

„УНИКА ЗА НАШЕТО ЗДРАВЕ“

Условия за застраховка „Доброволно здравно осигуряване“

СЪДЪРЖАНИЕ:

РАЗДЕЛ I. Общи разпоредби

Член 1: Общи положения

Член 2: Понятия и дефиниции

РАЗДЕЛ II. Предмет на застраховката

Член 3: Предмет на застраховката

РАЗДЕЛ III. Застрахователен договор

Член 4: Видове застрахователни договори

Член 5: Форма на застрахователния договор

Член 6: Срок и прекратяване на застрахователния договор

Член 7: Начало и край на застрахователния договор и застрахователното покритие

Член 8 и 9: Сключване на застрахователния договор

Член 10: Приемане за застраховане при повишен риск

Член 11: Отлагателен период

Член 12: Застрахователна премия

Член 13: Последствия от неплащане на премия

РАЗДЕЛ IV. Застрахователно покритие

Член 14 и 15

Член 16: Застрахователно събитие

Член 17: Застрахователно обезщетение

Член 18: Здравен пакет „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика)“

Член 19: Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение“

Член 20: Здравен пакет „Болнично лечение“

Член 21: Здравен пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни“

Член 22: Здравен пакет „Физиотерапия и рехабилитация“

Член 23: Здравен пакет „Дентално лечение“

Член 24: Здравен пакет „Медицински средства“

Член 25: Здравен пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“

Член 26: Дневни пари при болничен престой

Член 27: Обезщетение за операции

РАЗДЕЛ V. Общи изключения

Член 28 (непокриване) и член 29 (неносене на отговорност)

РАЗДЕЛ VI. Права и задължения по застрахователния договор

Член 30: Задължение за преддоговорно обявяване на обстоятелства

Член 31: Задължение за уведомление по време на действието на договора

Член 32: Промени в застрахователния договор

Член 33: Задължения на Застрахователя

РАЗДЕЛ VII. Упражняване на права по застрахователния договор

Член 34, 35 и 36

РАЗДЕЛ VIII. Заключителни разпоредби

Член 37: Данъци и такси

Член 38: Искове спрямо трети лица

Член 39: Известия по застрахователния договор

Член 40: Давност и подсъдност

Член 41: Промени на Настоящите условия

Раздел I. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Общи положения

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, по-нататък наричана **застраховател**, по тези Условия за застраховка „Доброволно здравно осигуряване“ (наричани по-нататък: Условия/Условията) застрахова със Договор за медицинска застраховка по чл. 222 а от Кодекса за застраховане физически лица, по-нататък наричани **застрахован**, в случай на злополука и/или заболяване за рисковете и при условията, посочени по-долу. Здравната застраховка се базира върху:

1. разпоредбите на чл. 3, чл. 82 и чл. 83 от Закона за здравното осигуряване;
2. разпоредбите на Кодекса за застраховане и други норми на българското законодателство във връзка с положения, които не са уредени в тези Условия;
3. специално договорени условия, изложени в полицата и нейните приложения (ако има такива);
4. писмените изявления на кандидата за застраховане, изложени в предложението за сключване на застраховка и във всички ос-

танали документи, имащи отношение към случая.

(2) Териториалният обхват на застрахователното покритие включва застрахователни събития, настъпили на територията на Република България.

(3) Застраховката се сключва в български лева.

Понятия и дефиниции

Член 2. Понятията, използвани в настоящите Условия и застрахователните договори, ще имат следното значение:

1. **Застраховател:** Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД – застрахователно акционерно дружество, извършващо застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност № 27/10.08.1998 г. и допълнителен лиценз № 1031 – ЖЗ/24.10.2012 г., което организира и привежда в изпълнение застраховката.

2. **Застраховано лице/Застрахован:** Физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор, което е сключило договора за доброволно здравно осигуряване или от името на което, съобразно неговото/нейното съгласие, е сключен договорът за доброволно здравно осигуряване със Застрахователя и което осъществява правата, предви-

дени в договора за доброволно здравно осигуряване. Застрахован може да бъде и член на семейството на застраховано лице. При групова застраховка застрахованият е физическо лице, което е студент или служител на застрахователя, член на дружеството на застрахователя и/или потребител на услугите, предоставени от застрахователя и което въз основа на сключения застрахователен договор осъществява правата, предвидени в договора, в случай на застрахователно събитие.

3. Застраховащ/ Договорител: Физическо или юридическо лице, както и всяка друга организация, която от името на и в интерес на застрахования и/ или от свое име сключва договор за доброволно здравно осигуряване със застрахователя и която поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия от свои собствени средства или чрез дебитиране сметката на застрахования.

4. Членове на семейството: Съпруг, съпруга или лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство в общо домакинство, на общ постоянен адрес, биологични и/или осиновени деца на застрахования, които съгласно закона са зависими лица до навършване на 18 или до 26 годишна възраст, в случай на студент редовно обучение. Възрастовата граница не е приложима за деца, които не са способни да живеят самостоятелно поради степен на физически или душевни увреждания, които не им позволяват извършването на нормалните двигателни или физически функции.

5. Ново застраховано лице: Лице, което е включено в обхвата на застраховката през срока на действие на застрахователния договор.

6. Застрахователен договор: Състои се от тези Условия, застрахователна полица, предложение за сключване на застраховка, здравен въпросник, списък на застрахованите лица и Специални условия и добавъци, ако има издадени такива.

7. Застрахователна полица: Част от договора, която съдържа имената на страните по застрахователния договор, адреси, застрахователни покрития, лимити и условия, застрахователната премия, срокове по застраховката, както и подписите на страните по договора.

8. Добавък: Извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора;

9. Застрахователно покритие: Рискове, произтичащи от заболяване, телесно увреждане при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с финансовото обезпечаване на определени медицински услуги и стоки, както и фиксирани суми за загуба на доход, които застрахователят поема да покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, дефинирани в раздел Застрахователно покритие на настоящите условия и застрахователната полица.

10. Лимит на отговорност: Максималната сума и/или максималния обем от здравни услуги и стоки, представляваща отговорността на застрахователя за всеки вид медицински обосновано лечение в рамките на обхвата на приложимото продуктивно ниво за всяко застраховано лице за застрахователната година.

11. Здравен пакет: Съвкупност от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които застрахователят се ангажира да предостави на застрахованото лице с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве, при условията, определени в настоящите Условия, застрахователния договор и приложенията към тях.

12. Продуктивно ниво: Опция или ниво на покритие на застрахованите рискове и застрахователни плащания, посочени в застрахователната полица като действащи за съответен застрахователен договор.

13. Застрахователна година: Периодът от дванадесет (12) месеца, отброяван от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор;

14. Дата за годишно подновяване/продължаване на договора: Датата, която е дванадесет месеца след датата, посочена в застрахователната полица за начало на застрахователния договор.

15. Лекар: Всяко лице, притежаващо диплома от общопризнат медицински университет, което е получило разрешение за упражняване на лекарска професия и е законно оправомощено да

практикува медицина в Република България в съответствие с обхвата на своя лиценз и обучение.

16. Болест: Анормално според общопризнатото ниво на медицинската наука телесно или душевно състояние.

17. Злополука: Събитие, независимо от волята на застрахованото лице, което внезапно оказва механично или химично въздействие отвън върху неговото тяло и води до телесно увреждане. За злополука се считат и следните събития, независимо от волята на застрахованото лице:

17.1. удавяне;

17.2. изгаряне, попарване с течности, последствие от удар, от мълния или от електрически ток;

17.3. отравяне от храна, химикали или поради вдишване на газове или токсични пари, освен в случаите, когато тези ефекти настъпват постепенно;

17.4. счупване на здрави кости, изкълчвания на крайници, разтягания и разкъсвания на мускули, сухожилия, връзки и капсули;

17.5. застрахователната защита се разпростира и върху злополуки, причинени от сърдечен инфаркт, и такива, предизвикани от инсулти, с изключение на такива, които се дължат на ефектите на наркотици или алкохол. При никакви обстоятелства, обаче, инфаркт на миокарда не може да се счита за последствие от злополука.

18. Медицинско лечение: Лечение или медицинска терапия е всякаква медицинска или хирургическа процедура, която отговаря на общоприетите норми на медицинската наука и е подходяща за облекчаване на симптомите на заболяване, подобряване на здравето или предотвратяване влошаване на здравето, или лечение на заболяване и телесно увреждане от злополука с цел възстановяване на здравето.

19. Медицински обосновано лечение: Здравна услуга, медицински-технически помощни средства, импланти, медицински принадлежности или лекарство, което е медицински обосновано, в случай че:

19.1. е подходящо и необходимо за диагнозата и лечението на заболяване или нараняване, имащи покритие по полицата и определено съгласно настоящите Условия;

19.2. е необходимо за предотвратяването на заболяване (превантивна здравна услуга), лечение, подобряване на здравословно състояние или предотвратяване влошаване на здравето на застрахованото лице;

19.3. не надвишава, по отношение на обема, продължителността или интензивността, нивото на защита, необходима за предоставяне на безопасно и подходящо лечение;

19.4. е предписано от правоспособен лекар;

19.5. е настъпило през срока на действие на застрахователния договор;

19.6. е в съответствие с общоприетите професионални стандарти за медицинска практика в Република България;

19.7. не е основно предназначено за личен комфорт или удобство на пациент, семейство, лекар или друг доставчик на здравни услуги;

19.8. не е част от образователно или професионално обучение на пациент и лекар, нито в каквато и да било връзка със същото;

19.9. не е експериментално или не се намира в стадий на изследване.

20. Спешно състояние: Спешно състояние е остро или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, която изисква незабавна медицинска помощ, насочена към предотвратяване на: смърт, тежки или необратими морфологични или функционални увреждания на жизнено значими органи и системи, усложнения при родилки, застрашаващи здравето и живота на майката или плода. Спешната медицинска помощ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма, оказвана в рамките на 12 часа от момента на приемане на застрахованото лице в здравното заведение, за да бъде избегнато очакваното развитие на състоянието.

21. Предварително съществуващи заболявания или състояния: Означава всяко здравословно състояние, което е послед-

ствие от някое предишно установено заболяване или злополука или което е изисквало болнично лечение, лечение или лекарствени средства преди влизането в сила на застрахователния договор, т.е. преди началото на застраховката, с което застрахованият е бил запознат към момента на сключване на застрахователния договор или не е спазил медицински препоръки за установяване на медицинско състояние.

22. Хронично заболяване: Означава нараняване, болест или състояние, което се характеризира с една или повече от следните характеристики:

22.1. за него не е известно общопризнато средство за лечение;

22.2. продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;

22.3. изисква палиативно лечение;

22.4. изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;

22.5. лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено за да се справя със заболяването;

22.6. води до загуба на работоспособност.

23. Извънболнично лечение: Медицински услуги, предоставяни на застрахованото лице от лечебни заведения по смисъла на чл. 8 от Закона за лечебните заведения във връзка с медицински обосновано лечение на застрахованото лице, което не налага приемане на пациента в болница.

24. Болница: Лечебно заведение за болнично лечение, създадено и регистрирано съгласно Закона за лечебните заведения и правната система на Република България за лечение и предоставяне на медицинска терапия на болни и лица, пострадали при злополука, в болнични условия.

25. Болнично лечение/Хоспитализация: Непрекъснат минимум 24 часов престой на застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, лечение или наблюдение.

26. Еднодневна хоспитализация: Прием, диагностика и лечение в болнични условия до 24 часа, при които не е нужно пренощуване в лечебното заведение за болнична помощ. Еднодневната хоспитализация се приема за извънболнично лечение по смисъла на настоящите условия.

27. Рехабилитационен център: Лечебно заведение, регистрирано съгласно българското законодателство, за лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето, и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на удовлетворително телесно и психическо състояние, както и лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психическа рехабилитация, балнео, климатотерапия и таласолечение.

28. Хирургическа интервенция (операция): Означава всяка медицинска процедура, извършена от лекар специалист по профилна специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти, при която се нарушава анатомичната цялост на тялото и/или вътрешен орган, изпълнявана, за да бъде поставена диагноза или да се предостави лечение на застрахованото лице, вследствие заболяване или телесно увреждане. Интервенцията трябва да е документирана с оперативен протокол и епикризи.

29. Лекарства/лекарствени средства: 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, диагностиране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологичните 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 одобрени и регистрирани за употреба на територията на Република България от Изпълнителната агенция по лекарствата в България.

30. Медицински разходи: 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 насочено.

31. Разумни и обичайни разходи: За разумни и обичайни разходи се считат разходите за медицинска терапия, които не са по-

високи от средното ниво на разходи в подобни институции в Република България за същата или подобна медицинска терапия – прегледи, изследвания, лечение, услуги или помощ, оказвана на лица от един и същ пол или подобна възраст, за подобно заболяване или нараняване.

32. Щета: Общата сума на разходите за лечение на всяко отделно телесно нараняване или заболяване.

33. Самоучастие: Частта от разходите, за които застрахованото лице остава отговорно при условията, посочени в застрахователния договор. Застрахованото лице само заплаща самоучастията за всяка отделна щета.

34. Мрежа от лечебни заведения: Здравни и медицински центрове, болници, лаборатории, частни практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които са сключили договор за предоставяне на услуги със застрахователя, който е в сила и в които застрахованото лице използва услугите, предвидени съгласно полицата и по начина, установен от настоящите условия.

35. MedUniq SOS център: Центърът за телефонно обслужване на застрахователното дружество, чрез който застрахованите лица се свързват с представители на застрахователя, които им помагат при реализиране на застраховката по начина, установен от настоящите условия.

Раздел II. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Предмет на застраховката

Член 3. (1) По настоящите застрахователни условия срещу получаване на застрахователна премия Застрахователят се задължава да поеме рискове, произтичащи от заболяване, телесно нараняване при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с финансовото обезпечаване на определени медицински услуги и стоки, както и фиксирани суми за загуба на доход, които застрахователят ще покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, дефинирани в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите условия и застрахователната полица. Взаимоотношенията между застрахователя, застрахователя и застрахования се уреждат на базата на сключен писмен застрахователен договор при тези Условия и всички приложения към тях.

(2) Със сключването на застрахователния договор застрахованият се задължава да плаща премия на застрахователя в уговорените срокове, а в случай на настъпване на събитие със застраховано лице, с осигурено покритие от застраховката, застрахователят се задължава да компенсира разходите за медицински обосновано лечение или да изплати обезщетение в съответствие с настоящите условия и договора.

(3) Застрахователят изпълнява задълженията си в следните форми:

1. **абонаментно обслужване** – при настъпване на застрахователно събитие застрахователят обезпечава предоставянето на здравни услуги и стоки на застрахованите лица от определени изпълнители на здравни услуги, с които има сключени договори за медицинско и дентално обслужване. Финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и стоки се уреждат директно между застрахователя и изпълнителя на здравни услуги;

2. **възстановяване на разходи** – при настъпване на застрахователно събитие застрахователят частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на застрахованите лица от свободното избори от тях изпълнители на здравни услуги, с които застрахователят няма сключен договор за медицинско и дентално обслужване. Разходите могат да се възстановят на застрахованите лица за заплатени от тях здравни услуги или на изпълнителите на здравни услуги;

3. **обезщетение за загуба на доход** – застрахователят изплаща на застрахованото лице фиксирана сума за загуба на доход при настъпване на предвидените в застрахователния договор случаи.

(4) Застрахователят предлага два типа здравно осигуряване:

1. **„Допълнително здравно осигуряване“** е застраховка, която покрива разходите за медицинско обслужване, лекарствени средства, медицински стоки, импланти, консумативи, помощни

средства, и/или парични обезщетения, които не са с обезпечено покритие съгласно правата от задължителното здравно осигуряване и/или застраховка за по-голям размер, обхват и стандарт по отношение на права, покривани от задължителното здравно осигуряване. При този тип осигуряване се използва формата на абонаментно обслужване на застрахованите лица в мрежата от лечебни заведения на УНИКА и формата възстановяване на разходи със самоучастие на застрахованото лице при свободен избор за лечение в здравни заведения извън мрежата на УНИКА;

2. „**Частно здравно осигуряване**“ е застраховка, която покрива разходите за медицинско обслужване, лекарствени средства, медицински стоки, импланти, консумативи, помощни средства, и/или парични обезщетения в обем, обхват и стандарт, които не са обвързани с покритието съгласно правата по задължителното здравно осигуряване. При този тип здравно осигуряване се използват и двете форми на обслужване, без прилагане на самоучастие при избор на здравно заведение за лечение извън мрежата на УНИКА;

(5) Застрахователят предоставя здравно осигуряване въз основа на сключен застрахователен договор за избран тип здравно осигуряване, избран здравен пакет и избрано продуктово ниво. Застрахователят избира типа здравно осигуряване, застрахователния пакет и продуктово ниво, като изборът се отразява в застрахователната полица.

(6) Размерът на обезщетението за разходи за лечение, предоставяно от застрахователя, не може да бъде по-високо от максималните лимити, предвидени в договора за съответните здравни пакети.

(7) Застрахователното покритие е в сила на територията на Република България и застрахованото лице е задължено да използва медицински обосновани лечения от изпълнители на медицинска помощ, регистрирани на територията на Република България.

(8) Здравните застраховки са поименни и правата по тях не могат да бъдат преотстъпвани.

Раздел III. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Видове застрахователни договори

Член 4. (1) Застрахователните договори биват :

1. **Индивидуален застрахователен договор** – съгласно който се застрахова едно физическо лице. По тези застраховки застраховател може да бъде застрахованото лице или друго физическо или юридическо лице. Ако застрахователят и застрахованият не са едно и също лице, застрахованият трябва да даде писмено съгласие за застраховането му, за да може договорът да влезе в сила. Ако застрахованият е непълнолетно дете, предложението за застраховане трябва да бъде подписано от неговия родител или настойник. Писменото съгласие се отразява на определените за това места в Предложението за сключване на застраховката.

2. **Семеен застрахователен договор** – съгласно който се застраховат всички членове на едно семейство (съпрузи, или лица живеещи на семейни начала, деца). Застраховател може да бъде член на семейството или друго физическо или юридическо лице. Застрахованите лица трябва да предоставят писмено съгласие за застраховането им. Ако някое от децата е непълнолетно, застраховката се сключва с писменото съгласие на родителите. Писменото съгласие се отразява на определените за това места в Предложението за сключване на застраховката.

3. **Групов застрахователен договор** – съгласно който се застрахова група лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирана с незастрахователни цели:

- 3.1. списъкът с лицата, на които е предоставено застрахователно покритие, представлява неразделна част от груповия застрахователен договор.
- 3.2. при груповия застрахователен договор всяко застраховано лице може да включи членовете на своето семейство по застраховката и да заплаща дължимата застрахователна премия за членовете на семейството.
- 3.3. включване на членове на семейство към груповата застраховка може да бъде извършено само ако те са с непрекъс-

нати здравно осигурителни права по отношение на задължителното здравно осигуряване

- 3.4. включването на членове на семейството към груповата застраховка може да бъде извършено чрез добавяне в списъка на застрахованите лица на съществуващата групово полица на застрахователя или чрез издаване на отделна полица, която ще предоставя покритие само за членовете на семейството на застрахования. Ако е издадена отделна полица, застраховател е физическото лице, застраховано с груповата полица, което включва членовете на своето семейство по застраховката. Включване за членове на семейството към групов застраховка може да бъде извършено най-късно до 30 дни след влизането в сила на застраховката за съответното застраховано лице.
- 3.5. в случай на групов застрахователен договор, полицата за членове на семейството се издава за същия срок на действие на застраховката като на груповата полица.

Форма на застрахователния договор

Член 5. (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(2) Предложението за застраховане, здравният въпросник, евентуални медицински заключения и резултати от медицинските изследвания, застрахователната полица, общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към застраховката, са неразделна част от договора за застраховка.

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

(4) Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица или писмото за покритие са подписани от застрахователя и застрахователя.

Срок и прекратяване на застрахователния договор

Член 6. (1) Застраховката се сключва за срок 1 (една) година, като за индивидуални и семейни застраховки началото е винаги 1-во число на месеца, следващ месеца на предложението. Договорът се продължава/подновява автоматично за всяка следваща застрахователна година освен ако не бъде прекратен от една от договорните страни. Срокът на предизвестие е един месец. Предизвестие за прекратяване се отправя в писмен вид.

(2) Автоматичното продължаване на договора се осъществява със заплащане от застрахователя на застрахователната премия за следващата застрахователна година или първата вноска от нея, като се отчита новата възраст на застрахованото лице.

(3) Независимо от срока на действие на застрахователния договор, застраховката ще бъде прекратена за всеки Застрахован, в случай на:

1. смърт на застрахователя или обявяване на несъстоятелност или ликвидация на юридическото лице, когато то се явява страна по договора, ако в срок от 1 месец след смъртта/несъстоятелността на Застрахователя застрахованите лица не са уговорили със застрахователя продължаване на застраховката чрез определяне на нов застраховател, с изключение на застрахованите лица по договори, за които премията за оставащата част от срока на действие на застрахователния договор е била платена;
 2. смърт на застраховано лице по отношение на това лице;
 3. с изтичане на месеца, в който застрахованото лице навършва 65 години, по отношение на индивидуални и семейни застраховки и с навършване на 75 години за застрахованите с групови застраховки;
 4. прекратяване на трудовите правоотношения или членството на застрахования при застрахователя, или ако спре да бъде потребител на услугите, предоставяни от застрахователя, когато това е било основанието за получаване на статут на застраховано лице към групов застраховка;
 5. заплащане на други събития, определени съгласно Условията.
- (4) При всеки случай след прекратяване на застраховката за застрахован с групов застраховка се прекратява и застрахов-

ката за членовете на семейството му, ако такава е сключена, независимо от основанията за прекратяване на застраховката на застрахования, освен в случая, определен съгласно ал. 3, точка 1 от настоящия член.

Начало и край на застрахователния договор и застрахователното покритие

Член 7. (1) Застрахователният договор влиза в сила в 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска по премията е била платена, освен ако не е договорено друго.

(2) Ако първата договорена премия не е била платена до датата, отбелязана в полицата, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е била платена първата договорена премия в нейния пълен размер.

(3) Застрахователното покритие и отговорността на застрахователя влизат в сила от 24:00 часа на датата, на която изтича съответния отлагателен период, при условие че е платена премията или първата вноска от нея освен ако не е договорено друго. За покритията, за които не са предвидени отлагателни периоди, отговорността на застрахователя влиза в сила от 00:00 часа на датата, на която влиза в сила застрахователният договор.

(4) Отговорността на застрахователя в случая, определен съгласно член 10 ал. (5) от настоящите Условия, ще започне от 24:00 часа на датата, когато изтече срока от 10 (десет) дни от датата, на която застрахователят е получил заявлението за застраховане, при условие че премията или вноската по премията е била платена, освен ако не е уговорено друго.

(5) Отговорността на застрахователя се прекратява от момента на изтичането на 24-я час на датата, отбелязана в полицата като дата на прекратяване на застраховката, както и в случай, че застраховката не е продължена по условията на чл. 6 (2) за следващата застрахователна година или при други случаи, предвидени съгласно настоящите Условия.

(6) Застрахователят няма да изплати обезщетение за разходите, направени вследствие на медицинско лечение или терапия, извършена след прекратяване на отговорността на застрахователя в съответствие с ал. (5) от настоящия член, независимо дали лечението е започнало по време на срока на действие на застрахователния договор.

Сключване на застрахователния договор

Член 8. Застраховат се здрави лица със стандартен застрахователен риск. Лица със завишен застрахователен риск се приемат за застраховане по условията на чл. 10 от настоящите Условия.

Член 9. (1) Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение за застраховане, съставено по образец на застрахователя, към което се прилагат следните документи:

1. при индивидуално и семейно застраховане – здравен въпросник по образец на застрахователя;
2. при групово застраховане с численост на групите до 30 лица – здравен въпросник по образец на застрахователя и списък на застрахованите лица. За групи от 10 и повече лица, когато се застраховат всички членове на групата, застрахователят може да сключи застраховката без представяне на здравен въпросник;
3. при групово застраховане с численост на групите над 30 лица – списък на застрахованите лица. В случай, че се застраховат само част от членовете на предварително формираната група застрахователят има право да изиска представяне и на здравен въпросник за всички или част от кандидатите за застраховане;
4. независимо от големината на групата здравен въпросник се представя и от кандидатите за застраховане, представляващи повишен риск по смисъла на чл. 10.

(2) В предложението за сключване на застраховката застрахователят посочва избрания от него тип застраховане, здравен пакет и продуктово ниво.

(3) Въпросникът за здравословното състояние се попълва при първо включване към застраховката, както и в случай, че при продължаване, възстановяване или подновяване на застраховка са изминали повече от 3 месеца между датите на прекратя-

ване/изтичане на застрахователен договор и датата на продължаването, възстановяването или подновяването му.

(4) Кандидатът за застраховане е задължен да предостави вярна информация на застрахователя за своята истинска възраст и здравословно състояние.

(5) Застрахователят има право да изисква от страната, за която е било установено, въз основа на въпросника, че даден кандидат представлява повишен риск, да извърши допълнителни медицински прегледи и изследвания, за да се даде пълнота на картината за неговото здравословно състояние при сключване на застраховката. Разходите за тези прегледи и изследвания са за сметка на кандидата за застраховане.

(6) Медицинският преглед е задължителен за всички лица, които са на 55 години или повече към момента на подаване на заявлението за индивидуално или семейно застраховане.

(7) Застрахователят си запазва правото да поиска в писмена форма допълнителна информация, която смята за необходима, за оценката на риска при подписване на застрахователния договор.

(8) Застрахователят има право да включи в застраховката с увеличената премия, по начина, определен в член 10 от настоящите Условия, лице, за което въз основа на здравния въпросник е установено, че представлява повишен риск. Застрахователят също има право да откаже застраховка, ограничи или изключи определени покрития за такова лице или да предложи изменени условия.

(9) Застраховката покрива членове на семейството на застрахования само ако тяхната самоличност е посочена в полицата, застрахователния договор или списъка със застраховани лица и в случай че премията за тях е била платена.

(10) След като застрахователният договор влезе в сила, в обхвата на застрахователното му покритие може да се включи ново лице, само ако новото лице отговаря на един от следните критерии:

1. в случай на групов застраховка, ако придобие статут на нов служител или ако лицето промени условията на работа със застрахователя, потребител на услуги на или стане член на дружеството на застрахователя;
2. съпруг/а или брачен партньор на застрахования. В този случай се предоставят на застрахователя документи като удостоверение за граждански брак, доказващи че съпругът/та е станал такъв/такава след влизането в сила на застрахователния договор или предоставяйки документи, които доказват адресната регистрация на застрахования, в случай на брачен партньор при фактическо извънбрачно съжителство;
3. новородено дете на застрахования, при условие че застрахованият е включил всички свои деца (ако има такива) по застрахователното покритие и ако предостави удостоверението за раждане на застрахователя, доказващо, че детето е родено след влизането в сила на застрахователния договор, или решение за осиновяване, получено от социалните служби като доказателство, че детето е осиновено след влизането в сила на застрахователния договор.

(11) За да придобият статут на застраховани лица в случаите, изложени в ал. 10 от настоящия член, застрахователят е длъжен да уведоми писмено застрахователя и да му предостави посочените документи в срок до 30 (тридесет) дни от настъпването на промяната. Застрахователното покритие има същия обхват като на първоначално застрахованото/ните лице/а. Ако новото застраховано лице е с повишен риск, застрахователят може да го застрахова при специални условия или да отхвърли застраховането му.

(12) В случаите, определени в член 6 от настоящите Условия, застрахованите лица се изключват от застраховката преди края на срока на действие на застрахователния договор, при което застрахователят е длъжен да уведоми застрахователя за прекратяването на застраховката на конкретно застраховано лице и да върне картата за доброволно здравно осигуряване (наричана по-нататък: Картата) за това застраховано лице.

(13) Включването или изключването на застраховани лица в/от застрахователното покритие се извършва от 24:00 часа на датата, на която застрахователят е уведомил писмено застрахова-

теля за промяната и е издаден съответен добавък за това по ред, определен от застрахователя.

(14) В случай на злоупотреба с картата, която не е била своевремененно върната на застрахователя след изключването на конкретен застрахован от застраховката, разходите, направени за застрахователно събитие от това лице, ще бъдат платени от застрахователя.

(15) При всеки случай на включване или изключване на лице от/към застрахователния договор, след началото на срока на действие на същия, застрахователят си запазва правото да поиска допълнителни документи, доказващи основанията за прекратяването или началото на действието на застраховката.

(16) При груповите и семейни застраховки застрахованият е длъжен да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по застрахователния договор, условията и реда за получаване на здравни услуги и стоки, както и да им раздаде здравните карти срещу подпис от тяхна страна.

(17) Ако по време на действие на застрахователен договор от типа Допълнително здравно осигуряване, застраховано лице загуби здравно осигурителните си права по задължителното здравно осигуряване, то е длъжно да поиска от застрахователя трансформиране на застрахователния договор в типа „Частно здравно осигуряване“. В случай, че това не бъде направено и настъпи застрахователно събитие, застрахователят ще редуцира плащанията си до размера на щетите, които би платил, ако лицето е с непрекъснати здравно осигурителни права по задължителното здравно осигуряване.

Приемане за застраховане при повишен риск

Член 10 (1) Застрахователят има право да одобри приемането към застраховката при изменени условия на лице, за което е установено, че съществуват здравословни проблеми, свързани с неговото предходно или настоящо здравословно състояние, които представляват повишен риск при това лице.

(2) Стандартен риск се прилага при лице, което към момента на представяне на въпросника няма никакви заболявания или телесни увреждания или има такива с минимален риск по мнение на застрахователя.

(3) Повишен риск се прилага при лице с незначителни субективни физически или психически проблеми, което извършва всички свои житейски и работни дейности при периодично или редовно медицинско лечение.

(4) Нивото на повишения риск в съответствие с ал. (3) от настоящия член се определя от оценяващия лекар на застрахователя, въз основа на данните от въпросника и в съответствие с процедурата по оценка на риска.

(5) В случай че застрахователят установи, че дадено лице представлява повишен риск, застрахователят е задължен в срок от десет (10) дни от получаването на въпросника да изпрати на застрахования писмено предложение за застраховане с изменените условия и да уведоми кандидата за застраховане за същото.

(6) Изменените условия за сключването на застрахователен договор за лицата, представляващи повишен риск, могат да бъдат както следва:

1. ограничаване или изключване на конкретно застрахователно покритие и/или заболяване, като се имат предвид нарушенията в здравословното състояние или последствията от предходното здравословно състояние;

2. прилагането на специални отлагателни периоди за изплащане на обезщетение за лечение по отделни покрития, определени съгласно процедурата за оценка на риска;

3. увеличаване на премията за лицето, представляващо повишен риск.

(7) Изключване на конкретни покрития за лицето, представляващо повишен риск, трябва да бъдат посочени в полицата.

(8) Ако застрахованият не приеме предложеното изменение на условията на договора в писмена форма в срок от десет (10) дни от получаването на писмо, изпратено от застрахователя, ще се счита, че е оттегил предложението за застраховане за това лице, представляващо повишен риск.

Отлагателен период

Член 11. (1) Отлагателният период (наричан по-нататък: отлагателен период) е периодът от време, през който застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че застрахователният договор е в сила.

(2) Отлагателният период започва от началната дата на застрахователния договор или началната дата на застраховката за ново застраховано лице, при условие че е била платена първата дължима по договора премия преди тази дата, освен ако не е договорено друго.

(3) Ако дължимата премия не е била платена преди началната дата на застрахователния договор, отлагателният период започва от 24:00 часа на датата, на която първата премия по договора е била платена.

(4) Общият отлагателен период е 2 (два) месеца, с изключение при случаите, определени в член 11 (5) от настоящите условия, ако не е дефинирано друго в застрахователната полица.

(5) В случай, че по време на действие на отлагателния период застраховано лице бъде лекувано в медицинско заведение от мрежата на застрахователя на принципа на „абонаментно обслужване“, разходите, направени за лечението от това лице, ще бъдат платени от застрахователя.

(6) Не се прилага общ отлагателен период в следните случаи:

1. при лечение, наложено от злополука. Коремни, ингвинални, дискови хернии, причинени или влошили се поради злополука, не се считат като последици от злополуката и при тях се прилага отлагателен период както при заболяване;

2. при включване в обхвата на съществуваща застраховка на съпруг/съпруга, когато тази застраховка е била валидна най-малко три месеца и застраховането на новото лице е заявено в рамките на един месец след сключването на брака. Застрахователното покритие влиза в сила от първо число на месеца, следващ месеца на сключването на брака;

3. при включване в обхвата на съществуваща застраховка на новородено дете, когато тази застраховка е била валидна най-малко три месеца и застраховането на новороденото дете е заявено в рамките на един месец след изписването му от болница. Покритието за детето влиза в сила от датата на изписването му от болница. Не се дължи премия за детето от датата на изписване до първо число на следващия месец.

(6) Специални отлагателни периоди се посочват в полицата.

(7) За болести и последици от злополука, които са били лекувани по време на отлагателните периоди, с изключение на случаите по чл. 11 (5), застрахователно покритие се предоставя след изтичане на отлагателните периоди.

(8) Не се прилага нов отлагателен период при продължаване или подновяване, без прекъсване, на застрахователния договор за следващ застрахователен период, т.е. не се прилага за лица, които вече са придобили статут на застраховано лице съгласно предишната застрахователна полица и за които отлагателният период вече е изтекъл по време на срока на действие на предишната полица.

(9) При подновяване на застраховката или при продължаване на срока, в случай че отлагателният период за дадено застраховано лице не е изцяло изтекъл по време на срока на действие на предишната полица/застрахователен период, оставащото време от предишния отлагателен период ще бъде прехвърлено към следващия период на застраховката.

Застрахователна премия

Член 12. (1) Застрахователната премия е годишна и се определя от застрахователя:

1. при индивидуални и семейни застраховки в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованото лице, избрания тип застраховане, застрахователен пакет и продуктово ниво по тарифи за индивидуално застраховане;

2. при групови застраховки в зависимост от здравословното състояние на застрахованите, големината на групата, избрания тип застраховане, застрахователен пакет и продуктово ниво по тарифи за групово застраховане;

3. групи от 2 до 10 лица могат да се застраховат с групова полица, като застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.

(2) При включване на нови застраховани лица в договора се заплащат застрахователни премии, изчислени на месечна база пропорционално за остатъчния срок на застраховката. За покритията по застрахователни пакети – „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване“, „Дентални услуги“ и „Медицински средства“ се заплаща пълният размер на годишната застрахователна премия, независимо от остатъчния срок на застраховката.

(3) При изключване на застраховани лица от застрахователния договор преди изтичане срока на застраховката, предвиден в договора:

1. застрахователят има право на цялата годишна премия за това лице, в случай че са изплатени застрахователни обезщетения и/или са предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения за текущата застрахователна година за негово лечение;

2. застрахователят има право на премия, до датата на изтичане на застраховката за това лице плюс административните разходи на застрахователя за целия едногодишен период, в случай че не са изплатени застрахователни обезщетения и/или не са предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения за текущата застрахователна година за негово лечение;

3. застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия при смърт на застраховано лице.

(4) Застрахователната премия се заплаща:

1. при групови договори, с численост над 30 лица – с месечни вноски. Застрахователят предоставя отстъпки при различна от месечна динамика на плащанията, както следва: 2% – за тримесечно, 3% – за шестмесечно и 5% – за еднократно годишно плащане;

2. при индивидуални, семейни и групови договори с численост под 30 застраховани лица – на шестмесечни вноски. Застрахователят предоставя отстъпки от 2% за еднократно годишно плащане.

(5) Застрахователната премия се заплаща от застраховачия или от всяко друго лице, което има законното право за плащане на задължението, в размерите и сроковете, посочени в полицата. Годишната застрахователна премия или първата разсрочена вноска се заплащат най-късно до датата, определена за начало на застрахователния договор. Следващите разсрочени вноски се заплащат най-късно до 00:00 часа на датите, посочени за падеж. Заедно със застрахователните премии се заплащат и дължимите данъци и такси. Плащанията може да се извършат:

1. в брой, срещу квитанция по образец на застрахователя, в касата на дружеството или при упълномощен за това от застрахователя застрахователен посредник;

2. по безкасов път чрез банков превод, Е-рау или В-рау.

(6) Когато премията се заплаща безкасово, преводът се счита за направен от датата на заверяване на сметката на застрахователя. Таксите за превод са за сметка на застрахования.

(7) Текущите разсрочени вноски от застрахователната премия могат да бъдат плащани, като застрахованият упълномощи изрично застрахователя да събира дължимите разсрочени вноски чрез задължаване на сметката на застрахования, като използва формата за безналично плащане „Директен дебит“. В този случай при падеж на разсрочена вноска от застрахователната премия, тя се събира от посочената от застрахования сметка.

(8) Застрахователят си запазва правото да актуализира застрахователната премия или условията на договора към началото на всяка следваща застрахователна година:

1. в съответствие с промените в цените на услугите в здравеопазването и на договорните партньори;

2. в съответствие с променената възраст на застрахованото лице, като актуализирането на премията се извършва спрямо валидната за тази възраст премия;

3. като се отчитат промените в честотата на изплащаните обезщетения и разходите по тях;

4. при настъпване на законодателни промени, промени в здравната система или валидните законови разпоредби, които биха

могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователната защита.

(9) При актуализация на премията застрахователят е длъжен да предостави на застраховачия новите договорни условия най-малко 30 (тридесет) дни преди изтичането на текущата застрахователна година:

1. в рамките на един месец, следващ месеца, в който е извършено писменото уведомление, застраховачият има право да откаже в писмена форма изменението на премията. В този случай застраховката ще бъде прекратена с изтичането на текущата застрахователна година.

2. ако застраховачият приеме и плати премията, договорът влиза в сила от датата, на която започва следващата застрахователна година, като застраховката автоматично се продължава за следващ едногодишен период.

3. ако застрахования не приеме и не плати променената застрахователна премия, договорът се прекратява от датата, на която изтича застрахователната година.

(11) В случай, че през съответна застрахователна година нетната квота на щетимост надхвърли 150%, застрахователят има право да предложи повишаване на застрахователната премия. В случай че застраховачият не приеме предложението, застрахователят има право да прекрати предсрочно застрахователния договор без да дължи неустойки.

Последствия от неплащане на премия

Член 13. (1) Ако първата премия не бъде заплатена до 00:00 часа на датата, определена за начало на застраховката, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития. Ако премията не бъде заплатена до 24:00 часа на тридесетия ден от датата на падежа, договорът се счита за недействителен.

(2) При продължаване/подновяване на застраховката за следваща застрахователна година, ако не бъде заплатена дължимата застрахователна премия до 00:00 часа на датата, определена за начало на новата застрахователна година, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития от началото на новата застрахователна година. Ако премията не бъде заплатена до 24:00 часа на тридесетия ден от датата на падежа, договорът се прекратява.

(3) Ако дължима текуща вноска от разсрочената застрахователна премия не бъде платена в размера и срока, посочени в застрахователната полица, застрахователят няма право да търси заплащането ѝ по съдебен ред. Ако премията не бъде платена до 24:00 часа на петнадесетия ден от датата на падежа на вноската или не бъде постигната договореност между страните за удължаване срока за плащането ѝ, застрахователят прекратява договора без да спазва срока за предизвестие.

(4) Ако настъпи застрахователно събитие в периода на изчакване плащането на премията по чл. 12 ал. 3 и премията все още не е платена към датата на настъпване на застрахователното събитие, ще се счита, че договорът е недействителен или не е влязъл в сила и застрахователят не дължи изплащане на обезщетение.

(5) Ако премията не е платена своевременно, застрахователят има право да начисли лихва за забава.

(6) Ако в срок до 30 дни след прекратяването на полицата или ако прекратяването е обвързано с определен срок в рамките на 30 дни след изтичане на срока за плащането застраховачият внесе просрочените премии и в случай че през този период не е настъпило застрахователно събитие, застрахователят може да възстанови действието на застрахователния договор. В този случай покритието се възстановява от датата на постъпване на премията по банкова сметка на застрахователя.

Раздел IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Застрахователно покритие

Член 14. (1) По тези Условия застрахователят покрива рискове на застрахованото лице, свързани с:

1. финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, произтичащи от заболяване или злополука;

2. финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, свър-

зани с профилактика, бременност и раждане;

3. финансовото обезпечаване на стоки и услуги за медицински транспорт, специализирано обгрижване, палиативни грижи и други;

4. компенсирани загубата на доход вследствие на злополука или заболяване;

5. други рискове, упоменати в застрахователната полица.

(2) Отговорността на застрахователя се определя под формата на индивидуална застрахователна сума/лимит на покритие, фиксирани еднократни или периодични плащания и/или като обем и обхват на здравни услуги и стоки, които се предоставят на застрахованото лице за определен срок и се посочват в застрахователния договор. При групови застраховки се допуска сключването на застраховката по общ агрегатен лимит за цялата група, като в тези случаи индивидуални лимити не се посочват.

(3) Покритите рискове са обособени в застрахователни пакети и продуктови нива, с които се регламентират по вид и обхват здравните услуги и стоки, които се покриват от застрахователя, както и еднократните и периодични плащания, които се изплащат от застрахователя, при условията и по реда, определен в настоящите Условия. Обособени са следните **здравни пакети**:

1. **Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика)** – Приложение 1;
2. **Извънболнично лечение** – Приложение 2;
3. **Болнично лечение** – Приложение 3;
4. **Здравни услуги, оказвани на бременни** – Приложение 4;
5. **Физиотерапия и рехабилитация** – Приложение 5;
6. **Дентално лечение** – Приложение 6;
7. **Медицински средства** – Приложение 7;
8. **Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия** – Приложение 8;
9. **Дневни пари за болничен престой**;
10. **Обезщетение за операции**.

(4) Във всеки пакет от Приложение № 1 до 8 са обособени три продуктови нива, с които се регламентират обхвата и обема на покритите от застрахователя здравни стоки и услуги:

1. Продуктово ниво „Стандарт”
2. Продуктово ниво „Комфорт”
3. Продуктово ниво „Престиж”

(5) Подробно описание на покритите здравни стоки и услуги в съответните пакети и продуктови нива се съдържат в Приложението № от 1 до 8, неразделна част от настоящите Условия.

Член 15. (1) При сключване на застрахователния договор в Таблицата със застрахователните покрития се посочва типа здравно осигуряване, пакетите и нивото на застрахователно покритие, по които се сключва застрахователният договор.

(2) Застрахователят има право на свободен избор на типа здравно осигуряване, вида на пакетите и продуктите нива, които да бъдат включени в застрахователния договор, при спазване на следното изискване:

1. Пакетите „Профилактика”, „Извънболнично лечение”, „Дентално лечение” и „Медицински средства” могат да се закупуват само в комбинация с пакет „Болнично лечение”;
2. Пакетите „Здравни услуги, оказвани на бременни” и „Физиотерапия и рехабилитация” се предлагат в комбинация с пакети „Извънболнично лечение” и „Болнично лечение” и са неразделна част от тях.
3. Пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия” се предлага като допълнение на пакет „Болнично лечение”.

(3) Допуска се сключване на застраховка при различни продуктови нива за отделните застрахователни пакети.

Застрахователно събитие

Член 16. (1) Застрахователно събитие представлява бъдещо непредсказуемо събитие, при което застрахованото лице, в резултат на влошаване на здравето (заболяване или нараняване), бива подложено на медицински обосновано лечение, което е предмет на застрахователния договор и разходите за което следва да бъдат платени на изпълнител на медицинска услуга и или на застрахованото лице.

(2) Влошаването на здравето, както е посочено в ал. (1) на нас-

тоящия член, трябва да бъде установено от правоспособен лекар.

(3) Раждането, включително медицинските прегледи, необходими поради бременността, както и свързаното с това необходимо от медицинска гледна точка лечение, също се счита за застрахователно събитие.

(4) Застрахователното събитие започва с диагностициране на заболяването или увреждането и приключва в момента, когато, от медицинска гледна точка, няма повече нужда от лечение, защото здравословното състояние е възстановено или стабилизирано и неговото по-нататъшно подобряване или влошаване не е сигурно.

(5) Застрахователното събитие приключва с прекратяването на застрахователния договор и/или отпадане на застрахованото лице от полицата, независимо дали лечението е приключило.

Застрахователно обезщетение

Член 17. (1) При настъпването на застрахователно събитие, при условията на чл. 14 (3) т.т. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8, застрахователят изплаща обезщетение за извършените медицински разходи, възникнали във връзка с лечение на застраховано лице, на доставчика на медицински услуги или на застрахованото лице до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор за съответното застраховано лице, за събития, настъпили през застрахователния срок, за които са направени разумни и необходими разходи. Всички разходи, свързани с лечението или услугите, които надвишават застрахователната сума и лимити на покритие, са за сметка на самия застрахован.

(2) При настъпването на застрахователно събитие, при условията на чл. 14 (3) т. 9 и т. 10, застрахователят изплаща еднократна фиксирана сума под формата на дневни пари за болничен престой, фиксирана сума за операция или други. Размерът на обезщетението е определен предварително и не зависи от размера на извършените разходи за лечение. Изплаща се независимо от обезщетението за възстановяване на разходи за лечение.

Здравен пакет „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика)”

Член 18. (1) Ползването на здравните услуги от застрахованите при пакета „Профилактика” се организира от MedUniqа SOS центъра на застрахователя.

(2) За да бъдат ползвани услугите при индивидуални и семейни застраховки:

1. Застрахователят заявява в MedUniqа SOS центъра желаната дата/ти за провеждане на профилактичните прегледи не по-късно от 15 дни преди датата на прегледите. Заявяването може да бъде извършено на телефона на MedUniqа SOS центъра, с писмо или по електронна поща;
2. Застрахователят организира провеждането на прегледите и изследванията в здравно заведение от мрежата на УНИКА в обем, съответстващ на договореното застрахователно покритие;
3. В срок не по-късно от 7 дни преди датата на първия преглед застрахователят е длъжен да уведоми застрахователя за адреса на изпълнителя на профилактиката и графика на прегледите и изследванията.

(3) За да бъдат ползвани услугите при групови застраховки:

1. Застрахователят съставя заявка за провеждане на профилактичните прегледи, като посочва желания от него период за извършването им, който обхваща не повече от 60 дни и започва не по-рано от 30 дни след датата на получаване на заявката при застрахователя. Заявката се подава до MedUniqа SOS центъра на застрахователя не по-късно от 90 дни преди края на покритието по застрахователния договор, като може да бъде изпратена с писмо, по електронна поща или факс;
2. Застрахователят организира провеждането на прегледите и изследванията в здравно заведение от мрежата на УНИКА в обем, съответстващ на договореното застрахователно покритие;
3. В срок до 15 дни преди настъпване на заявления по т. 1 период застрахователят предоставя на застрахованата информация за адреса на изпълнителя/лите на профилактиката и минималния брой лица, които трябва да бъдат прегледани в един и същи ден;

4. В срок до 10 дни преди първата дата за профилактика застрахователят представя окончателен график за провеждане на профилактиката, съдържащ информация за конкретните дати, броя и териториално разположение на застрахованите;

5. В срок не по-късно от 7 дни преди началото на профилактичните прегледи, застрахователят изпраща на застрахователя поименни списъци на застрахованите, подлежащи на профилактични прегледи, и датите, на които ще преминат според окончателния график.

(4) Застрахователят е длъжен да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактични прегледи съобразно графика, представен на застрахователя.

(5) Застрахователят е длъжен да организира допълнителни (резервни) дати за профилактични прегледи за лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Броят на резервните дати се определя от застрахователя в зависимост от броя на застрахованите лица. В случай че броят на застрахованите, които ще ползват резервните дати, е повече от 10% от общия брой на застрахованите по съответния договор, застрахователят дължи допълнителна застрахователна премия в размер на 5% от първоначалната премия за покритието „Профилактика“.

(6) Ако застрахованите лица не се явят на профилактични прегледи на определените основни и резервни дати, както и в случай че застрахователят не подаде заявка за провеждане на профилактични прегледи, задължението на застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

(7) По време на провеждане на профилактичните прегледи, застрахованите нямат право да ползват прегледи и и изследвания от пакета Извънболнично лечение за медицинските специалности, по които се извършват профилактичните прегледи.

Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение“

Член 19. (1) Ползването на здравните услуги за извънболнично лечение от застрахованите с типа „Допълнително здравно осигуряване“:

1. се организира от MedUniqa SOS центъра на застрахователя в лечебни заведения от мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга;

2. застрахованото лице може свободно да избере лечебно заведение и медицински специалисти измежду включените в мрежата на застрахователя на територията на цялата страна. При медицинска необходимост по време на едно застрахователно събитие се възстановяват разходите за привличането на няколко лекари във връзка с провежданото лечение;

3. ако застрахованият ползва здравни услуги в свободно избрано от него здравно заведение, което не е включено в списъка със здравни заведения, включени в мрежата на УНИКА, разходите за лечение се възстановят на застрахования, намалени с 30% самоучастие.

(2) Застрахованите с типа „Частно здравно осигуряване“ имат право свободно да изберат лечебно заведение на територията на цялата страна без значение дали застрахователят има договор с него. В случай че услугите са предоставени от лечебно заведение от мрежата на УНИКА, организирането се извършва от MedUniqa SOS центъра, като застрахователят заплаща разходите директно на лечебното заведение. Ако застрахованият ползва услуги в здравно заведение извън мрежата, застрахователят му възстановява разходите в пълен размер.

(3) Застрахованите имат право на един първичен и до два вторични прегледа по медицински показания за период от един месец за дадено заболяване при съответен специалист в деня на тяхното обръщане към съответното здравно заведение или в най-близкия ден при обективна невъзможност.

(4) Прегледи и манипулации в дома на болен се заплащат само тогава, когато състоянието на застрахованото лице не му позволява да посети лечебното заведение. Тези здравни услуги се ползват само след съгласуване с MedUniqa SOS центъра на застрахователя.

(5) Ако лечението се извърши от съпруг, съпруга, родители или деца на застрахованото лице, се възстановяват само доказаните материални разходи, но не и възнаграждението за извършеното лечение.

(6) Разходи за транспортиране с линейка се покриват само при случай на спешност и при условие че транспортирането е било предписано от лекуващия лекар. Не се възстановяват разходи за пътуване на застрахованото лице до лекар с друг вид транспорт.

Здравен пакет „Болнично лечение“

Член 20. (1) Болнично лечение включва разходите за медицинско лечение или терапия, проведени в здравно заведение или неговите отделения, което е регистрирано като болница съгласно българското законодателство, в което Застрахованият заема легло с цел медицинско лечение в продължение на повече от 24 непрекъснати часа.

(2) Болничното лечение не включва настаняването на застрахованото лице в:

1. здравни заведения за извънболнична помощ, дори и когато изследването, наблюдението или лечението, което трябва да се извърши, изисква краткосрочно настаняване до 48 часа по смисъла на чл. 8 (2) от Закона за здравните заведения;

2. еднократна хоспитализация в здравни заведения за болнично лечение;

3. заведения за лечение на зависимости;

4. психиатрични болници;

5. почивни станции, домове със специален хранителен режим, санаториуми и СПА центрове;

6. домове за медико-социални грижи и хосписи.

(3) Болничният престой не се счита за необходим от медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на застрахования.

(4) Стационарно лечение поради дентално лечение и зъбно протезиране, както и интервенции чрез зъбна и челюстна хирургия се приемат като необходими от медицинска гледна точка само тогава, когато поради медицински причини амбулаторно лечение не е възможно.

(5) В случай на необходимост от хоспитализация на застрахован с типа „Допълнително здравно осигуряване“:

1. хоспитализирането се организира от MedUniqa SOS центъра на застрахователя в болници, включени в мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга. Застрахованото лице може свободно да избере болницата и медицинските специалисти измежду включените в мрежата на застрахователя в цялата страна;

2. застрахованият е длъжен да представи при приемането му в болницата Направление за хоспитализация от личен лекар;

3. ако лечението се извърши в болница, която не е в списъка със здравни заведения, включени в мрежата на УНИКА, както и ако застрахованият не е представил Направление за хоспитализация, разходите за лечение се възстановят на застрахования след представяне на платени оригинални фактури, намалени с 30% самоучастие;

4. не се прилага самоучастие, ако спешността на болничното лечение не позволи осъществяване на контакт с MedUniqa SOS център преди началото на лечението.

(6) Застрахованите с типа „Частно здравно осигуряване“ имат право свободно да изберат болница на територията на цялата страна без значение дали застрахователят има договор с нея. В случай че услугите са предоставени от болница, включена в мрежата на УНИКА, организирането на лечението се извършва от MedUniqa SOS центъра, като застрахователят заплаща разходите директно. Ако лечението се извърши в болница, която не е включена в мрежата, застрахователят възстановява разходите в пълен размер.

(7) Битовите условия, при които се настаняват болните в болницата, са в зависимост от обхвата на договореното застрахователно покритие и възможностите на избраната от застрахования болница.

(8) Покриват се разходи за необходим от медицинска гледна точка транспорт с линейка за транспортиране на хоспитализи-

ран болен във връзка с провежданото лечение при преместване за хоспитализиране в друга болница, за провеждане на специализирани медицински процедури в болница, различна от тази, в която е бил хоспитализиран, както и за транспортиране до дома, когато състоянието му изисква транспортиране със специализиран медицински транспорт.

(9) При болничен престой на застраховани деца под 18 години се възстановят в пълен размер разходите за настаняване на придружител, при условие че хоспитализирането на детето отговаря на условията на чл. 20 (5) т. 1 и чл. 20 (6). Ако детето е било хоспитализирано при условията на чл. 20 (5) т. 2 се прилага самоучастие в размер на 30%.

(10) Не се възстановяват разходи за закупени от аптека лекарства и медицински консумативи, с изключение на скъпоструващи медицински консумативи, предписани във връзка и по време на болничното лечение.

Здравен пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни“

Член 21. (1) Извънболничното и болнично застрахователно покритие включват здравни услуги, предоставени на застрахованото лице за наблюдение и медицински обосновано лечение при бременност и раждане, ако в застрахователния договор изрично е включен този застрахователен пакет. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за договореното продуктово ниво.

(2) Отговорността на застрахователя, свързана със здравните услуги за бременни, започва след края на отлагателния период от девет (9) месеца.

(3) Приема се, че бременността е настъпила след влизане в сила на застраховката, ако наблюдаващия бременността гинеколог определи, че датата на термина е след края на девет (9) месеца, считано от датата на първоначалното включване на застрахованото лице в застраховката, или от датата, на която е била заплатена дължимата премия, в случай че плащането не е било извършено преди датата на влизане в сила на застрахователния договор.

(4) Ал. (2) и (3) от настоящия член няма да бъдат в сила, ако застрахованото лице е било застраховано за покритието бременност и раждане в предходна застрахователна полица при ЗК „УНИКА Живот“ АД и ако не е имало прекъсване при подновяването/продължаването на застраховката.

(5) При всички случаи, ако по време на застрахователния период ново лице бъде включено в застраховката като съпруга или законен брачен партньор на застрахования, застрахователят не носи отговорност за здравни услуги, използвани от бременната жена за раждането или по време на бременността, ако бременността е започнала преди влизане в сила на застраховката.

(6) Услугите за това покритие са обособени като подлимити към лимитите за извънболнично и болнично лечение. За ползването им се прилагат условията, валидни за съответното основно покритие.

Здравен пакет „Физиотерапия и рехабилитация“

Член 22. (1) Извънболничното и болничното застрахователно покритие включват разходи за физиотерапия по медицински показания, предоставена на застрахованото лице под формата на амбулаторно или болнично лечение, проведено в рамките на шест седмици от назначаването му.

(2) Физиотерапевтичният курс на лечение на определено заболяване включва първоначален преглед от лекар специалист по Физикална и рехабилитационна медицина с назначен общ брой процедури от всички групи, както и заключителен вторичен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за договореното продуктово ниво.

(3) Необходимостта от физиотерапия и рехабилитация се установява от лекар-специалист, провеждащ лечението на основното заболяване, като лечението се извършва по предписан от лекар-специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“ физиотерапевтичен курс на лечение.

(4) Болничното покритие включва разходи за рехабилитация и

санаториално лечение по лекарско предписание, което е продължение на възстановителния процес след проведено интензивно болнично лечение. Рехабилитационното лечение трябва да е назначено в епикризата за проведеното болнично лечение при изписването на застрахованото лице и трябва да е започнало не по-късно от три месеца след приключване на интензивното лечение.

(5) Услугите за това покритие са обособени като подлимити към извънболнично и болнично лечение. За ползването им се прилагат условията, валидни за съответното основно покритие.

Здравен пакет „Дентално лечение“

Член 23. (1) Покритието включва разходи за дентално лечение по медицински показания, предоставено на застрахованото лице под формата на амбулаторно или болнично лечение в рамките на самостоятелен лимит, посочен в Таблицата със застрахователните покрития.

(2) Застрахователят не носи отговорност за следните стоматологични услуги :

1. козметични и пластични стоматологични корекции;
2. избелване на зъби;
3. лечение на периодонтит;
4. средства за дентална хигиена и козметика.

(3) Ползването от здравните услуги за дентално лечение от застрахованите с типа „Допълнително здравно осигуряване“

1. може да се организира от MedUniqa SOS центъра на застрахователя в лечебни заведения от мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга;
2. застрахованото лице може свободно да избере лечебно заведение и медицинските специалисти измежду включените в мрежата на застрахователя на територията на цялата страна.
3. ако застрахованият ползва здравни услуги в свободно избрано от него здравно заведение, което не е в списъка със здравни заведения, включени в мрежата на УНИКА, разходите за лечение се възстановят на застрахования, намалени с 30% самоучастие.

(4) Застрахованите с типа „Частно здравно осигуряване“ имат право свободно да изберат лечебно заведение на територията на цялата страна без значение дали застрахователят има договор с него. В случай че услугите са предоставени от лечебно заведение от мрежата на УНИКА, организирането се извършва от MedUniqa SOS центъра, като застрахователят заплаща разходите директно на лечебното заведение. Ако застрахованият ползва услуги в здравно заведение извън мрежата, застрахователят му възстановява разходите в пълен размер.

Здравен пакет „Медицински средства“

Член 24. (1) Застрахователното покритие включва поемане на разходи за предписани от правоспособен лекар лекарства, медицински консумативи, офталмологични средства и помощни средства, предназначени за извънболнично лечение, наложено от заболяване, злополука или бременност.

1. Лекарствени средства

Възстановяват се разходи за лекарствени средства за лечение на застрахованото лице, отпускани по лекарско предписание, закупени не по-късно от 10 дни след датата на издаване на рецептата. При болни с хронични заболявания не се изисква спазване на десетдневния срок при повторно закупуване на лекарства, ако в медицинския документ е отразен срок за лечение по-дълъг от един месец. Допуска се да бъде изписано такова максимално количество лекарства наведнъж, което да осигурява дозировката, необходима за едномесечен курс на лечение. Не се възстановяват разходи за лекарства в еднократно количество по-голямо от необходимото за едномесечен курс на лечение.

2. Медицински консумативи

Покриват се разходи за медицински консумативи, контрастни вещества и медицински материали, изписани във връзка с лечение на застрахованото лице, включително скъпоструващи консумативи с единична цена над 50 лева, които не се покриват по линия на задължителното здравно осигуряване. Не се покриват луксозни аналози, предназначени за удобство на пациента, ако

изрично не е договорено.

3. Офталмологични услуги

Застрахованото лице има право да ползва офталмологични услуги, които са му предписани от лекар, един път в застрахователна година, при условие че диоптърът на изписваните стъкла или лещи е минимум 0,75.

Застрахователят не покрива разходи за слънчеви очила, очила за работа с компютър, както и очила, предназначени за защита на очите от факторите на работната среда.

4. Помощни средства

Възстановяват се разходите за предписани от лекар медицински помощни средства (терапевтични средства) като например за: патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични корсети, бандажи и корсети. Не се покриват разходите за медицински съоръжения и помощни средства (средства за обслужване и обгрижване) като например за: иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, орални душеве, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, както и апарати и помощни средства, служещи за грижа за тялото и обгрижване на болния. Ако застрахователят е възстановил разходи за медицински помощни средства, нова претенция за обезщетения може да се направи едва след изтичане на обичайния срок на износване, освен ако по-ранното закупуване се налага по медицински причини.

(2) В случай на застрахователно събитие по чл. 24 (1) от настоящите Условия, при което застрахованото лице е закупило лекарствени средства, консумативи, и медицински изделия, изписани му от правоспособен лекар за провеждане на лечение, застрахователят му възстановява разходите след представяне на платени оригинални фактури, рецепти и епикризи, намалени с 30% самоучастие. Стойността на самоучастието се изважда от стойността на претенцията.

(3) Не се възстановяват разходи за лекарствени средства, консумативи и медицински изделия, които се реимбурсират по линия на задължителното здравно осигуряване или на друго нормативно основание, както и такива, които не са включени в Списъка на Изпълнителна агенция по лекарствата.

(4) Застрахователят възстановява разликата от сумата, която се реимбурсира по линия на задължителното здравно осигуряване или друго нормативно основание, и заплатената от застрахованото лице сума до размера на лимита.

(5) Разпоредбите на ал. 2 и 3 от настоящия член не се прилагат за застрахователни договори от типа Индивидуално здравно осигуряване.

(6) Максималният размер на обезщетението, т.е. лимитът на разходите за предписани медицински средства, е посочен в избора застрахователен пакет за един застрахован по време на застрахователната година общо за всички видове с подлимити по вид.

Здравен пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“

Член 25. (1) Ако в застрахователния договор е включен този пакет, към услугите, договорени в пакет „Болнично лечение“, се включват и предоставяне на допълнителни услуги и условия като например: настаняване на болен в определени условия, сестринско наблюдение и рутинни сестрински грижи, подпомагане на болен с тежък физически недостатък, храна по избор и други. Услугите се включват с подлимит в общия лимит за болнично лечение.

(2) Медицинска необходимост от индивидуален сестрински пост по време на болнично лечение се определя от завеждащия отделението.

Дневни пари при болничен престой

Член 26. (1) Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква при болнично лечение, при което застрахованото лице е хоспитализирано в болница вследствие заболяване, злополука, или раждане, включително и медицинско лечение по време на бременност.

(2) При стационарен болничен престой застрахователят изплаща фиксирано обезщетение на ден за всеки календарен ден, в който застрахованото лице е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие. Размерът на дневното обезщетение се посочва в Таблицата със застрахователните покрития.

(3) Прилагат се следните минимални и максимални лимити за размера на застрахователните обезщетения:

1. минимален размер на застрахователното обезщетение – 10.00 BGN на ден;
2. максимален размер на застрахователната сума – 100.00 BGN на ден.

(4) Размерът на дължимото застрахователно обезщетение се определя на база реално пролежани пълни дни в болнично заведение. При определянето на продължителността на болничния престой не се включва деня на изписването.

(5) В случай на смърт по време на болничен престой, застрахователят изплаща дължимото обезщетение по тази тарифа на законните наследници на застрахования, а във всички останали случаи – на застрахованото лице.

Обезщетение за операции

Член 27. (1) Застрахователно събитие по смисъла на това покритие е необходимостта от медицинска гледна точка хирургическо лечение на застрахован поради болест или злополука. Прекъсване на бременността по медицински причини след петия лунарен месец и спешно родоразрешение по медицински показания (Цезарово сечение) също се считат за застрахователно събитие, наложено от заболяване.

(2) При болнично лечение, при което застрахованият е подложен на хирургическа интервенция, Застрахователят изплаща обезщетение под формата на фиксирана еднократна сума, която се определя като процент от предварително договорена застрахователна сума. Размерът на застрахователната сума, от която се определя обезщетението за хирургическо лечение, се посочва в Таблицата със застрахователните покрития.

(3) Прилагат следните минимални и максимални лимити за размера на застрахователната сума, от която се изчисляват застрахователните обезщетения за хирургическо лечение:

1. минимален размер на застрахователна сума – 1 000 BGN;
2. максимален размер на застрахователната сума – 10 000 BGN.

(4) Процентът на обезщетението се определя от Застрахователно-медицинската комисия на ЗК „УНИКА Живот“ АД, съгласно Хирургическата таблица на застрахователя за определяне размера на обезщетението, който размер зависи от сложността на проведеното оперативно лечение, но не е по-голям от посочения в Таблицата максимален процент.

(5) Ако извършената операция не фигурира в Хирургическата таблица за оперативно лечение, приложена към договора, Застрахователно-медицинската на застрахователя определя процента на обезщетение на база включена в Таблицата операция с подобен характер и сложност.

(6) В случай на смърт по време на хирургическото лечение, застрахователят изплаща дължимото обезщетение по тази тарифа на законните наследници на застрахования, а във всички останали случаи – на застрахованото лице.

Раздел V. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Член 28. (1) Изключенията по настоящия раздел са приложими за всички застрахователни пакети и типове застраховки, покрити от настоящите условия.

(2) Застрахователят не покрива застрахователни събития и последици от тях, ако са възникнали или са вследствие на:

1. задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за народното здраве в Република България;
2. лечение на умствени или психически разстройства и заболявания, в това число и преходни, депресивно преживяване на житейски събития, носталгия, психиатрично лечение, както и разходите за психотерапевт, психолог, семеен терапевт или кон-

султант в случай на тежка загуба, с изключение на случаите, когато изрично са поети от застрахователя;

3. спешна медицинска помощ;

4. лечение на хронична бъбречна недостатъчност, хемодиализа и хемотрасфузия;

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

6. вродени аномалии.

(3) Ако не са предмет на специално договаряне, застрахователят не обезпечава финансово и няма да възстановява медицински разходи, направени поради или във връзка с:

1. лечение на репродуктивни проблеми на мъже и жени, 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, или форма на асистирана репродукция;

2. прекратяване на бременност (аборт) и последствия от него – ако е извършен поради психологични или социални причини, с изключение на спонтанен аборт, извънматочна бременност, аборти по медицински причини или раждане на мъртво дете;

3. намирането на донорски органи, както и всякакви разходи, направени за отстраняване на донорски орган и/или за самия донорски орган, и/или транспортни разходи за доставянето на такъв, както и всички свързани с това административни разходи;

4. имплантация на изкуствено сърце;

5. операции и/или лечение по лично желание, поставяне на импланти и извършване на корективни медицински и технически процедури като:

5.1. операции и процедури по лично желание, терапии и/или операции, които не са наложителни по медицински причини;

5.2. козметични и пластични операции и техните последствия правени с естетическа цел, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания вследствие злополука;

5.3. стоматологични естетични терапии и последствията от тях, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания вследствие злополука;

5.4. отстраняване на липоми, атероми, невуси и бенки по лично желание, както и всички здравни услуги, ползвани с козметична цел;

5.5. обрязване – освен в случаите по медицински причини.

6. настаняване в лечебно заведение поради застрашаване на собствената или чужда личност, както и в домове за грижи на граждани поради старческа възраст (старчески домове, хосписи);

7. услуги или терапии в хидро и СПА заведения, клиники за отслабване и/или природосъобразен живот, здравна ферма или други подобни институции, както и стационарни заведения, специализиращи рехабилитация (сра центрове), санаториуми и други, които не са регистрирани като лечебни заведения;

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

9. естетично зъбопротезиране, поставяне на импланти, реимпланти и подготовка за тях, както и терапии, които са в причинна връзка с тях, доколкото те не служат за отстраняване на последици от злополука;

10. терапевтични процедури за лечение на зависимости от какъвто и да е вид, както и болести и злополуки (последници от злополуки), настъпили или влошили се поради злоупотреба с алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони или други вещества с характер на допинг или чието лечение се влоши вследствие на злоупотреба с тях, както и за мерки и лечение за отказ от тях;

11. за медицинско лечение, свързано с вземането, съхранението и имплантирането на стволови клетки;

12. осигуряване на ортопедични обувки, ортопедични стелки или други помощни средства за долните крайници, както и всички помощни средства и материали, във връзка с диагноза за слаби, преуморени, нестабилни или плоски ходила или паднал свод, или таралгия, или метатарзалгия;

13. терапия или програма за отслабване, операции за имплантиране на вътрестомашен балон, съвети от диетолози, диетични обучения;

14. подмладяващи терапии;

15. всички видове масажи освен когато са част от рехабилитация при болнични условия;

16. терапии чрез тренировки, с изключение на кинезитерапия, независимо дали са назначени от правоспособен лекар;

17. дългосрочна терапия за рехабилитация (надвишаваща един месец), независимо дали е назначена от лекар;

18. обезщетение за разходите за лечение, проведено от лица, които нямат разрешение за практикуване на съответна медицинска специалност;

19. здравни услуги, лекарствени средства, които не са предписани от правоспособен лекар или които не са назначени с цел оказване на медицинско лечение на застрахования, както и лекарства, закупени 10 дни след изписването им;

20. Експериментално медицинско лечение;

21. Други разходи, включващи:

21.1. разходи, надвишаващи разумните или обичайните разходи за съответното лечение в България. В този случай застрахователят има право да намали възмездяването до подобаващия размер;

21.2. всички разходи за допълнителни застрахователни покрития, които не са договорени и за които не е заплатена застрахователна премия;

21.3. разходи за закупуване на продукти за лична хигиена по време на болничен престой;

21.4. разходи за предписани лекарствени средства и консумативи като: витамини, освен ако са изписани като допълнение на антибиотично лечение, билки, слабителни средства и лекарства за отслабване, противозачатъчни средства, не-регистрирани в Р. България лекарства, медицинска козметика, както и лечебна и минерална вода, лечебно вино, хранителни добавки и тонизиращи средства;

21.5. всички немедицински разходи;

21.6. разходи, възникнали във връзка с медицинско лечение след изтичане срока на полицата, възникнали вследствие на злополука, заболяване или бременност по време на застрахователната година, освен ако полицата не е подновена или застрахователното покритие не е продължено за следваща застрахователна година;

21.7. разходи за адаптиране на превозни средства, баня или предмети от дома за лични нужди;

21.8. медицинско-технически средства от типа на други мощни средства и санитарни уреди за постоянна употреба по време на амбулаторно лечение, като: инсулинови помпи, електрически инвалидни колички или легла за инвалиди, болнични легла с трапецовидни рамки, допълнителни колела, подемници в болнични стаи, антидекубитални дюшеци, колани, предмети с цел осигуряване на по-добър комфорт (като поставки за телефони и таблички за хранене над леглото), предмети, използвани за промяна на качеството на въздуха или температурата (като климатици, овлажнители, изсушители на въздуха и уреди за прочистване на въздуха), материали за еднократна употреба, велоергометри, кварцови лампи или нагревателни лампи, нагревателни торбички, бидета, тоалетни чинии, места за сядане по време на къпане, сауни, асансьори, джакузита, оборудване за тренировки и сходни продукти;

21.9. лечение на неправилна захарка;

21.10. болнично лечение в лечебно заведение, болница, отделение или подобни стационарни заведения за лечение на душевно болни, с изключение на техните специализирани отделения по неврология и неврохирургия.

21.11. прегледи и изследвания за застраховане, такси за пред-

ставяне на ЛКК или ТЕЛК комисии, съдебно-медицинска експертиза, тест за СПИН/HIV (освен в случай на предоперативна подготовка), административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи за извършени изследвания (CD, DVD), издавани от лечебните заведения, удостоверения, с изключение на такива за встъпване в брак.

Член 29. (1) Застрахователят няма да носи отговорност:

1. ако лечението е започнало преди първото влизане в сила на застрахователния договор и продължава към момента на сключване на застрахователния договор, по силата на който застрахованият е придобил статута си на застрахован, или лечението продължава след прекратяване на застрахователния договор;

2. когато застрахователното събитие налага лечение, но е възникнало в резултат на предшестващо заболяване или състояние на лицето, съществуващо преди първото влизане в сила на застраховката, което не е декларирано в предложението и/или здравния въпросник при сключване на застраховката или не е договорено изрично в застрахователната полица при груповите застраховки;

3. за хронични заболявания, възникнали преди сключване на застраховката и техните рецидиви, освен ако не е договорено друго;

4. за настаняване, медикаментозно, хирургично, санаториално и физиотерапевтично лечение, както и манипулации и изследвания, извън заведенията, регистрирани по Закона за лечебните заведения.

(2) Застрахователят няма да носи отговорност, ако застрахователното събитие настъпи:

1. в резултат на война, нападение, вражески действия, военни действия, терористични действия, гражданска война, саботаж, тероризъм и вандализъм, метежи, революции, въстания, военен или друг вид преврат и активно участие на застрахованите лица в нарушаване на обществения ред или при извършване на престъпление по смисъла на НК;

2. в резултат на увреждане на здравето при съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонараяване, самоубийство или опит за такова, както и при влизане в побой или физическа саморазправа (освен в случай на доказана самозащита);

3. вследствие неспазване на медицински препоръки;

4. под влияние на алкохол, наркотици или опиати в т.ч. всякакви злополуки, настъпили след консумиране на тези вещества;

5. при участие на застрахованото лице като професионалист или аматьор във високорискови и опасни дейности, например (но не само) спортове като: автомобилни и мото спортове, въздушни спортове, подводни спортове, ловуване, акробатика, изследване на пещери, планинско катерене, работа с пиротехнически средства, фойерверки, амуниции и експлозиви, ски скачане, бобслей, каране на ски свободен стил, бънджи скокове и други. Ако някой рисков спорт или дейност не са изрично посочени в този списък, застрахованият е длъжен да се свърже с MedUNIQА SOS центъра на застрахователя, за да провери дали те са покрити рискове по настоящата застраховка;

6. в резултат на природни бедствия (например изригване на вулкани, земетресения и др.);

7. в резултат на йонизиращи лъчения или радиоактивно замърсяване от друг вид радиоактивни отпадъци от горене на ядрено гориво, т.е. радиоактивни, токсични, експлозивни или други опасни качества на ядрени съоръжения или техните компоненти;

(3) Застрахователят няма да носи отговорност, ако дадена претенция за изплащане на обезщетение е базирана на неверни данни.

(4) Застрахователят има право да изключи дадено лице от застраховката, за което е установено, че е представило лъжливи или неверни твърдения, т.е. е прикрило важни обстоятелства, засягащи сключването на застрахователния договор, както и всяко застраховано лице, което не изпълнява задълженията, посочени в настоящите Условия.

Раздел VI. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Задължение за преддоговорно обявяване на обстоятелства

Член 30. (1) При сключването на договора кандидатът за застраховане е длъжен да посочи на застрахователя във въпросника всички обстоятелства, съществени за оценката на риска, за които то е знаело или които не може да не са стигнали до знанието му.

(2) Съществено обстоятелство е всяко обстоятелство, за което застрахователят е задал въпрос във въпросника, и всякакви други обстоятелства, за които застрахованото лице е осведомено и които са важни за предмета на застраховката.

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

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

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

(4) Прекратяването на договора по условията на ал. 3 се декларира пред застрахователя чрез писменото му уведомяване от застрахователя.

(5) Когато застрахователният договор бъде прекратен преждевременно, на застрахователя се полага премията за изтеклия до тогава срок на договора, доколкото специални разпоредби, настоящите Условия и разпоредби на Кодекса за застраховане не предвиждат друго.

(6) При прекратяване на застрахователния договор, застрахователят носи отговорност за настъпилите застрахователни събития преди датата на прекратяване на договора, ако обстоятелството, по отношение на което е нарушено задължението за уведомяване, не е имало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху размера на обезщетението.

(7) Застрахователят не може да прекратява договор поради нарушаване на задължението за разкриване на информация от страна на застрахования по време на сключване на договора, ако са изминали три години от сключването му.

Задължение за уведомяване по време на действието на договора

Член 31. (1) По време на срока на действие на застрахователния договор застрахованият е длъжен да уведоми застрахователя за всякакви нови обстоятелства, свързани със застрахования, като промяната в статуса на застрахования, промяна в здравния му статус, промяна в адреса, работа или семеен статус и да представи информация за всякакви съществени промени, които засягат информацията, предоставяна при сключването на застрахователния договор или първото влизане в сила на застраховката на това застраховано лице.

(2) Застрахованият/застрахованият е задължен да уведоми незабавно застрахователя за сключването на договор за здравна застраховка с друг застраховател. Съзнателното нарушаване на това задължение за предоставяне на информация може да бъде санкционирано чрез отказ или намаляване на застрахователното обезщетение. Освен това застрахователят може да прекрати договора в рамките на 30 дни след като е узнал за нарушаването на задължението, без спазване на срок за предизвестие. Ако застрахователят не прекрати договора в рамките на 30 дни, той не може да се позове на освобождаване от задължението за плащане на обезщетение.

Промени в застрахователния договор

Член 32. (1) Включването и отпадането на застраховани лица в/от застрахователния договор се урежда по реда на чл. 9.

(2) Застрахованият има право да заяви разширяване или намаляване на застрахователното покритие, чрез включване/из-

ключване на нови застрахователни пакети в застрахователния договор, считано от всяко първо число на месеца. За извършване на промяната в договора е необходимо съгласието на застрахователя.

Задължения на Застрахователя

Член 33. (1) Застрахователят е длъжен да изплати на заведение от мрежата на здравните институции или обезщетение на застрахования за разходите за лечение в съответствие с настоящите Условия в рамките на 15 дни след датата на получаване на пълни доказателства и установяване на наличието на задължението.

(2) Задължението на застрахователя ще се счита за напълно уредено на датата, на която плащането е регистрирано от банката.

Раздел VII. УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВА ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Член 34. (1) Застрахователят ще изплати обезщетение на изпълнителя на медицински услуги или на застрахования за разходите за лечение на застраховано лице или за част от тези разходи, или обезщетение за загуба на доход, възникнали при прилагане на правата по застрахователния договор. Размерът на обезщетенията се определя в зависимост от договорените в застрахователния договор: тип здравно осигуряване, застрахователни пакети и ниво на покритие в застрахователните пакети.

(2) Застрахователят има право да изисква от застрахования, застрахования, изпълнителите на медицинска помощ или други физически и юридически лица, допълнителни обяснения и документи, с цел изясняване на обстоятелства във връзка със случая, за който е подадена претенция.

(3) Застрахователят има право да изпрати застрахованото лице на контролен преглед или допълнителен медицински преглед, чрез който би било възможно да се установят необходимите факти във връзка със съобщения случай, подлежащ на покритие. Разходите за тези прегледи са за сметка на застрахователя.

(4) Застрахованият има право при неудовлетворение от обема и качеството на здравните услуги, предоставени му в лечебните заведения от мрежата на УНИКА, да подаде писмена жалба до застрахователя, който в тридесет дневен срок извършва проверка и го уведомява за резултатите.

(5) Застрахователят не е изпълнител или доставчик на здравни услуги и/или на здравни стоки и не може да бъде държан отговорен от застрахования или застрахования за тяхното качество или срокове за изпълнение или доставка. При възникнали проблеми застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки.

Член 35. (1) В случай на застрахователно събитие по настоящите Условия, при което застрахованото лице е получило медицински услуги в лечебно заведение от мрежата на UNIQA, застрахователят заплаща разходите чрез директен разчет с лечебното заведение в пълен размер до договорения в застрахователната полица лимит.

(2) За да бъде ангажирана отговорността на застрахователя по ал. 1 при настъпване на застрахователно събитие, застрахованият трябва, преди да приеме дадени медицински услуги, да се свърже с MedUniqa SOS центъра на застрахователя, който ще организира времето, датата и вида на прегледа или други медицински услуги, които ще бъдат оказани на застрахованото лице от изпълнител на здравна услуга от мрежата на Уника. Разговорите на застрахования със служителите в MedUniqa SOS центъра се записват.

(3) Приема се, че застрахованото лице е изпълнило напълно задължението си да уведоми MedUniqa SOS центъра на застрахователя, ако преди да се възползва от медицинските услуги, застрахованият е позвънил на MedUniqa SOS центъра на застрахователя и е отговорил на въпросите на служител от центъра относно реалното му здравословно състояние с оглед на прилагане на застрахователния договор.

(4) Ако поради основателни причини застрахованото лице не

може да изпълни задължението съгласно гореизложените ал. (2) и (3) от настоящия член, това трябва да бъде извършено от упълномощен служител на доставчика на медицински услуги.

(5) Възстановяване на направените разходи в пълен размер се извършва само в рамките на заведение от мрежата на здравните институции, с които UNIQA има сключени договори.

(6) Списък със здравните заведения от мрежата на UNIQA е публикуван на интернет страницата на Застрахователя – www.uniqa.bg.

(7) Ако лечението се извърши без предварително уведомяване MedUniqa SOS центъра, разходите за лечение се възстановяват след представяне на платени оригинални фактури, намалени с 30% самоучастие.

(8) Не се прилага самоучастие, ако спешността на болничното лечение не позволи осъществяването на контакт с UNIQA SOS център преди началото на лечението.

(9) Разпоредбите на ал. 7 от настоящия член не се прилагат за застрахователни договори от типа „Частно здравно осигуряване“.

Член 36. (1) Застрахователните обезщетения се заплащат на застрахования или на изпълнителя на медицинска помощ, предоставил медицинските услуги и стоки на застрахованото лице.

(2) След предоставяне на медицинските услуги, заведението от мрежата на здравните институции трябва да издаде на застрахователя документите, посочени в договора за сътрудничество със застрахователя, срещу които застрахователят ще му изплати застрахователното обезщетение, съгласно условията на полицата.

(3) За възстановяване на разходи на застрахования, в случаите когато разходите са заплатени от него, той следва да заяви претенция в MedUniqa SOS центъра и да представи на застрахователя следните документи, в зависимост от естеството на събитието:

1. За изплащане на обезщетение за лекарствени и помощни средства:

- 1.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед;
- 1.2. рецепта;
- 1.3. фактура с фискален бон в оригинал.

2. За изплащане на обезщетение за медицински прегледи:

- 2.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед;
- 2.2. фактура с фискален бон в оригинал.

3. За изплащане на обезщетение за медицински изследвания:

- 3.1. амбулаторен лист или медицински документ за извършен преглед;
- 3.2. искане/направление за изследване;
- 3.3. резултати от проведените изследвания;
- 3.4. фактура с фискален бон в оригинал.

4. За изплащане на обезщетение за болнично лечение:

- 4.1. епикриза за проведено болнично лечение;
- 4.2. фактура с фискален бон в оригинал.

5. За изплащането на обезщетение за услуги, свързани с битови и други допълнителни условия:

- 5.1. медицински документ, удостоверяващ необходимостта от услугата, издаден от лекуващия лекар;
- 5.2. фактура с фискален бон в оригинал.

6. За изплащането на обезщетение за физиотерапия:

- 6.1. амбулаторен лист или медицинско направление, с което се предписва физиотерапия;
- 6.2. физиопроцедурна карта;
- 6.3. фактура с фискален бон в оригинал.

7. За изплащането на обезщетение за рехабилитация:

- 7.1. епикриза за проведено болнично лечение с вписани препоръки за провеждане на рехабилитация, като продължение на основното лечение;
- 7.2. медицинско направление за рехабилитация с отразена основната диагноза;
- 7.3. медицински документ, удостоверяващ извършената рехабилитация;
- 7.4. фактура с фискален бон в оригинал.

8. За изплащането на обезщетение за дентално лечение се изисква:

- 8.1. амбулаторен лист от стоматолог;
- 8.2. фактура с фискален бон в оригинал.
9. За изплащането на обезщетение за хирургическо лечение:
 - 9.1. епикриза за проведено стационарно хирургическо лечение;
 - 9.2. при злополука – всички необходими документи, установяващи настъпването ѝ.
10. За изплащането на обезщетение за дневни пари при болничен престой:
 - 10.1. епикриза за проведено болнично лечение;
 - 10.2. при злополука – всички необходими документи, установяващи настъпването ѝ.

(4) Документите по ал. 3 трябва да съдържат изискуемите по закон реквизити и да отговарят на следните изисквания:

1. Медицинска рецепта – рецептурна бланка МЗ-НЗОК № 5 и МЗ-НЗОК № 5А – съдържа минимум следните реквизити: име на медицински специалист, идентификационен код (УИН) на специалиста, наименование и адрес на лечебното заведение, подпис на лекаря, печат на лечебното заведение, град и дата на издаване, име на пациента и възраст, наименование на изписаните лекарства, а за очила и лещи, изписаните диоптри.

2. Фактура за ползвани медицински услуги или закупени медицински стоки – номер на фактурата; дата на издаване – до 5 дни от датата на издаване на фискалния бон; идентифициране на доставчика – име, адрес, идентификационен код, МОЛ; трите имена на получателя и адрес; ЕГН на получателя; подробно описание на здравните услуги/стоки с брой единична цена и стойност за всяка услуга/стока; сума за плащане – цифром и словом; начин на плащане; получател на фактурата – име, дата и подпис; съставител на фактурата – име и подпис.

3. Фискален бон – номер на бона; дата и час на регистрация на продажбата; име, и идентификационен код на доставчика.

4. Амбулаторен лист – подробно и четливо попълнени всички реквизити, включително анамнеза, диагноза, изписани медикаменти, предписани изследвания, промяна на визуса и т.н., подписан от лекаря и подпечатан с печата на здравното заведение.

(5) При стоматологично лечение в медицинските документи трябва ясно да се описват лекуваните или заместени зъби, като се използва стандартният стоматологичен формуляр. Задължително се представя рентгенография при лечение на пулпит, и хирургични услуги. В случай на по-обширна намеса от страна на стоматолога или по искане на застрахователя, документът трябва да отразява и зъбния статус.

(6) Представят се заверени копия на медицинските документи и оригинали на платежните документи, които след изплащането им стават собственост на застрахователя. Ако не е уговорено друго, всички евентуални разходи, свързани с издаването на необходимите документи, се поемат от застрахования.

(7) Застрахователят има право да изиска от застрахования, застрахования и изпълнителя на медицинска помощ да представят на упълномощените служители на застрахователя допълнителна медицинската документация и информация, относно текущото и предходното здравословно състояние на застрахованото лице (извлечение от медицинската документация за конкретното застрахователно събитие, доклади от специалисти, копия или извлечения от анамнези на заболяванията, издадено от болници и др., в съответствие със законите, регламентиращи здравеопазването, и законите, регламентиращи съхранението на документация в здравеопазването), както и да провери предоставената медицинска документация и да използва цялата информация за установяване на застрахователното събитие.

(8) При настъпване на застрахователно събитие, ако съществува покритие по същия риск и от друг застраховател или осигурител, отговорността на застрахователя съответства на отношението между договорения в полицата на ЗК „УНИКА Живот“ АД лимит и общия лимит за същия риск по всички застрахователни и осигурителни договори. В този случай застрахованият е задължен да уведоми застрахователя за съществуващите договори, за да може застрахователят да координира плащанията с другите застрахователи и/или осигурители.

(9) Ако общият размер на изплатените за застраховано лице обезщетения, са под посочените в застрахователния договор лимити или договорената застрахователна сума, застрахованото лице няма право да получи разликата при изтичане срока на застраховката.

Раздел VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Данъци и такси

Член 37. (1) Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към релативния момент на възникването им и са за сметка на застрахователя.

(2) Застрахователят също така има право за оказвани допълнителни услуги като: вписване на нови данни и изменения в договора, внасяне на промени в застрахователната полица, издаване на дубликати и други – да взема служебно-административна такса. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди оказването на услугата.

(3) Всички пощенски такси, изплатени от застрахователя за уведомяване на застрахования за просрочени премии или други задължения, трябва да бъдат обезщетени на застрахователя от застрахователя.

Искове спрямо трети лица

Член 38. (1) Ако за едно застрахователно събитие, наред с претенцията спрямо застрахователя съществува аналогично право за застрахования да претендира обезщетение към трето лице застраховател, то след изплащане на обезщетението, правата на застрахования по отношение на пропорционалната част от обезщетението, съгл. чл. 208 ал. 4 от КЗ се прехвърля на ЗК „Уника Живот“ АД до размера на платеното обезщетение и обичайните разноски, направени за неговото определяне.

Известия по застрахователния договор

Член 39. (1) За да са валидни всички декларации и уведомления от страна на застрахователя, трябва да са в писмен вид, освен ако на друго място застрахователните условия не предвиждат друга уредба или застрахователят не се откаже от спазването на писмената форма. Писмените декларации могат да бъдат направени във всяка четлива форма, включително по факс, по електронен път и т.н. Ако постъпила декларация няма собственоръчен подпис или сигурен електронен подпис, застрахователят може да поиска допълнително подаване на декларацията със собственоръчен (оригинален) подпис. Срокът за декларации е спазен, ако на искането за допълнително подаване на декларация се отговори в поисканата форма и в уместен срок.

(2) При промяна в името на застрахователя или на застрахованото лице или на посочения в застрахователната полица адрес, застрахованият е длъжен в срок до една седмица да уведоми застрахователя за настъпилата промяна.

(3) В случай, че застрахователният договор е сключен с юридическо лице като страна по договора, разпоредбите на чл. 42 (2) влизат в сила при промяна в седалището или името на това юридическо лице.

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

Давност и подсъдност

Член 40. (1) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на три години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

(2) За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесени от него вноски от застрахователната премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения застрахователят не дължи лихви.

(3) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, от една страна, и застрахования или застрахованото лице – от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд.

Промени на Настоящите условия

Член 41. Настоящите условия могат да бъдат допълвани или

променяни, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в добавъци към нея.

Настоящите Условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК „Уника Живот“ АД от 07.10.2013 г. и влизат в сила от 07.10.2013 г.