost of treatment and hospitalization of foreigners, short-term or long-term residents in the territory of the Republic of Bulgaria or transiting through it, for the duration of their stay in the country.

Art. 3. The costs incurred for treatment and hospitalization of foreigners under art. 1 include the costs of medical care for emergency conditions, costs incurred for outpatient and inpatient care, and the cost of dental care.

Art. 4. The subject of the insurance includes foreigners or persons who do not hold Bulgarian citizenship, short-term or long-term residents of the country or transiting through the territory of the Republic of Bulgaria.

Art. 5. The insurance is valid only within the territory of the Republic of Bulgaria, and as such covers medical costs incurred in the Republic of Bulgaria within the period of insurance coverage.

SECTION III. COVERED RISKS

Art. 6. The Insurer shall cover the following risks:

1. Occurrence of unexpected and urgent medical expenses which are a direct and immediate result of the onset of an acute disease of the Insured person, and do not result from exemptions from the insurance coverage, which have occurred during the effective term of the insurance contract and which do not exceed the limit of insurance liability.
2. Occurrence of unforeseen and urgent medical costs, which result directly and immediately from the occurrence of an accident with the insured person, and are not a result of the exemptions from insurance coverage, which have occurred during the effective term of the insurance contract and do not exceed the limit of insurance liability.
3. Urgent dental care up to the amount stipulated in the Ordinance and in particular:
 - 3.1. incision of abscesses and phlegmons in the oral cavity;
 - 3.2. removal of a tooth that has suddenly become broken or severely damaged, including anesthesia;
 - 3.3. checkup after the services under point 3.1. and point 3.2.;
 - 3.4. urgent conditions after the implementation of dental procedures.
4. Transporting expenses that are documented, required and appropriate in case of an insured event caused by an accident or an acute disease, for hospitalization or relocation of the insured person in a hospital, where the need for relocation is determined by the healthcare facility conducting the treatment or the attending physician.

SECTION IV. EXCLUDED RISKS

Art. 7. The insurer shall not pay any insurance compensation or amount and shall not cover the cost of the Insured person in the following cases:

1. Treatment and hospitalization resulting from pre-existing and chronic diseases and conditions;
2. Hemodialysis and transfusion;
3. Transplantation of organs, tissues and cells;
4. Planned neurosurgical, cardiac and eye surgery;
5. Fertility IVF;
6. Venereal diseases, reproductive system diseases, as well as all costs associated with infertility treatment, sex change or implantation, transplantation of organs and the ensuing complications or diseases;
7. Treatment of AIDS and other sexually transmitted diseases, and the compulsory or voluntary testing related thereto;
8. Hospital care for cancer patients;
9. Treatment of alcoholism and drug addiction;
10. Mandatory immunizations;
11. Plastic, cosmetic surgery and other cosmetic medical services;
12. Implementation of unconventional methods for favorable impact on individual health;
13. Failure to comply with prescribed regimen and/ or treatment, disease simulation by the insured person, as well as damages inflicted deliberately on their own health;
14. Preparation and participation in sports competitions;
15. Involvement in hazardous activities such as all kinds of motor sports, flying, air-floating, sailing and under-water sports and activities, jumps from heights, climbing requiring special equipment and speleology. The policy covers amateur sports activities only upon payment of additional premium;

10. Задължителни имунизации
11. Пластични, козметични операции и други козметично медицински услуги;
12. Оказване на неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве;
13. Неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране на заболяване от застрахования, както и умишлено увреждане на своето здраве;
14. Подготовка и участие в спортни състезания;
15. Практикуване на високорискови дейности. За такива се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене, изискващи специална екипировка и спелеология. Застраховката покрива любителски спортни занимания само при допълнително заплатена премия;
16. Сбиване от страна на Застрахования;
17. Извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер от страна на Застрахования; изпълнение на смъртна присъда или злополука, настъпила докато Застрахованият е задържан от органите на властта или се намира в затвор;
18. Други събития, настъпили в следствие на излагане на опасност, преднамерено действие или груба небрежност от страна на Застрахования;
19. Предумишлено самонараняване, самоубийство, или опит за самоубийство (независимо дали Застрахованият е бил вменяем или невменяем), както и опит за убийство;
20. Увреждане на здравето, настъпило по време на задържането на застрахования от органи на властта или в място за лишаване от свобода;
21. Земетресение или атомни и ядрени експлозии, радиоактивни продукти и замърсявания от тях, радиационно (йонизиращо) лъчение;
22. Увреждане на здравето вследствие на прекалена или хронична употреба на алкохол, наркотични, упойващи вещества или медикаментозна зависимост;
23. Терористичен акт или терористично действие;
24. Участие във военни действия или учения, или причинени от радиоактивни или химически материали при въстание, бунт, стачка, локаут или други действия от подобно естество, включително аварийни и бедствени ситуации.
25. Здравни услуги на застрахованите лица, оказани по повод на участие в медицински научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти;
26. Бременност (включително извънматочна), раждане, аборт, контрацептивни мерки или стерилизация и произтичащите от тях усложнения или заболявания;
27. Лечение, операции и манипулации, допуснати от Застрахования, без същите да се налагат от злополука или покрито по условията на застраховката заболяване;
28. Здравни услуги, потребността от които е възникнала вследствие на минали заболявания;
29. Събития, произтекли преди началото на застраховката, дори ако ползваната медицинска помощ е в рамките на срока на застрахователния договор.
30. Медицинска помощ оказана от близки или от съпруг/съпруга.
31. Разходи за контролни прегледи, лечение или медицински грижи, които не са спешна или неотложна медицинска помощ;
32. Разходи за закупуване на хранителни добавки, възстановителни продукти и хомеопатични средства;
33. Разходи, свързани с преглед, лечение и хирургическа намеса, които не са извършени от правоспособен лекар или лицензирано лечебно заведение;
34. Разходи, свързани с медицински преглед и изследвания, при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице;
35. Разходи за рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия, както и всякакви разходи, произтичащи от допълнително оздравително лечение или възстановяване в минерални бани или лечебни станции, санаториуми, оздравителни или други подобни заведения;
36. Разходи за медицинска помощ, оказана от хомеопати или доктори натуралисти;
37. Разходи за репатриране на тленни останки, както и за медицинско транспортиране извън територията на Република България;
38. Разходи за стоматологично лечение и поставяне на изкуствени зъби или протези, за поставяне или подмяна на пломби, за поставяне, подмяна или ремонт на коронки и мостове;
39. Разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства;
40. Всякакви разходи за експериментални и изследователски услуги;
41. Всякакви разходи за медицинско наблюдение или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване или проверка на здравето, включително ваксинации, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, протези, медицински консумативи и изделия, оборудване и други подобни здравни стоки и услуги;
42. Разходи за личен комфорт при стационарно лечение като: VIP стая, стая лукс, единична стая и други, надхвърлящи стойността за ден престой съгласно нормативната уредба, уреждаща разходите по клинична пътека или амбулаторна пътека;
43. Разходи за избор на екип при стационарно лечение;
44. Всяка част от разходите, която надхвърля обичайно необходимите и присъщи разходи, които са покрити съгласно условията на застрахователния договор;

16. Initiation of a fight by the Insured person;
17. Committing or attempting to commit indictable offenses by the Insured person; implementation of a death penalty or an accident occurring while the insured person is detained by the authorities or incarcerated;
18. Other events which have occurred as a result of exposure to danger, intentional act or gross negligence of the Insured person.
19. Premeditated self-harm, suicide or attempted suicide (whether the Insured person was sane or insane) and attempted murder;
20. Health damage occurred during the arrest of the insured person by the authorities or in a place of incarceration;
21. An earthquake or atomic and nuclear explosions, radioactive materials and contamination thereof, radiation, (ionizing) radiation;
22. Damage to health due to excessive or chronic use of alcohol, drugs, narcotics or drug addiction;
23. An act of terrorism or a terrorist action;
24. Participation in hostilities or drills, or caused by radioactive or chemical materials during a rebellion, riot, strike, lockout or other acts of a similar nature, including emergency and disastrous situations.
25. Health services provided to the insured persons as a consequence of their participation in medical research or clinical trials on medicinal products;
26. Pregnancy (including ectopic), childbirth, abortion, contraception or sterilization and the ensuing complications or diseases;
27. Treatment, surgeries and manipulations resulting from an accident or a disease covered by the terms and conditions of the insurance, allowed by the Insured person, without being actually required;
28. Healthcare services, the need for which has arisen as a result of past diseases;
29. Events which occurred before the effective date of the insurance, even if the applied medical care falls within the term of the insurance contract.
30. Medical care provided by relatives or a husband/ wife.
31. Costs for checkups, treatment or medical care which do not represent emergency or urgent medical care;
32. Costs for the purchase of food supplements, recreational products and homeopathic remedies;
33. Costs related to an examination, treatment or surgery that has not been performed by a licensed physician or a licensed healthcare facility;
34. Costs related to medical examination and tests, where no sickness has been diagnosed or are not related to occurrence of accident with the insured person;
35. Expenses for rehabilitation, physiotherapy, kinesitherapy, as well as any costs resulting from further rehabilitation treatment or recovery in spas or medical offices, sanatoriums, convalescent or similar establishments;
36. Costs for medical care provided by homeopaths or naturalists;
37. Expenses for repatriation of remains and medical transportation outside the territory of the Republic of Bulgaria;
38. Costs for dental treatment and placement of artificial teeth or dentures, insertion or replacement of plugs, insertion, replacement or repair of crowns and bridges;
39. Expenses for treatment of mental illnesses or mental disorders;
40. Any costs for experimental and research services;
41. Any costs for medical monitoring or research or diagnostic tests that are part of the routine physical examination or health checkups, including vaccination costs, costs for spectacles, contact lenses, hearing aids, prostheses, medical supplies and devices, equipment and similar medical goods and services;
42. Expenses for personal comfort during inpatient treatment, such as: VIP room, luxury room, single room, etc., exceeding the value of the stay per day under the legal framework governing the costs of clinical pathway or ambulatory pathway;
43. Costs for selection of a team in inpatient treatment;
44. Each part of the costs, which exceeds the usually required inherent costs that are covered under the terms of the insurance contract;
45. Any costs that are caused by sunburn or solarium burns, and any costs that are caused by solar and/ or heat stroke, frostbite;
46. Expenses for issuance of certificates, as well as costs associated with the translation of medical documents.
47. Epidemics, pandemics and other disasters.

SECTION V. CONCLUSION, BEGINNING AND TERMINATION OF THE INSURANCE CONTRACT

Art. 8. The insurance contract is drawn up by the insurer or their authorized representative. The signed contract is provided to the Insured person upon payment of the insurance premium.

Art. 9. The insurance shall take effect from 0.00h am on the day specified as the start of the policy and is valid until 24.00 pm on the day set for the end of the policy, provided that there is insurance interest and the insurance premium has been paid. Unless specified otherwise, the policy shall be effective from 0:00h am on the day following the date of issue.

Art. 10. (1) The insurance policy is concluded for a term of one day to one year, depending

45. Всякакви разходи, които са следствие на слънчево изгаряне или изгаряне в солариум, както и всякакви разходи, които са следствие на слънчев и/или топлинен удар, измръзване;
46. Разходи за издаване на удостоверения, както и разходи свързани с превод на медицински документи.
47. Епидемии, пандемии и други бедствени ситуации.

РАЗДЕЛ V. СКЛЮЧВАНЕ, НАЧАЛО И КРАЙ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл. 8. Застрахователният договор се изготвя от Застрахователя или негов упълномощен представител. Подписаният договор се предава на Застрахования при плащане на застрахователната премия.

Чл. 9. Застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня, посочен за начало и е валидна до 24.00 часа на деня, посочен за край в полицата, при условие, че е наличен застрахователен интерес и е платена застрахователната премия. Ако не е отбелязано друго, полицата влиза в сила от 0:00 часа на деня, следващ датата на издаване.

Чл. 10. (1) Застраховката се сключва за срок от един ден до една година, в зависимост от срока на пребиваване.

(2) Застрахователният договор, за краткосрочно пребиваващите и транзитно преминаващите чужденци не може да бъде сключен за срок, по-дълъг от 90 дни.

(3) Застрахователният договор на чужденци, които пребивават продължително в Република България, не може да бъде сключен за срок по-дълъг от една година.

Чл. 11. Групова застраховка се сключва на две и повече лица, като задължително се прилага поименен списък на застрахованите лица, включващ имената и датите на раждане на всеки от застрахованите.

Чл. 12. Наличието на застрахователен договор се удостоверява със застрахователна полица.

Чл. 13. В случай на загубване или унищожаване на полицата, застрахователят трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахователят получава копие от декларация за невалидност на изгубения /унищожения екземпляр.

Чл. 14. Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

Чл. 15. Договора може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

1. С едностранно изявление от застрахователя до Застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие, изразени писмено.
2. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.
3. В случай на забавяне плащането на премията, или ако не е платен пълния й размер.
4. В други случаи, уговорени изрично в договора.

Чл. 16. Застрахователят има право да прекрати застраховката, когато:

1. Има извършена измама от Застрахования.
2. Застраховката е сключена без знанието на Застрахования.
3. По време на влизане в сила на застраховката заболяването е било настъпило, или е било очаквано от Застрахования.
4. При съзнателно неточно обявяване или премълчаване на обстоятелства, при наличието на които Застрахователят не би сключил договора, се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховането.

Чл. 17. При предсрочно прекратяване на договора застрахователят има право да получи заплатената застрахователна премия с изключение на частта, съответстваща на времето, през което застрахователят е носил риск, ако не е настъпило застрахователно събитие.

РАЗДЕЛ VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА И ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

Чл. 18. Застрахователната сума е в лева и размерът ѝ е фиксиран в застрахователния договор.

Чл. 19. За задължителното ниво на защита застрахователната сума не може да бъде по-ниска от минимална застрахователна сума определена съгласно Наредбата за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителната медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през страната.

Чл. 20. В обсега на застрахователната отговорност се включват всички необходими, извършени в периода на застрахователно покритие и на територията на Република България разходи, направени от Застрахования или от лечебно заведение за лечение и болничен престой при внезапно, неочаквано, непредвидимо неразположение, болест или злополука, възникнали по време на действието на застрахователния договор, в това число документираните необходими и целесъобразни транспортни разходи за настаняване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение.

Чл. 21. Отговорността на Застрахователя е до размера на договорения лимит по съответния риск, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития в срока на действие на застраховката.

on the duration of the stay.

(2) Insurance contracts for short-term residents and transiting foreigners cannot be concluded for a period longer than 90 days.

(3) The insurance contract for foreigners, who are long-term residents of the Republic of Bulgaria, may not be concluded for a period longer than a year.

Art. 11. Group insurance may be concluded by two or more persons. A list of the insured persons, including the names and dates of birth of each insured person, shall be applied.

Art. 12. The existence of an insurance contract shall be certified by an insurance policy.

Art. 13. In case of loss or destruction of the policy, the insuring person shall immediately notify the insurer in order to have a certified copy issued. The insuring person may receive the copy after submitting a statement of invalidity of the lost/ destroyed copy.

Art. 14. The contract shall be terminated upon the expiry of the insurance term.

Art. 15. The contract may be terminated prior to the expiry of the insurance term in the following cases:

1. A unilateral written statement by the insuring person to the insurer if the insurance interest is no longer available through the effective term of the contract.
2. By a mutual written consent of the parties.
3. In case of delay in the payment of the premium, or if it is not paid in full.
4. In other cases, expressly agreed in the contract.

Art. 16. The insurer may terminate the insurance in the following cases:

1. In case of a fraudulent act by the Insured person.
2. If the insurance has been taken without the knowledge of the Insured person.
3. In case the disease had already occurred at the time the insurance enters into force or was expected by the Insured person.
4. In case of deliberate incorrect declaration or omissions of circumstances which, if known to the Insurer, would have prevented the conclusion of the contract, the provisions of the Insurance Code shall apply.

Art. 17. Upon an early termination of the contract, the insuring party is entitled to receive the insurance premium paid, except for the part corresponding to the time through which the insurer bore the risk, unless an insurance event has occurred.

SECTION VI. SUM INSURED AND LIMITS OF RESPONSIBILITY OF THE INSURER

Art. 18. The sum insured is stated in BGN and its amount is fixed in the insurance contract.

Art. 19. For the mandatory level of protection, the sum insured cannot be less than the minimum sum insurance determined in accordance with the Ordinance on the general terms and conditions, the minimum sum insured, minimum insurance premium and the order of conclusion of the mandatory Medical Insurance for foreign citizens, residing over a short-term period in the territory of the Republic of Bulgaria or transiting through its territory.

Art. 20. The scope of insurance liability shall include all required costs, incurred within the period of insurance coverage on the territory of the Republic of Bulgaria by the Insured person or the healthcare facility for treatment and hospitalization in case of a sudden, unexpected, unpredictable ailment, illness or accident which occurred during the term of the insurance contract, including any documented, necessary and appropriate transport expenses for hospitalization or relocation of the insured person in a healthcare facility.

Art. 21. The Insurer's liability is limited to the amount agreed for the relevant risk, regardless of the number of insurance events which have occurred during the effective term of the insurance.

Art. 22. The liability of the Insurer shall be terminated prior to the completion of the insurance contract in case the agreed limit for all insurance events has been reached as a result of compensations which have been or will be paid.

Art. 23. Upon payment of compensation, the sum insured under the relevant insured risk shall be reduced (automatically) with the amount of compensation.

Art. 24. In case of death covered under the terms of the insurance contract, caused by an accident, Insurer shall pay the sum insured for death due to an accident.

Art. 25. In the event of unforeseen and urgent medical expenses the insurer is liable only for actually incurred medical costs that are up to the sum insured for medical expenses.

Art. 26. In the event of costs for emergency dental care the Insurer shall be liable up to the limit specified for this type of care.

Art. 27. If there are any other insurance contracts that provide the Insured person with a similar insurance coverage for medical expenses, the Insurer is proportionally responsible to the costs incurred and his share in each type of expenditure is equal to the value of the costs, divided by the number of contracts covering this type of costs, but no more than the limit specified in the policy.

Art. 28. The insurer shall not be held liable for any delay or default, if they are caused by strikes, explosions, demonstrations, restrictions on free movement, sabotage, terrorism, civil war or war, the effects of radiation or any unexpected difficulty due to force majeure.

SECTION VII. INSURANCE PREMIUM

Art. 29. The insurance premium shall be determined according to the Insurer's Tariff effective as at the date of conclusion of the policy, consistent with the risk characteristics of the insured person and the risks covered by the insurance contract.

Чл. 22. Отговорността на Застрахователя се прекратява преди края на застрахователния договор при изчерпване на договорения лимит за всички застрахователни събития в резултат на изплатени или предстоящи за изплащане обезщетения.

Чл. 23. При изплащане на обезщетение, застрахователната сума по съответния застрахователен риск се намалява (автоматично) със сумата на обезщетението.

Чл. 24. В случай на покритие, съгласно условията на застрахователния договор смърт в следствие на злополука, Застрахователят изплаща застрахователната сума за смърт в следствие на злополука.

Чл. 25. В случай на непредвидени и неотложни медицински разходи, Застрахователят носи отговорност само за реално извършени медицински разходи, които са до размера на застрахователната сума за медицински разходи.

Чл. 26. В случай на разходи за спешна стоматологична помощ Застрахователят носи отговорност до лимита, определен за този вид медицинска помощ.

Чл. 27. В случай, че съществуват други застрахователни договори, които осигуряват на Застрахования аналогично застрахователно покритие за медицински разходи, Застрахователят отговаря пропорционално на направените разходи, като неговият дял във всеки вид разходи е равен на стойността на разходите, разделена на броя на договорите покриващи този вид разходи, но не повече от лимита оказан в полицата.

Чл. 28. Застрахователят не носят отговорност за забавяне или неизпълнение на задълженията си, ако те са предизвикани от стачки, експлозии, демонстрации, ограничения на свободното придвижване, саботаж, тероризъм, гражданска война или войни, последиците от радиоактивно лъчение или всяко друго неочаквано затруднение, дължащо се на форсмажорно обстоятелство.

РАЗДЕЛ VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл. 29. Застрахователната премия се определя съгласно действащата към датата на сключване на полицата тарифа на Застрахователя, като е съобразена с рисковите особености на застрахованото лице и покритите рискове по застрахователния договор.

Чл. 30. Застрахователната премия се плаща еднократно в брой или по банков път. За дата на плащане се счита датата на която е извършен превода по сметката застрахователя с дължимата сума или датата на внасяне на премията при плащания в брой.

Чл. 31. При плащане на застрахователната премия във валута различна от националната валута (лева), стойността ѝ се приравнява според действащият в момента централен курс на Българска народна банка.

РАЗДЕЛ VIII. АСИСТИРАЩА КОМПАНИЯ

Чл. 32. (1) Асистиращата компания е компанията, която въз основа на сключен договор между нея и Застрахователя, в случай на възникване на нужда от извършване на непредвидени и неотложни медицински разходи от страна на Застрахования, да го насочва към най-близкото подходящо лечебно заведение за оказване на медицинска помощ и да заплаща направените медицински разходи в съответствие с условията и ограниченията на настоящия застрахователен договор. (2) Асистираща компания по настоящия договор е „Глобал Сървисиз България“ АД.

РАЗДЕЛ IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРЕЗ СРОКА НА ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Чл. 33. Застрахованото лице, има право лично да ползва договорените покрития и да избира свободно лекар, лекар по дентална медицина и лечебно заведение на територията на Република България.

Чл. 34. Застрахованото лице се ползва от правата по задължителната медицинска застраховка, ако не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на здравни услуги.

Чл. 35. Възстановяване на част от застрахователната премия може да стане само ако полицата е сключена за период не по-малък от един месец, в останалите случаи, Застрахователят не дължи възстановяване на застрахователна премия или част от нея.

Чл. 36. (1) Застрахованият се задължава в срок от 24 часа от настъпване на застрахователното събитие да уведоми Асистиращата компания на посочените в застрахователния договор телефони на най-близкото до местонахождението на Застрахования представителство на Асистиращата компания.

(2) Ако Застрахованият не е уведомил Асистиращата компания в срока по ал. 1, Застрахованият се задължава да уведоми Застрахователя в срок до 7 дни от настъпването на застрахователното събитие.

(3) Застрахованият е длъжен да предостави на Асистиращата компания/ Застрахователя застрахователния договор, документи доказващи датата на застрахователното събитие и всички други поискани от Асистиращата компания/ Застрахователя документи.

Чл. 37. В случай, че Застрахованият не изпълни задълженията си по чл. 36, ал. 1 и ал. 2, отговорността на Застрахователя за извършване на застрахователно плащане може да отпадне или да бъде намалена с 50% от извършените и

Art. 30. The insurance premium shall be paid as a one-off payment in cash or by bank transfer. The date of payment shall be the date on which the transfer of the amount due was made to the account of the insurer or the date of payment of the premium in cash.

Art. 31. Upon payment of the insurance premium in a currency other than the local currency (BGN), its value shall be converted according to the current central exchange rate of the Bulgarian National Bank.

SECTION VIII. ASSISTANCE COMPANY

Art. 32. (1) An assistance company is a company, which based on a contract between such company and the Insurer, and in case of a need for urgent and unforeseen medical expenses, directs the Insured person to the nearest suitable healthcare facility for the provision medical care and pays the medical costs incurred in accordance with the conditions and limitations of this insurance contract.

(2) The assisting company hereunder is "Global Services Bulgaria" AD.

SECTION IX. RELATIONSHIPS BETWEEN PARTIES DURING THE INSURANCE TERM

Art. 33. The insured person has the right to personally use the agreed coverage and to choose a physician, dentist and healthcare facility in the Republic of Bulgaria, at his discretion.

Art. 34. The insured person may exercise the rights under the mandatory medical insurance if he does not create any conditions for unlawful and malicious use of healthcare services.

Art. 35. Refund of part of the insurance premium is possible only if the policy is concluded for a period of not less than one month. Otherwise, the insurer does not owe refund of the insurance premium or part thereof.

Art. 36. (1) Within 24 hours of the occurrence of the insured event, the insured person shall notify the assistance company at the telephone numbers of the Assisting company office specified in the insurance contract, which is closest to the location of the Insured person.

(2) If the insured person fails to inform the assistance company within the period under par. 1, he/she shall notify the insurer within seven days from the occurrence of the insured event.

(3) The insured person is obliged to provide the assistance company/ the Insurer with the insurance contract, documents proving the date of occurrence of the insured event and all other documents requested by the Assistance company/ the Insurer.

Art. 37. If the insured person fails to fulfill their obligations under Art. 36.p.1 and p.2, the liability of the Insurer for payment of the insurance compensation may be waived or reduced to 50% of the costs incurred and covered by the contract.

SECTION X. INSURANCE PAYMENT PROCEDURE

Art. 38. (1) When the Insured has paid expenses for treatment of acute illness or accident, which are not excluded from the insurance coverage and fall within the limit of insurance responsibility, the insured is obliged to present the following document in original:

1. application in the form provided by the Insurer;
2. summary of the circumstances of occurrence of the event;
3. a copy of an international passport;
4. the original insurance policy;
5. medical history or medical report for the diagnosis and conducted treatment;
6. prescriptions, receipts (invoices issued in the name of the insured person or his legal representative) for payment of medical fees, medicinal products purchased, etc.

(2) All medical documents shall be issued by a licensed healthcare facility (hospital, clinic, office, etc.) or by qualified medical professionals.

Art. 39. If necessary, in order to determine the grounds and the amount of the insurance payment, the Insurer is entitled to request further documents.

Art. 40. The insurer shall pay the costs of the medical procedures performed for treatment and hospitalization of the insured persons to the assisting company or the healthcare facility.

(2) In case the insured person has paid the cost of the medical services rendered by the healthcare facility, the Insurer may recover the costs directly to them.

Art. 41. Payment shall be made to the bank account of the insured person or the healthcare facility.

Art. 42. The insurance payments shall be made within 15 business days from the receipt of all documents required.

Art. 43. If a special investigation is required in order to clarify the causes and circumstances of the occurrence of the insured event, the deadline under the preceding paragraph shall be extended until the completion of said investigation.

SECTION XI. INSURANCE SECRET

Art. 44. Any information representing insurance secret within the meaning of the

покритите съгласно договора разходи.

РАЗДЕЛ X. ПРОЦЕДУРА ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

Чл. 38. (1) Когато разходите за лечение при настъпване на акутно заболяване или злополука със Застрахования, които не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност, са заплатени от Застрахования, той е длъжен да представи в оригинал следните документи:

1. заявление по образец на Застрахователя;
 2. кратко изложение относно обстоятелствата за настъпване на събитието;
 3. копие на задграничен паспорт;
 4. оригинал на застрахователната полица;
 5. епикриза или медицински доклад за точната диагноза и проведеното лечение;
 6. рецепти, разписки (фактури, издадени на името на застрахования или негов законен представител) за платен лекарски хонорар, закупени лекарства и др.
- (2) Всички медицински документи трябва да са издадени от лицензирани здравни заведения (болница, клиника, кабинет и др.) или от правоспособни медицински специалисти.

Чл. 39. При необходимост, с оглед определянето на основанието и размера на застрахователното плащане, Застрахователят има право да поиска и други документи.

Чл. 40. Застрахователят заплаща разходите за извършените медицински дейности за лечение и болничен престой на застрахованите лица на асистиращата компания или на самото лечебно заведение.

(2) В случай, че застрахованото лице е заплатило цената на извършените медицински услуги от лечебното заведение, Застрахователят може да възстанови направените разходи директно на него.

Чл. 41. Плащането се извършва по банкова сметка на застрахования или лечебното заведение.

Чл. 42. Застрахователните плащания се извършват в срок до 15 работни дни от датата на получаване на всички необходими документи.

Чл. 43. Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие е необходимо специално разследване, срокът по предходната алинея се удължава до приключване на разследването.

РАЗДЕЛ XI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ТАЙНА

Чл. 44. Сведения, представляващи застрахователна тайна по смисъла на Кодекса за застраховането могат да се разкриват пред лицето, което е страна по застрахователното правоотношение или ползва права по това правоотношение по силата на закон или договор, или по друг ред изрично предвиден в закон.

РАЗДЕЛ XII. ДРУГИ УСЛОВИЯ

Чл. 45. 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.

Чл. 46. Правата по този договор се погасяват с давност от пет години от настъпването на застрахователно събитие.

Чл. 47. (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 на управление 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. 48. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Общи условия и всички допълнителни споразумения и добавъци са неразделна част от застрахователната полица.

§2. Настоящите Общи условия са приети на заседание на Управителния съвет на ЗАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ с Протокол № 86/14.03.2012 г., изменени и допълнени с решение по Протокол № 182/30.03.2016 г., изменени и допълнени с решение по Протокол № 212/22.06.2017 г., в сила от 01.07.2017 г., изменени с решение по Протокол № 263/11.07.2019 г., в сила от 01.10.2019 г., допълнени с решение на УС по Протокол № 280 от 05.03.2020 г.

§3. Английският текст на полицата е превод от оригиналния български текст. Българският текст винаги ще се ползва с предимство.

Insurance Code, may be disclosed to the person who is a party to the insurance contract or benefits from that relationship by law or under a contract, or otherwise in compliance with the statutory procedure.

SECTION XII. OTHER PROVISIONS

Art. 45. Personal data obtained under the insurance contract shall be used by the Insurer for the preparation and service of this contract. The insurer has no right to disclose any personal data, which he has become aware of, without the consent of the relevant person, except in the cases provided by law, or in order to prevent insurance fraud.

Art. 46. The rights under this contract shall lapse upon expiration of a five-year term from the occurrence of the insured event.

Art. 47. (1) All communications which should be addressed to the Insured person shall be submitted to the last known address, as specified in writing to the insurer. It shall be assumed that the insurer has fulfilled their notification obligation in case they have submitted the notice to the last known address of the Insured person.

(2) Any notices to the Insurer shall be sent/ submitted in writing at the registered address of the Insurer.

(3) The date of notification shall be the date of receipt of the notice. This rule shall not apply when the insuring person has not notified the insurer of their current address. In this case, the date of notification shall be the outgoing date of the notice.

Art. 48. Any disputes between the parties shall be resolved by mutual consent. Failing that, they shall be settled by the competent Bulgarian court. The Bulgarian law shall apply.

FINAL PROVISIONS

§1. These General Terms and Conditions and any additional agreements and addendums thereto represent an integral part of the insurance policy.

§2. The present General terms and conditions have been endorsed at a session of the Board of Managers of BULSTRAD LIFE VIENNA INSURANCE GROUP with Minutes № 86/14.03.2012., as amended and supplemented with Minutes No. 182/30.03.2016., as amended and supplemented with Minutes No. 212/22.06.2017., effective as of 01.07.2017., amended by decision under Protocol No. 263 / 11.07.2019, effective 01.10.2019, amended under Minutes No 280/05.03.2020 of the MB.

§3. The English text of the policy is a translation from the original Bulgarian text. The Bulgarian text shall always prevail.