Приложение 1

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА

Supplement 1

GENERAL TERMS AND CONDITIONS FOR HEALTH INSURANCE

I. Общи положения. Териториален обхват **Чл. 1. (1)** Застрахователно дружество „Съгласие“ АД, наричано по-нататък „Застраховател”, сключва по настоящите Общи условия индивидуални, семейни и групови договори за здравна застраховка с физически или юридически лица, наричани по-нататък „Застраховащ” и/или ”Застрахован”. **(2)** С договора за здравна застраховка, в случай на настъпване на покрити съгласно застрахователния договор застрахователни рискове, Застрахователят финансово обезпечава разходи за здравни стоки и/или услуги, произтичащи от заболяване или злополука, или други договорени здравни стоки и/или услуги, включително свързани с профилактика, бременност и раждане на застрахованото лице. **(3)** Общите условия са неразделна част от договора за здравна застраховка, сключен между Застраховащия и Застрахователя. **(4)** Условията на отделните застрахователни покрития са посочени в съответните застрахователни пакети, неразделна част от настоящите Общи условия. Застрахователните пакети могат да бъдат групирани в отделни застрахователни продукти. **Чл. 2.** Териториалният обхват на здравната застраховка е територията на Република България.	**I. General Territorial scope** **Art. 1. (1)** In accordance with these General Terms and Conditions Saglasie Insurance JSC shall conclude individual, family and group health insurance contracts with natural persons and legal entities, hereinafter referred to as the Policyholder and/ or the Insured. **(2)** By the health insurance contract in case of occurrence of insured risks covered by the insurance contract, the Insurer shall provide financial coverage for the expenses for medical goods and/ or services related to disease or accident or other agreed medical goods and/ or services including related to prophylaxis, pregnancy and child birth of the insured person. **(3)** These General Terms and Conditions are an integral part of the health insurance contract concluded between the Policyholder and the Insurer. **(4)** The terms and conditions for the individual insurance coverages are specified in the relevant insurance packages, which are integral parts hereto. Insurance packages may be grouped in individual insurance products. **Art. 2.** The health insurance covers the territory of the Republic of Bulgaria.
II. Предмет **Чл. 3. (1)** С договора за здравна застраховка срещу платена застрахователна премия Застрахователят се задължава да покрие разходите за здравни стоки и/или услуги, произтичащи от заболяване или злополука, или други договорени здравни стоки и услуги, включително свързани с профилактика, бременност и раждане на застрахованото лице. **(2)** С договора за здравна застраховка Застрахователят може да покрие разходите и за други стоки и услуги, произтичащи от заболяване или злополука, включително медицински транспорт. **Чл. 4.** Застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия при настъпване на застрахователно събитие в рамките на вида, обхвата, обема и условията на застрахователното покритие да извърши застрахователно плащане съгласно условията, определени в застрахователния договор.	**II. Purpose** **Art. 3. (1)** By the health insurance contract, against paid insurance premium, the Insurer shall cover the expenses for medical goods and/ or services related to disease or accident or other agreed medical goods and/ or services including related to prophylaxis, pregnancy and child birth of the insured person. **(2)** By the health insurance contract, the Insurer may cover the expenses for other goods and services related to disease or accident, including medical transportation. **Art. 4** The Insurer undertakes that against paid insurance premium, upon occurrence of an insured event within the type, scope, volume and the terms of the insurance coverage, it will make insurance payment according to the terms and conditions specified in the insurance contract.

III. Застраховани лица
Чл. 5. (1) С договора за здравна застраховка се застраховат физически лица на възраст от 14 (четиринадесет) до 65 (шестдесет и пет) години.
(2) Минималната възраст за приемане за застраховане на друго лице (член на семейство), ползващо се от покритията на застрахователния договор, е 3 (три) години, а максималната – 65 (шестдесет и пет) години.
(3) Възрастта на Застрахования се определя в цели години към началото на застраховката, като при изтичане срока на договора застрахованото лице не трябва да бъде по – възрастно от 66 (шестдесет и шест) години.
(4) При групово застраховане на повече от 100 (сто) лица, възрастови ограничения не се прилагат.
Чл. 6. Застраховани по този вид застраховка са физически лица с непрекъснати здравноосигурителни права, освен ако не е договорено друго.

III. Insured persons
Art. 5. (1) By the health insurance contract will be insured natural persons at the age from 14 (fourteen) to 65 (sixty-five) years old.
(2) The minimum age for insurance of another person (a family member) benefiting from the coverage provided under the insurance contract is 3 (three) years and the maximum age is 65 (sixty-five) years.
(3) The age of the Insured shall be determined in full years as at the commencement of this insurance and upon expiration of the contract the insured person shall not be older than 66 (sixty-six) years.

(4) In case of group insurance of more than 100 (one hundred) persons, age limits will not apply.

Art. 6. Insured under this kind of insurance shall be natural persons with valid health insurance rights unless agreed otherwise.

IV. Застрахователно покритие
Чл. 7. (1) С договора за здравна застраховка Застрахователят поема рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни стоки и/или услуги срещу заплащане на застрахователна премия.
(2) Застрахователят финансово обезпечава разходите на закупените от Застрахования здравни стоки и/или услуги чрез абонаментно обслужване в лечебни заведения, с които Застрахователят е в договорни отношения, при което застрахованите лица не заплащат проведеното лечение и/или ползваните здравни стоки и/или услуги, или чрез възстановяване на разходи при свободен избор на лечебно заведение от застрахованото лице.
Чл. 8 (1) Здравните стоки и услугите, включени в обхвата на настоящата застраховка, са групирани в шест основни застрахователни пакети, както следва:

1. Пакет „Профилактика“;
2. Пакет „Извънболнична медицинска помощ“;
3. Пакет „Болнична медицинска помощ“;
4. Пакет „Възстановяване на разходи“;
5. Пакет „Допълнителни здравни стоки и услуги“;
6. Пакет „Дентална помощ“.

(2) Застрахователните пакети могат да включват допълнителни покрития. В този случай лимитът

IV. Insurance coverage
Art. 7. (1) By this health insurance contract, the Insurer shall assume risks related to financial coverage of specific medical goods and/ or services against payment of an insurance premium.

(2) The Insurer shall cover the expenses for the medical goods and/ or services purchased by the Insured through subscription service in medical institutions with which the Insurer has concluded agreements and in such case the insured shall not pay for the treatment and/ or the used medical goods and/ or services or through reimbursement of expenses in case of free choice of a medical institution by the insured person.

Art. 8 (1) Medical services and goods included in the scope of this insurance shall be grouped in six basic insurance packages as follows:

1. Prophylaxis package;
2. Outpatient Medical Care package;
3. Inpatient Medical Care package;
4. Reimbursement of Expenses package;
5. Additional Medical Goods and Services package;
6. Dental care package.

(2) Insurance packages may include additional coverages. In such case the limit of the additional

на допълнителното покритие е част от лимита на основния застрахователен пакет. **(3)** Пакетите по чл. 8, ал. 1, т. 1, т. 2 и т. 3 се закупуват самостоятелно или в комбинация между тях и/или пакетите по т. 4, т. 5 и т. 6. **(4)** Пакетите по чл. 8, ал. 1, точки 4, 5 и 6 задължително се закупуват в комбинация с пакетите по т. 2 и т. 3. **Чл. 9.** Пакет „Болнична помощ“ се ползва като надграждащ основния пакет на НЗОК. Лимитът по пакет „Болнична помощ“ не включва в себе си стойността и дейностите по основния пакет дейности, покривани от НЗОК. По този пакет застрахователят покрива само разходи, изрично уговорени в застрахователния договор. **Чл. 10. (1)** По отношение на допълнително покритие „Наблюдение на бременност“ се прилага изчаквателен период от 3 /три/ месеца след влизане в сила на застрахователното покритие на застрахованото лице, освен ако не е уговорено друго. **(2)** По отношение на допълнително покритие „Раждане“ се прилага отлагателен период от 6 /шест/ месеца след влизане в сила на застрахователното покритие на застрахованото лице, освен ако не е уговорено друго. **Чл. 11. (1)** В зависимост от вида и обема на предлаганите здравни стоки и/или услуги, пакетите са обособени по видове застрахователни опции. **(2)** При изрична договорка между страните, при сключване на договора Застрахователят може да изменя обхвата на покритието, да увеличава или намалява размера на лимита за всяка опция, като включва част от здравните услуги от даден пакет в обхвата и лимита на съответната опция от друг такъв. Всички промени се отразяват в съдържанието на застрахователния договор. **(3)** По време на действие на застрахователния договор избраните при сключването на договора опции не могат да се променят, освен ако се преминава от по-ниска към по-висока опция. В този случай от лимитите на застрахованото лице се приспада стойността на разходите за ползваните до момента здравни стоки и/или услуги. **Чл. 12**. Механизмът на ползване на всяка една от услугите – на абонаментно обслужване или чрез възстановяване на разходи - е описан в приложение № 2 **„Механизъм за ползване на здравни стоки и услуги“**, който е неразделна част от тези Общи условия.	coverage shall be a part of the limit of the basic insurance package. **(3)** The packages under art.8, para. 1, item 1, item 2 and item 3 shall be purchased individually or in combination between them and/ or the packages under item 4, item 5 and item 6. **(4)** The packages under art.8, para. 1, item 4, 5 and 6 must be purchased in combination with the packages under item 2 and item 3. **Art. 9.** The Inpatient Care package shall be considered as an upgrade of the basic package of NHIF. The limit under the Inpatient Care package shall not include the value and the activities under the basic package of activities covered by NHIF. The insurer shall cover only expenses explicitly agreed in the insurance contract under this package. **Art. 10. (1)** With regard to the additional coverage "Pregnancy follow-up" will apply a 3 (three) month period of postponement after entry into force of the insurance coverage for the insured person unless agreed otherwise. **(2)** With regard to the additional coverage "Child birth" will apply a 6 (month) month period of postponement after entry into force of the insurance coverage for the insured person unless agreed otherwise. **Art. 11. (1)** Depending on the type and the volume of the offered medical goods and/ or services, the packages are separated by types of insurance options. **(2)** Subject to explicit agreement between the parties, upon conclusion of the contract, the Insurer may change the scope of the coverage, increase or reduce the size of the limit for each option by including a part of the health services from any package in the scope and the limit of the relevant option from another package. All amendments shall be entered in the content of this insurance contract. **(3)** During the period of validity of the insurance contract, the options selected upon contract conclusion may not be amended unless transfer is made to a lower or a higher option. In this case from the limits of the insured person shall be deducted the amount of the expenses for the medical goods and/ or services used until that time. **Art. 12.** The mechanism for use of each of the services - subscription service or reimbursement of expenses - is described in Appendix № 2 **„Mechanism to use medical goods and services“,** which is an integral part to these General Terms and Conditions.

Изключения от застрахователното покритие **Чл. 13 (1)** Застрахователят не обезпечава финансово и не възстановява разходи, когато застрахователното събитие е причинено от или в резултат на: **1.** самоувреждане при психическо разстройство, анорексия, булимия, функционални нервни разстройства и/или опит за самоубийство; **2.** установено по съдебен ред виновно деяние, довело до увреждане на здравето, както и лечение по време, когато Застрахованият е лишен от свобода или излежава присъда; **3.** участие в спортни състезания или в подготовка на такива, участие в автомобилни състезания, използване на летателни и плавателни средства, всеки спорт, включващ животни, каране на ски извън пистите, практикуване на алпинизъм, проникване в пещери и подводно гмуркане и други подобни; **4.** болести, както и техните последици и усложнения, възникнали поради военни действия, граждански размирици, стачки, радиоактивни и други аварии, облъчвания и замърсявания, земетресение и други природни бедствия, инфекциозни болести и/или епидемии от локален или национален мащаб, лечение на заболявания, причинени от професионални вредности; **5.** умишлени действия или измама от застрахованото лице, както и произтичащите от тях последици; умишлено увреждане на собственото здраве, неспазване на предписан режим/лечение; **6.** участие в дейности с експериментална или научноизследователска цел; **7.** усложнения след раждане до третия месец след раждането; **8.** пластични, възстановително-реконструктивно и естетични корекции и операции и други козметични услуги; **9.** вродени заболявания и аномалии **(2)** Освен в горните случаи Застрахователят не покрива лечение и не възстановява разходи за: **1.** спешна медицинска помощ; **2.** трансплантации на органи или тъкани, хемодиализа и хемотрансфузия; **3.** лечение, покрито от Министерство на здравеопазването и/или НЗОК, в това число	**Exceptions from the insurance coverage** **Art. 13 (1)** The Insurer shall not cover and shall not reimburse expenses when the insured event has been caused by or as a result of: **1.** self-injury or mental disorder, anorexia, bulimia, functional nervous disorders and/or attempted suicide. **2.** established through the court culpable action that has resulted in harm to health as well as treatment while the Insured has been imprisoned or has served his/her sentence. **3.** participation in competitions or in preparation for competitions, participation in rallies, use of aircrafts and vessels, any sport involving animals, skiing outside the ski-runs, practising mountaineering, speleology and underwater diving, etc.; **4.** diseases and consequences and complications thereof that have arisen due to military actions, civil riots, strikes, radioactive and other breakdowns, radiation and contamination, earthquake and other natural disasters, infectious diseases and/ or epidemics of local or national scale, treatment of diseases caused by professional harms; **5.** wilful missions or fraud of the insured person as well as the consequences thereof; wilful injury of one's own health, non-observance of prescribed regime, treatment; **6.** participation in activities with experimental or research purpose; **7.** complications after birth until the third month after delivery; **8.** plastic, restorative - reconstructive and aesthetic corrections and operations and other cosmetic services; **9.** congenital diseases and anomalies **(2)** Except in the above cases the Insurer shall not cover treatment and shall not reimburse expenses for: **1.** emergency medical aid; **2.** transplantation of organs or tissues, haemodialysis and haemotransfusion; **3.** treatment covered by the Ministry of Health and/ or by the NHIF including tuberculosis or

туберкулоза или лечение по силата на законово регламентирана застраховка, държавна схема, субсидия, друг договор или здравна програма	treatment pursuant to statutory insurance, government scheme, subsidy, another contract or health programme.
4. лечение в резултат на производствени и други аварии и злополуки;	**4.** treatment as a result of production and other breakdowns and accidents;
5. лечение или лечебни процедури, започнали преди началото на застраховката (това условие не се прилага при продължаване на договора при същият Застраховател);	**5.** treatment and treatment procedures having started before the commencement of the insurance (this condition shall not apply for extension of the contract with the same Insurer);
6. всякакви алергологични изследвания, с изключение на кожно-алергологично тестуване;	**6.** any allergy tests except skin-allergy testing;
7. извършване на тестове и лечение на състояния, предизвикани пряко или косвено от ХИВ или свързани с ХИВ болести, включително СПИН или свързан със СПИН комплекс (ARC), както и всякакви инфекции, болести, наранявания или състояния, произтичащи от тях, независимо как са били причинени;	**7.** testing and treatment of conditions directly or indirectly caused by HIV or HIV-related diseases, including AIDS or AIDS-related complex as well as any infections, diseases, injuries or conditions ensuing from them notwithstanding how they have been caused;
8. лечение на алкохолизъм, злоупотреба/ зависимост от наркотици, анаболи, стимуланти, лекарства и други субстанции, или всяко състояние на пристрастеност от всякакъв вид, както и породени от тях състояния, в това число цироза, а също така и увреждане на здравето, вследствие системна употреба на тези вещества, както и мерки и лечение за отказ от тях;	**8.** treatment of alcoholism, abuse of drugs/ drugs addiction, anabolic substances, stimulants, medicines and other substances or any state of addiction of any kind as well as any conditions caused by them including cirrhosis as well as any harm to health as a result of systematic use of these substances as well as measures and treatment to refuse them;
9. лечение и диагностика на болести, предавани по полов път, лечение на безплодие и всички диагностични и терапевтични процедури във връзка с това, форма или подготовка на асистирана репродукция, прегледи и изследвания, свързани с репродуктивни проблеми; медицинско лечение, свързано с вземането, съхраняването или имплантирането на стволови клетки, независимо дали са собствени или донорски; прекъсване на бременност по желание; контрацепция, стерилитет, фертилизация, вазектомия, сексуални дисфункции, вкл. смяна на пола;	**9.** treatment and diagnostics for sexually transmitted diseases, treatment for sterility and any related diagnostic and therapeutic procedures, form or preparation for assisted reproduction, examinations and tests connected with reproductive problems; medical treatment connected with taking, storing or implanting stem cells whether own or donor cells; elective abortion; contraception, sterility, fertilization, vasectomy, sexual dysfunctions including sex change;
10. всички здравни услуги с цел козметичен ефект, програми и лечение, свързани с проблеми с теглото, диагностициране и лечение на косопад, витилиго, себорея, онихомикоза; диагностициране и лечение на акне, розацея, хъркане и сънна апнея отстраняване на липоми или други излишни телесни тъкани; отстраняване на вирусни брадавици и невуси;	**10.** all medical services with cosmetic effect, programmes and treatment connected with weight issues; diagnostics and treatment for hair loss, vitiligo, seborrhoea, onychomycosis; diagnostics and treatment for acne, rosacea, snoring and apnoea, removal of lipomas or other excessive body tissues; removal of viral warts and nevuses;

11. корекция на зрението с лазерни процедури, консумативи при оперативно лечение на старческа катаракта, лазерно оперативно лечение на простатна жлеза; **12.** ПЕТ скенер; **13.** лечение и последващо проследяване на злокачествени заболявания, химиотерапия, лъчетарапия и имунотерапия, генетични изследвания, разходи за Пренатест; **14.** лечение и последващо проследяване на психични заболявания и последиците от тях в това число разходите за психотерапевт, психолог, семеен терапевт или консултант;	**11.** vision correction with laser procedures, consumables or operative treatment of age-related cataract, laser operative treatment of prostate gland; **12.** PET scanner; **13.** treatment and follow-up procedures of malignant diseases, chemotherapy, radiation therapy and immunotherapy, genetic tests, expenses for Prenatest; **14.** treatment and follow up procedurers of mental diseases and the consequences therefrom, including expenses for psychotherapist, psychologist, family therapist or consultant;
15. лекарства и други медикаменти, нерегистрирани в Република България, хранителни добавки, витамини, медицински изделия, медицинска козметика, тонизиращи продукти, слабителни средства, диетични храни, пребиотици и пробиотици; **16.** лекарства и други медикаменти, закупени без лекарско предписание, ваксинации, в това число задължителни имунизации, лечение и изследвания, извършени без лекарско назначение; **17.** прегледи без поставена диагноза, изследвания и терапии, които не отговарят на поставена диагноза, прегледи и изследвания по пакет „Извънболнична медицинска помощ”, проведени с профилактична цел, както и за всеки вид лечение, за което няма утвърдени медицински стандарти или такова, което не отговаря на утвърдените стандарти. **18.** разходи за прегледи и изследвания, свързани с издаването на медицински свидетелства с различна цел; разходи, свързани с експертиза на работоспособността или съдебно-медицинска експертиза; **19.** стоматологични услуги: естетични инлеи; фасети; ортопедична дентална помощ, зъботехническа дейност, репланти и импланти и подготовката за тях; ортодонтска дейност; избелване на зъби, зъбни протези, зъбни корони и мостове, както и всякакви други дентални услуги и/или свързаните с тях здравни стоки, които не са изрично описани в съдържанието на здравните пакети, покрити по договора за здравна застраховка или са извън допълнително покритите по договора за медицинска застраховка, анексите и приложенията към него. **20.** разходи за лекарства, предписани за стоматологично лечение, ако денталната	**15.** drugs and other medicines not registered in the Republic of Bulgaria, food additives, vitamins, medical items, medical cosmetics, energizers, laxatives, dietary foods, prebiotics and probiotics; **16.** drugs and other medicines purchased without medical prescription, vaccinations, including mandatory immunizations, treatment and tests made without medical prescription. **17.** examinations without specified diagnosis, tests and therapies inconsistent with the diagnosis, examinations and tests under the Outpatient medical care package made with prophylactic purpose as well as any kind of treatment for which there are not recognized medical standards or treatment inconsistent with the recognized standards. **18.** expenses for medical examinations and tests connected with issuing medical certificates with different purpose; expenses connected with expert examination of the working capacity or forensic-medical expert examination; **19.** dental services; aesthetic inlays; facets; orthopaedic dental care, dental prosthetics, replants and implants and preparation for them; orthodontist's services; teeth whitening, dental prosthesis, dental crowns and bridges, as well as any other dental services and / or related health care products not explicitly described in the contents of health packages covered by the health insurance contract or beyond the health insurance contract, annexes and its attachments. **20.** costs of medicines prescribed for dental treatment if dental care is not a covered risk;

помощ не е покрит риск; **21.** домашни грижи, както и мерки за гериатрично, логопедично и рехабилитационно лечение, изкуствено поддържане на жизнените функции при мозъчна смърт (кома), лечение с кръв и кръвни биопродукти съгласно Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, лечение на менопауза; **22.** противозачатъчни средства за превенция на бременността; **23.** медицинска козметика и друга козметика, цветни лещи, очила за работа с компютър, рамки за очила; **24.** алтернативна медицина и СПА процедури; **25.** склеротерапия на вени, плазмафереза, хипербарна оксигенация; **26.** акупунктура, ирисодиагностика, имунотерапия, мануална терапия, лечение с нетрадиционни методи и средства. **27.** консумативи при хирургически операции, налагащи се вследствие на участие в любителски спортни занимания.	**21.** home care as well as measures for geriatric, logopedic and rehabilitation treatment, artificial maintenance of vital functions in case of brain death (comma), treatment with blood and blood bioproducts according to the Blood, Blood Donation and Blood Transfusion Act, treatment for menopause; **22.** contraceptives for prevention of pregnancy; **23.** medical cosmetics and other cosmetics, colour lens, computer glasses, frames for glasses; **24.** alternative medicine and SPA procedures; **25.** sclerotherapy of veins, plasmapheresis, hyperbaric oxygenation; **26.** acupuncture, iris diagnostics, immunotherapy, manual therapy, treatment with untraditional methods and tools. **27.** consumables for surgical operations required as a result of participation in amateur sports activities.
(3) При специално писмено договаряне и след платена допълнително застрахователна премия, Застрахователят може да покрие някои от изключенията от застрахователно покритие. **(4)** Застрахователят не заплаща и не възстановява суми: 1. определени законово като потребителски такси, както и всякакви административни такси, изисквани от лечебните заведения, освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго. 2. всякакви други здравни услуги и/или здравни стоки, които не са изрично описани в съдържанието на здравните пакети, покрити по договора за здравна застраховка или допълнително покритите по договора за здравна застраховка, анексите и приложенията към него; 3. суми до 5.11 евро (10.00 лв.) за ползвани здравни стоки и/илиуслуги.	**(3)** In case of special agreements in writing and subject to paid additional insurance premium, the Insurer may cover some of the exceptions from the insurance coverage.. **(4)** The Insurer shall not pay and shall not reimburse: 1. any amounts statutory defined as consumer fees as well as any administrative fees required by the medical institutions unless otherwise agreed in the insurance contract. 2. any other health services and / or health goods not explicitly described in the contents of the health packages covered by the health insurance contract or additionally covered by the health insurance contract, the annexes and its attachments; 3. amounts up to 5.11 EUR (10.00 BGN) for used healtgoods and / or services.
V. Застрахователен договор. **1. Сключване на застрахователния договор** **Чл. 15. (1)** Застрахователният договор се сключва със здрави лица с нормален застрахователен риск **(2)** Лица със завишен застрахователен риск, съгласно критериите, изброени в здравната декларация, се застраховат при условия, определени в застрахователния договор и при допълнително платена премия. **Чл. 16 (1)** Застрахователният договор се сключва в писмена форма въз основа на писмено	**V. Insurance contract.** **1. Conclusion of insurance contract** **Art. 15.** (1) The insurance contract shall be concluded with healthy individuals with normal insurance risk **(2)** Individuals with increased insurance risk according to the criteria listed in the health declaration shall be insured under conditions determined in the insurance contract and subject to additional premium. **Art. 16 (1)** The insurance contract shall be concluded in writing based on proposal in writing

предложение по образец на Застрахователя, към което се прилагат следните документи: **1.** при индивидуално застраховане и групово застраховане на група, състояща се от по-малко от 12 (дванадесет) лица - Въпросник (по образец на Застрахователя) и декларация за здравословно състояние; **2.** при групово застраховане на група, състояща се от повече от 12 лица - списък на застрахованите лица и въпросник - по преценка на Застрахователя. В този случай Застрахователят може да сключи застрахователния договор, без да изисква попълването на декларации за здравословно състояние.	on Insurer's template with the following documents enclosed to it: **1.** upon individual insurance and group insurance of a group consisting of less than 12 (twelve) individuals - Questionnaire (based on Insurer's template) and declaration of health status; **2.** upon group insurance of a group consisting of more than 12 individuals - a list of the insured persons and questionnaire - at the Insurer's discretion. In this case the Insurer may conclude the insurance contract without provision of declarations of health status.
(2) Писменото предложение, въпросникът, списъкът на застрахованите лица и декларацията за здравословно състояние са неразделна част от договора за здравна застраховка.	**(2)** The proposal in writing, the questionnaire, the list of insurer persons and the declaration of health status are integral parts to the health insurance contract.
Чл. 17. Кандидатът за застраховане е длъжен да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. При неточно обявяване или премълчаване на такива обстоятелства се прилагат чл. 363 и чл. 364 от Кодекса за застраховането.	**Art. 17.** The applicant for insurance shall declare the material circumstances of which it is aware and which are significant for the risk. In case of incorrect declaring or concealing any circumstances, art. 363 and art. 364 of the Code on Insurance shall apply.
Чл. 18 (1) При сключване на групов застрахователен договор Застраховащият е длъжен при подписване на договора да предостави на Застрахователя списък на застрахованите лица по образец.	**Art. 18 (1)** Upon conclusion of a group insurance contract, the Policyholder shall provide to the Insurer a list of the insured on a template.
(2) Списъкът на застрахованите лица се заверява от Застраховащия и Застрахователя и става неразделна част от застрахователния договор.	**(2)** The list of the insured shall be certified by the Policyholder and the Insurer and shall become an integral part to the insurance contract.
Чл. 19 (1) Застраховащият има право да актуализира списъка на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено предоставя на Застрахователя актуализираните данни.	**Art. 19 (1)** The Policyholder may update the list of the insured during the period of validity of the contract and shall provide to the Insurer updated data.
(2) Актуализацията на списъка на застрахованите лица влиза в сила от следващата падежна датата на договора.	**(2)** The updated list of the insured shall enter into force on the next due date.
Чл. 20. Застрахователят има право да откаже сключването на застрахователен договор, без да посочва причините за това.	**Art. 20.** The insurer may refuse conclusion of insurance contract without specifying the reasons about that.
2. Персонална здравна карта. Списък на изпълнителите на медицинска помощ	**2. Personal health card. List of medical care providers**
Чл. 21. Застрахователят е длъжен да предостави на Застраховащия/Застрахования персонална здравна карта и списък на изпълнителите на медицинска помощ, с които е в договорни отношения. Списъкът на изпълнителите на медицинска помощ се обявява на официалната страница на Застрахователя в Интернет и се	**Art. 21.** The Insurer shall provide to the Policyholder/ Insured a personal health card and a list of the medical care providers with which it has concluded agreements. The list of the medical care providers is announced on the official website of the Insurer and shall be updated when necessary.

актуализира при необходимост. **Чл. 22. (1)** Застрахованите лица, при всяко посещение при лекар или в лечебно заведение, се легитимират с лична карта и персонална здравна карта с валиден срок на действие. Застрахованото лице няма право да ползва и да се легитимира със здравната си карта след изтичането на нейния срок на валидност. **(2)** В случай на загубване или унищожаване на персонална здравна карта, Застрахованият незабавно уведомява Застрахователя. Застрахованият получава дубликат на персоналната си здравна карта срещу декларация за изгубения/ унищожения документ и заплащане на такса в размер на 2.56 евро (5.00 лв.) **3. Форма на застрахователния договор** **Чл. 23. (1)** Застрахователният договор се сключва писмено във формата на застрахователна полица или друг писмен акт и съдържа всички реквизити, съгласно чл. 344 и чл. 345 от Кодекса за застраховането. **(2)** Предложението за застраховане, въпросникът, декларацията за здравословно състояние, медицински заключения и резултати от медицинските изследвания, общите условия, анексите, пакетите и всички останали договорености, са неразделна част от застрахователният договор. **(3)** Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са сключени в писмена форма и са подписани от Застрахователя и Застраховащия/Застрахования. **4. Начало и край на периода на застрахователно покритие** **Чл. 24. (1)** Застрахователният договор влиза в сила от 00:00 часа на датата, посочена като начало на застраховката, но не и преди деня, следващ заплащането на цялата дължима премия или на първата вноска от нея при разсрочено плащане на премията. **(2)** За покритията, по които има определени в застрахователния договор отлагателни периоди, застраховката влиза в сила в 00:00 часа на датата, следваща датата, на която изтича съответният отлагателен период. **(3)** Застрахователното покритие се прекратява в 23:59 часа на датата, посочена в застрахователния договор като край на застраховката или от датата на прекратяване на застрахователния договор. **Чл. 25.** Разходите за лечение, което продължи след датата на изтичане срока на застраховката, са за сметка на Застрахования.	**Art. 22 (1)** The insured shall prove their identity by their identity card and a valid personal health card when they visit a medical doctor or a medical institution. The Insured may not use and may not prove their identity with their health card after expiration of its validity. **(2)** In case of loss or destruction of a personal health card, the Insured shall immediately notify the Insurer. The Insured may obtain a duplicate of their personal health card by submission of declaration for lost/ destroyed document and payment of a fee of 2.56 EUR (BGN 5.00) by bank transfer. **3. Form of insurance contract** **Art. 23. (1)** The insurance contract shall be concluded in writing in the form of an insurance policy or another act in writing and shall contain all requisites pursuant to art. 344 and art. 345 of the Code on Insurance. **(2)** The proposal for insurance, the questionnaire, the declaration of health status, the medical conclusions and results from medical tests, the general terms and conditions, the annexes, the packages and any other agreements shall be an integral part to the insurance contract. **(3)** The insurance contract and any other documents attached to it are valid only if concluded in writing and signed by the Insurer and the Policyholder/ the Insured. **4. Commencement and end of the period of insurance coverage** **Art. 24. (1)** The insurance contract shall enter into force at 00:00 on the date indicated as the commencement date for the insurance however not before the date following the payment of the whole premium due or the first instalment thereof in case of deferred payment of the premium. **(2)** For coverages for which the insurance contract provides for deferment, the insurance shall enter into force at 00:00 h on the date following the date of expiration of the relevant period of deferment. **(3)** The insurance coverage shall expire at 23:59 on the date indicated in the insurance contract as the end of the insurance or from the date of termination of the insurance contract. **Art. 25.** Expenses for treatment that continues after the date of expiration of the insurance shall be on the account of the Insured.

5. Срок и прекратяване на застрахователния договор **Чл. 26.** Застрахователният договор се сключва за срок от една година, освен ако не е уговорено друго. **Чл. 27. (1)** Договорът за здравна застраховка може да се прекрати предсрочно: **1.** по взаимното съгласие между страните, изразено в писмен вид; **2.** в хипотезата, по реда и с последиците по чл. 35, ал. 4 от тези Общи условия; **3.** с едномесечно писмено предизвестие от Застрахователя или / Застраховащия/ Застрахования. **(2)** Застраховащият/Застрахованият не може едностранно да прекратява договора за здравна застраховка по реда на т. 3, ако: **1.** общият размер на предявените претенции по застрахователните пакети надвишава 57% от внесената застрахователна премия; **2.** до края на срока на договора за здравна застраховка остават по-малко от три месеца. **(3)** При прекратяване по реда на ал. 1, т. 1 от която и да е от страните по договора, Застрахователят възстановява на Застраховащия/Застрахования частта от застрахователната премия за неизтеклата част от договора, след приспадане на направените от Застрахователя административни и аквизиционни разходи за обслужване. **(4)** В случай, че договорът се прекратява предсрочно по ал. 1, т. 3 по искане на Застраховащия, Застрахователят не дължи връщане на платената премия за остатъка от срока на договора, освен ако не е уговорено друго. Ако преди прекратяване на договора са ползвани здравни стоки и/или услуги по договора, в случаите на разсрочено плащане на застрахователната премия Застрахователят има право да иска и плащането на пълния размер на договорената застрахователна премия. **Чл. 28.** Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на срока и в следните случаи: **1.** ако застрахованото лице умишлено е представило неверни факти и обстоятелства; **2.** при индивидуални застрахователни договори - със смъртта на застрахованото лице, като в този случай Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия; **3.** при обявяване в ликвидация или несъстоятелност на юридическото лице, когато то е притежател на полицата; **4.** в други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в	**5. Term and termination of the insurance contract** **Art. 26.** The insurance contract shall be concluded for a period of one year, unless otherwise agreed. **Art. 27. (1)** The health insurance contract may be terminated earlier: **1.** by mutual consent of the parties, expressed in writing; **2.** according to the hypothesis, by the procedure and with the consequences under art. 35, para. 4 of these General Terms and Conditions; **3.** by one-month advance notice by the Insurer or the Policyholder/ the Insured. **(2)** The Policyholder/ the Insured may not unilaterally terminate the health insurance contract pursuant to item 3 if: **1.** the total amount of the submitted claims under the insurance packages shall not exceed 57% of the paid insurance premium'; **2.** until the end of the contract for health insurance remain less than three months. **(3)** Upon termination pursuant to para. 1, item 1 by any contracting party, the Insurer shall recover to the Policyholder/ the Insured that part of the insurance premium for the unexpired part of the contract after deduction of the administrative and acquisition expenses incurred by the Insurer. **(4)** If the contract is terminated earlier under para. 1, item 3 at the request of the Policyholder, the Insurer shall not recover the premium paid for the remaining period of the contract unless agreed otherwise. If before contract termination any medical goods and/ or services under the contract have been used, in case of deferred payment of the insurance premium, the Insurer may request payment of the full size of the agreed insurance premium. **Art. 28.** The contract may be terminated before the expiry term in the following cases: **1.** if the insured has intentionally provided false facts and circumstances; **2.** for individual insurance contracts - in the event of the death of the insured and in such case the Insurer shall not recover the insurance premium; **3.** in case of declaring liquidation or insolvency of the legal entity when such entity is the policyholder; **4.** in other cases explicitly agreed in the insurance contract or provided in the Bulgarian law.

българското законодателство.	
Чл. 29 (1) При предсрочно прекратяване на договора застрахованите лица са длъжни незабавно да върнат на Застрахователя персоналните си здравни карти. Всеки разход, направен от застрахованото лице под формата на абонаментно обслужване и/или възстановяване на разходи след края на неговото индивидуално застрахователно покритие, не подлежи на възстановяване от Застрахователя.	**Art. 29 (1)** In case of earlier termination of the contract, the insured shall immediately return to the Insurer their personal health cards. Any expenses incurred by the insured in the form of subscription service and/ or reimbursement of expenses after the end of its individual insurance coverage are not subject to reimbursement by the Insurer.
(2) Предсрочното прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на застраховано лице по групов застрахователен договор влиза в сила от деня на връщане на персоналните здравни карти на застрахованите лица на Застрахователя. До деня на връщане на картата Застраховащият дължи плащане на застрахователната премия за съответното застраховано лице.	**(2)** Earlier termination of the individual insurance coverage of an insured person under group insurance contract enters into force on the date of return of the personal health card by the insured persons to the Insurer. Until the date of return of the card, the Policyholder shall pay the insurance premium for the relevant insured person.
Чл. 30. Застрахователят има право по време на действие на застрахователния договор да прекрати или да промени условията по него, в случай че: **1.** от страна на Застраховащия/Застрахования се върши или е била извършена измама, укриване на факти, както и ако са били направени неверни изявления. В този случай застрахованото лице връща всички суми, които вече са му били изплатени по силата на застрахователния договор; **2.** Застраховащият/Застрахованият нарушил/о условията на застрахователния договор.	**Art. 30.** During the period of validity of the insurance contract, the Insurer may terminate or amend the conditions thereof in case that: **1.** the Policyholder/ the Insured commits or has committed fraud, concealing of facts as well as if false statements have been made. In such case the insured shall recover any amounts that have already been paid to it pursuant to the insurance contract. **2.** The Policyholder/ the Insured has violated the terms and conditions of the insurance contract.
7. Застрахователна премия. Начини на плащане. Промяна на застрахователната премия. Последици от неплащането.	**7. Insurance premium. Methods of payment. Change of the insurance premium. Consequences of non-payment.**
Чл. 31. (1) Застрахователната премия се определя от Застрахователя.	**Art. 31. (1)** The insurance premium shall be determined by the Insurer.
(2) При индивидуалните и семейни застраховки застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованите лица, избраните пакети и обемите по тях, и действащите тарифи, както и от евентуалното договорено самоучастие.	**(2)** For individual and family insurances the insurance premium shall be determined by the Insurer depending on the age, the health status of the insured, the selected packages and volumes thereon and the valid tariffs as well as the possible agreed deductible.
(3) При груповите застраховки застрахователната премия се определя от Застрахователя на база действащите тарифи към момента на сключване на договора за здравна застраховка, в зависимост от: **1.** броя на застрахованите лица; **2.** избраните от Застрахования/ Застраховащия застрахователни пакети и	**(3)** For group insurances, the insurance premium is determined by the Insurer on the basis of the valid tariffs as at the time of conclusion of the health insurance contract depending on: **1.** the number of the insured; **2.** the insurance packages and related volumes selected by the Insured/ the Policyholder;

обеми по тях; **3.** лимита на отговорност на Застрахователя; **4.** договореното самоучастие. **Чл. 32. (1)** Застрахователната премия е годишна и се заплаща от Застраховащия/Застрахования на Застрахователя по един от следните начини: **1.** еднократно – при сключване на застрахователния договор; **2.** разсрочено – на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски, като в този случай Застрахователят има право да утежни разсрочената премия. **(2)** Застрахователната премия, броят, размерът и падежите на всяка вноска при разсрочено плащане на премията се посочват в застрахователния договор. **Чл. 33. (1)** Застрахователната премия се плаща в размерите, валутата и сроковете, посочени в договора. **(2)** Годишната застрахователна премия или първата разсрочена вноска се плаща по безкасов път чрез банков превод. Преводът се счита за направен от датата на заверяване на сметката на Застрахователя или специалната клиентска сметка на застрахователния брокер, когато договорът е сключен с негово посредничество. **Чл. 34.** Застраховащият се задължава, освен плащането на премията, да заплати всички данъци, вноски и такси, дължими от него съгласно действащото законодателство във връзка със застрахователния договор. **Чл. 35 (1)** Ако премията не бъде заплатена до 00:00 часа на датата, определена за начало на застрахователния договор, Застрахователят не носи отговорност за настъпили събития. Ако премията не бъде заплатена до 30 (тридесетия) ден от датата на падежа, договорът се счита за прекратен. **(2)** При неплащане на която и да е разсрочена вноска от застрахователната премия на падежа, посочен за нея в договора, Застрахователят има право едностранно да прекрати действието на договора. **(3)** Застрахователят прилага правото си по ал. 2 не по-рано от 15 дни, считано от падежа на просрочената вноска по договора. **(4)** Ако настъпи застрахователно събитие в периода на изчакване плащането на премията се приема, че застрахователният договор е прекратен, считано от падежа на последната дължима и незаплатена застрахователна премия и Застрахователят не дължи плащане за настъпилото събитие.	**3.** the limit of liability of the Insurer; **4.** agreed deductible. **Art. 32. (1)** The insurance premium is annual and is paid by the Policyholder/ the Insured to the Insurer by one of the following methods: **1.** one-off - upon execution of the insurance contract; **2.** deferred - in half-year, quarterly or monthly instalments and in such case the Insurer may encumber the deferred premium. **(2)** The insurance premium, the number, size and due dates of each instalment in case of deferred payment of the premium are indicated in the insurance contract. **Art. 33. (1)** The insurance premium shall be paid in the size, currency and terms specified in the contract. **(2)** The annual insurance premium or the first instalment shall be paid by bank transfer. The bank transfer is considered made on the date of crediting the Insurer's account or the special client's account with the insurance broker when the contract has been concluded with his agency. **Art. 34.** In addition to the premium, the Policyholder shall pay all taxes, charges and fees payable by it according to the valid law in connection with the insurance contract. **Art. 35 (1)** If the premium is not paid until 00:00 on the date specifies as the commencement date of the insurance contract, the Insurer shall not be liability for any loss occurrences. If the premium is not paid by the 30th (thirtieth) day after the due date, the contract shall be considered terminated. **(2)** In case of failure to pay any deferred instalment of the insurance premium on the due date, indicated in the contract, the Insurer is entitled to terminate the contract unilaterally. **(3)** The Insurer shall enforce its right under para. 2 not earlier than 15 days effective from the due date of the deferred instalment under the contract. **(4)** If any insured event occurs in the period of waiting for the payment of the premium the insurance contract is assumed terminated effective from the due date of the last due but unpaid insurance premium and the Insurer shall not pay for the occurred event.

(5) Ако в рамките на 30 (тридесет) дни след изтичане на срока по ал. 1 Застрахованият плати просрочената застрахователна премия и през този период не е настъпило застрахователно събитие, Застрахователят може да възстанови действието на застрахователния договор.	**(5)** If within 30 (thirty) days after expiration of the term under para. 1, the Insured fails to pay the overdue insurance premium and during that period, an insured event has not occurred, then the Insurer may resume the validity of the insurance contract.
Чл. 36. (1) При настъпване на законодателни промени или други промени и обстоятелства, независещи от Застрахователя, чиито последствия не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита, Застрахователят може да предложи на Застраховащия промени в премията. Промяната влиза в сила след писмено деклариране на съгласие от страна на Застраховащия.	**Art. 36. (1)** Upon occurrence of any legal changes or other changes and circumstances beyond the Insurer's control, which consequences could not be envisaged and which may bring to material changes in the terms and conditions for providing insurance protection, the Insurer may propose to the Policyholder changes in the premium. Such change shall enter into force after the Policyholder declares its consent in writing.
(2) При липса на съгласие застрахователният договор се прекратява предсрочно и Застраховащият не дължи заплащането на застрахователна премия по него от датата на прекратяването.	**(2)** If such consent is not given, the insurance contract shall be terminated earlier and the Policyholder shall not pay the insurance premium due as from the termination date.
Чл. 37. Застрахователят може да предложи повишаване на застрахователната премия, когато през срока на действие на застрахователния договор нетната квота на щетимост надхвърли 110%. В случай, че Застраховащият отхвърли предложената промяна, застрахователният договор се прекратява предсрочно и Застрахователят не дължи връщане на платената застрахователна премия.	**Art. 37.** The Insurer may propose increase of the insurance premium when during the term of validity of the insurance contract the net loss ratio exceeds 110%. If the Policyholder rejects the proposed change, the insurance contract shall be terminated earlier and the Insurer shall not recover the insurance premium paid.
8. Застрахователна сума (лимити на отговорност на Застрахователя). Самоучастие на Застрахования	**8. Insurance amount (Insurer's limits of liability) Deductible of the Insured**
Чл. 38. (1) Застрахователната сума (лимит) за здравна застраховка е договорената и определената в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към застрахованите лица, за обезпечените по договора здравни стоки и/или услуги.	**Art. 38. (1)** The insurance amount (limit) for health insurance is the agreed and specified amount of money in the insurance contract representing the upper limit of liability of the Insurer to the insured persons to cover medical goods and/ or services under the contract.
(2) Отговорността на Застрахователя за всички плащания през застрахователната година е до лимита на застрахователните пакетите, посочен в договора.	**(2)** The Insurer's liability for all payments during the insurance year is up to the limit of the insurance packages specified in the contract.
(3) Разходите за здравни стоки и/или услуги, извън договорените в застрахователния договор лимити, са за сметка на застрахованото лице.	**(3)** The expenses for medical goods and/ or services other than the limits agreed in the insurance contract are on the account of the insured person.
Чл. 39. В застрахователния договор, независимо от избраното покритие, може да бъде договорено самоучастие на Застрахования.	**Art. 39.** In the insured contract, regardless of the selected coverage, may be agreed deductible for the Insured.
9. Права и Задължения на Застрахования/Застраховащия	**9. Rights and responsibilities of the Insured/ the Policyholder**

Чл. 40. Правото за ползване на здравни стоки и/или услуги съгласно договора за здравна застраховка и в обемите по него е лично и не може да преотстъпва за ползването на други лица.	**Art. 40.** The right to use medical goods and/or services according to the health insurance contract and within its scope is personal and may not be conceded to third persons.
Чл. 41. Застрахованият има право: **1.** да изисква от Застрахователя да пази личните му данни и да не прави достояние пред трети лица всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор за здравна застраховка или всякаква информация или данни за Застрахования, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора, освен в случаите предвидени в закона; **2.** да подава писмено запитване, молба или възражение по повод на движението или разглеждането на негова претенция за възстановяване на извършени разходи или по повод на възникнали проблеми, свързани с ползвани и/или закупени от него здравни услуги и/или стоки от изпълнители на медицинска помощ и/или доставчици на здравни стоки; **3.** да подава писмена жалба срещу решението на Застрахователя по предявена претенция; **4.** да получава информация от Застрахователя за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на медицински стоки; **5.** при писмено поискване да получава информация относно ползваните от него здравни услуги и стоки; **6.** да прекрати индивидуалния договор за здравна застраховка при условията, съдържащи се в него, или при условията на настоящите Общи условия.	**Art. 41.** The Insured is entitled: **1.** to request from the Insurer to keep confidentially their personal data and to refrain from disclosing to third parties any information connected with the conclusion, the content and/ or the performance of the relevant health insurance contract or any information or data about the Insure of which it may become aware in connection with the negotiations, the conclusion and/ or the contract performance except in the cases provided by the law; **2.** to submit in writing any request, application or objection regarding the processing or consideration of its claim for reimbursement of incurred expenses or on the occasion of issues that may occur in connection with used and/ or purchased medical services and/ or goods by medical care providers and/ or medical goods suppliers. **3.** to submit complaint in writing against the Insurer's decision on submitted claim; **4.** to receive information from the Insurer about changes in the list of medical care providers and/ or medical goods suppliers; **5.** by request in writing to receive information concerning the medical services and goods that it has used; **6.** to terminate the individual health insurance contract according to the conditions contained in its or under the conditions of these General Terms and Conditions.
Чл. 42. (1) Застрахованият има право на възстановяване на извършени от него разходи за ползвани здравни стоки и/или услуги от избран от него изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки от Застрахователя в следните случаи: **1.** когато Застрахователят няма сключен договор с изпълнителя и/или доставчика, избран от Застрахования или; **2.** услугата, която е покрита по условията на договора и застрахователния пакет, не се предлага от изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на услуги, с които Застрахователят има сключен договор или;	**Art. 42. (1)** The Insured is entitled to reimbursement of expenses incurred by them for the used medical goods and/ or services by a selected medical care provider and/or medical goods supplier of the Insurer in the following cases: **1.** when the Insurer has not concluded contract with the provider and/ or supplier selected by the Insured; or **2.** the service, which is covered under the terms and conditions of the contract and the insurance package is not offered by the medical care providers and/ or medical goods suppliers with whom the Insurer has concluded agreements; or

3. когато в застрахователния договор е договорено обезпечаване на предоставените здравни услуги и/или стоки под формата на възстановяване на разходи.	**3.** when the insurance contract provides coverage for the provided medical services and/ or goods by means of reimbursement of expenses.
(2) В случаите, в които Застрахованият е заплатил здравни стоки и/или услуги, предоставяни от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят се намира в договорни отношения, последният възстановява до размера на договорената стойност, която би заплатил, в случай, че здравната услуга/стока е била ползвана на абонаментен принцип.	**(2)** If the Insured has paid for the medical goods and/ or services provided by a medical care provider with whom the Insurer has concluded an agreement, the latter shall reimburse the expenses within the agreed limits up to the amount of the agreed value, which would pay if the medical service and/ or goods were used on the principle of subscription.
(3) Редът за упражняването на правата по чл. 41, т. 2 и т. 3 се урежда във Вътрешните правила за уреждане на претенции, публикувани на официалната страница на Застрахователя в Интернет.	**(3)** The procedure for exercising the rights under art. 41, item 2 and item 3 shall be settled by the Internal Rules for claims settlement published on the official website of the Insurer.
Чл. 43. Застрахованият има задължение: **1.** при сключване на застрахователния договор да даде вярна информация за възрастта и здравословното си състояние и да обяви точно и изчерпателно всички обстоятелства, които са му известни и са от значение за поемане на риска; **2.** да плаща своевременно дължимата застрахователна премия; **3.** да не предоставя издадената на негово име персонална здравна карта на друго лице; **4.** да уведоми Застрахователя в 14-дневен срок за настъпилото застрахователно събитие; **5.** да представи изискуемите от Застрахователя документи от значение за определяне на основанието и размера на претенцията; **6.** да не допуска действия или бездействия, които водят до увеличаване на покрития риск.	**Art. 43.** The Insured shall: **1.** provide true information about their age and health status and announce correctly and exhaustively all circumstances of which they are aware and which are relevant for risk assumption; **2.** pay promptly the insurance premium due; **3.** not give the personal health card issued to them to other persons; **4.** notify the Insurer within 14 days about any insured event that has occurred; **5.** provide the documents required by the Insurer, which are relevant for determination of the ground and the size of the claim; **6.** not allow missions or omissions, which increase the covered risk.
Чл. 44. (1) Ако застрахователният договор е сключен въз основа на съзнателно обявени неверни сведения за възрастта и/или здравословното състояние на Застрахования, Застрахователят има право: **1.** да прекрати застрахователния договор, ако при знанието на съзнателно обявените неточно или премълчани обстоятелства не би сключил същия. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството, като в този случай Застрахователят задържа платената част от премията и може да иска плащането й за периода до прекратяването на договора. **2.** да предложи промяна в застрахователния договор, ако при знанието на съзнателно	**Art. 44. (1)** If the insurance contract has been concluded on the basis of intentionally declared incorrect data about age and/ or health status of the Insured, the Insurer is entitled: **1.** to terminate the insurance contract provided that if it knew the intentionally incorrectly declared or concealed circumstances, it would not conclude the said contract. The Insurer may exercise that right within one month of becoming aware of the said circumstance and in this case the Insurer will keep the paid premium and may request that the premium is paid until the contract termination. **2.** to propose change to the insurance contract provided that if it knew the intentionally

обявените неточни или премълчани обстоятелства би сключил договора, но при други условия. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството. Ако Застраховащият/Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т. 1.

(2) Застрахователят не носи отговорност за настъпилите застрахователни събития преди датата на прекратяване на договора, ако обстоятелството, по отношение на което е нарушено задължението за уведомяване, е оказало въздействие за настъпване на застрахователното събитие.

Чл. 45. (1) В случаите, когато Застраховащият е различен от Застрахования, Застраховащият има следните специфични права:

1. да включва нови и изключва лица в/от списъка на застрахованите лица към договора;
2. да включва нови пакети към договора;
3. да прекрати договора при условията и реда, съдържащи се в него или настоящите Общи условия.

(2) Застраховащият е длъжен:

1. да заплати изцяло уговорената застрахователна премия или да заплаща съответните разсрочени вноски от нея на посочените в договора за здравна застраховка падежи;
2. изчерпателно и точно да информира в писмена форма Застрахованите и членовете на техните семейства за условията, при които е сключен договорът за здравна застраховка и при които те могат да упражняват правата си по него, както и за всяка промяна в първоначално приложения към договора списък на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на медицински стоки, за която е бил информиран от Застрахователя, или която е отразена на официалната страница на Застрахователя в Интернет;
3. да предостави на застрахованите лица срещу подпис персоналните здравни карти и списъка с лечебните заведения, в които лицата могат да ползват здравните услуги на абонаментен принцип.
4. да предоставя на Застрахователя актуализиран списък на застрахованите лица в случай, че са налице промени в техния брой.

incorrectly declared or concealed circumstances, it would conclude the contract but under different conditions. The insurer may exercise that right within one month after it becomes aware of the circumstance. If the Insured does not accept the proposal for such change within two weeks after its receipt, the contract will be terminated with the consequences of item 1.

(2) The Insurer shall not be liable for any insured events that may occur before the date of contract termination if the circumstance with regard to which the obligation of notification is violated has assisted for the occurrence of the insured event.

Art. 45. (1) In the cases when the Policyholder and the Insured are different persons, the Policyholder shall have the following specific rights:

1. to include new and to exclude persons from the list of the insured to the contract;
2. to include new packages to the contract;
3. to terminate the contract under the terms and conditions contained in it or these General Terms and Conditions.

(2) The Policyholder shall:

1. pay in full the agreed insurance premium or pay the relevant instalments on the due dates specified in the health insurance contract;
2. exhaustively and correctly inform in writing the Insured and their family members about the terms and conditions of the health insurance contract and the conditions for exercising their rights, as well as for any change in the list of medical care providers and/ or medical goods suppliers initially attached to the contract for which it has been informed by the Insurer or which is announced on the official website of the Insurer.
3. deliver to the insured against signature their personal health cards and the list of medical institutions where the persons may use the health services on the principle of subscription.
4. provide to the Insurer updated list of the insured person in case that their number has changed.

5. да върне на Застрахователя персоналните здравни карти на лицата, които вече не са в трудови/служебни правоотношения с него, включително и картите на всеки застрахован член на семейството. В случай на неизпълнение в срок на задължението по предходното изречение, Застраховащият дължи на Застрахователя стойността на всички разходи, направени от застрахованото лице след прекратяване на застрахователното покритие.	**5.** return to the Insurer the personal health cards of the individuals whose employment/ formal contracts have been terminated including the cards of each insured family member. In case of failure to perform the obligation under the previous sentence, the Policyholder shall pay to the Insurer the amount of all expenses incurred by the insured after termination of the insurance coverage.
Чл. 46. Застраховащият по групови договори няма право да получава каквато и да било информация за здравния статус на застрахованите от него лица или на застрахованите членове на техните семейства.	**Art. 46** The Policyholder under group contracts is not entitled to receive any information about the health status of the insured persons or the insured family members.
Чл. 47. Застрахователят не носи отговорност и от него не могат да се претендират каквито и да било плащания в случай на неизпълнение на което и да е от задълженията от страна на Застраховащия по тези Общи условия, вследствие на което Застрахованият или член на семейството му не е могъл да упражни правата си по договора за здравна застраховка и/или ги е упражнил по начин, който съгласно договора за здравна застраховка и тези Общи условия изключва възможността за Застрахователя да изпълни задължението си за финансово обезпечаване на направените разходи.	**Art. 47.** The Insurer shall not be liable and no payments may be claimed in case of failure of the Policyholder to perform any obligation under these General Terms and Conditions as a result of which the Insured or their family members were not able to exercise their rights under the health insurance contract and/ or have exercised them in a manner, which according to the health insurance contract and these General Terms and Conditions exclude the capability of the Insurer to perform its obligation for financial coverage of the incurred expenses.
10. Права и задължения на Застрахователя	**10. Rights and obligations of the Insurer**
Чл. 48 (1) Застрахователят има право:	**Art. 48 (1)** The Insurer is entitled:
1. да получи в размера и в сроковете, посочени в договора, дължимата застрахователна премия, включително и премията, дължима за присъединените членове на семействата на застрахованите и премията, дължима вследствие на разширяване на покритието или изравняването поради промяна на броя на застрахованите лица;	**1.** to receive in the size and in the terms specified in the contract, the insurance premium due including the premium due for the covered family members of the insured and the premium due as a result of expansion of the coverage or alignment due to change of the number of insured;
2. да прави промяна в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки и/или услуги, като своевременно обявява промените на официалната си страница в Интернет;	**2.** to make changes in the list of the medical care providers and/ or medical goods suppliers by promptly announcing the changes on its official website;
3. да откаже на Застраховащия/ Застрахования искана от тях информация в случаите, когато същите нямат право да я получат, съгласно закона, договора и тези Общи условия;	**3.** to refuse to provide to the Policyholder/ the Insured any requested information provided that the latter are not entitled to receive it according to the law, the contract and these General Terms and Conditions;
4. да проверява документите, фактите и обстоятелствата по претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица и да изисква	**4.** to verify the documents, facts and circumstances under the claims for reimbursement of expenses of the insured and to request submission of regular

представянето на редовни документи, съгласно договора и тези Общи условия.

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

Чл. 49. (1) Застрахователят има право да откаже финансовото обезпечаване и заплащане на здравните стоки и/или услуги, ползвани и/или закупени от Застрахования или възстановяването на извършени от него разходи за такива здравни стоки и/или услуги в следните случаи:

1. когато по договор за здравна застраховка е уговорена форма на финансово обезпечаване на риска на абонаментен принцип, а Застрахованият предявява претенция за възстановяване на разходите;
2. ползваните и/или закупените от Застрахования здравни стоки и/или услуги са извън обхвата и обема на здравните пакети, посочени в договора за здравна застраховка или са извън договорения лимит на отговорност на Застрахователя;
3. Застрахованият е ползвал медицински услуги при доставчици, които не са регистрирани съгласно Закона за лечебните заведения.
4. изследванията са назначени от лекар-специалист преди повече от 30 (тридесет) дни от датата на извършване на изследването.
5. при неизпълнение на някоя от разпоредбите на договора за здравна застраховка или на тези Общи условия от страна на Застраховащия/Застрахования.

(2) В случаите по алинея 1 Застрахованият е длъжен да заплати на съответния изпълнител/доставчик, ползваните и/или закупени от него здравни стоки и/или услуги. В случай че Застрахователят, поради каквато и да е причина е обезпечил ползваните/закупените здравни стоки и/или услуги, Застрахованият следва да възстанови платената сума, ведно със законната лихва, от датата на плащането.

Чл. 50. Застрахователят е длъжен:

1. да се произнесе в срок от 15 (петнадесет) работни дни по предявена пред него претенция като извърши застрахователно плащане или мотивирано откаже;

documents according to the contract and these General Terms and Conditions.

(2) The Insurer is entitled to receive information concerning the health status of the insured and during the validity of the insurance contract may make checks through its own or independent experts and may request additional information about the health status of the insured person from the medical services providers.

Art. 49. (1) The Insurer may refuse providing financial coverage and payment for the medical goods and/ or services used and/ or purchased by the Insured or reimbursement of expenses incurred by the latter for such medical goods and/ or services in the following cases:

1. when according to the health insurance contract has been agreed a form of financial risk coverage by subscription and the Insured has submitted claim for reimbursement of expenses;
2. medical goods and/ or services purchased by the Insured are beyond the scope and the volume of health packages indicated in the health insurance contract or are beyond the agreed limit of liability of the Insured;
3. The Insured has used medical services from providers that have not been registered according to the Medical Institutions Act.
4. tests have been prescribed by a medical doctor - specialist over 30 (thirty) days before the date of making the test.
5. upon non-performance of any provision of the health insurance contract or these General Terms and Conditions on the part of the Insured/ the Policyholder.

(2) In the cases under paragraph 1, the Insured shall pay to the relevant provider/ supplier the medical goods and/ or services used and/ or purchased by it. In case that the Insurer for any reason has covered the used/ purchased medical goods and/ or services, the Insured shall recover the amount paid together with the legal interest starting from the date of payment.

Art. 50. The insurer shall:

1. make decision of any submitted claim within 15 (fifteen) days by making insurance payment or motivated refusal.

2. да издаде персонална здравна карта на всеки Застрахован и да я предаде на Застрахования или чрез Застраховащия при спазване условията на настоящите Общи условия; **3.** да отговаря на запитванията, жалбите, молбите и възраженията на Застрахования/ Застраховащия; **4.** да съхранява и обработва данните и информацията, съставляващи лични данни на Застрахованите при спазване изискванията на действащата нормативна уредба.	**2.** issue personal health card to each Insured and shall deliver it to the Insures or through the Policyholder in compliance with these General Terms and Conditions; **3.** respond to requests, complaints, applications and rejections of the Insured/ the Policyholder; **4.** store and process data and information representing personal data of the Insured in compliance with the requirements of the valid law.
VI. Взаимоотношения при настъпване на застрахователно събитие. Механизъм за ползване на здравни стоки и услуги **Чл. 51. (1)** При настъпване на застрахователно събитие ползващото лице предявява писмена застрахователна претенция пред Застрахователя за извършване на застрахователно плащане и представя за своя сметка всички документи, свързани с установяване на събитието и размера на претенцията. **(2)** Страната, която представя оригиналните документи за лечението, се приема от Застрахователя като имаща право да получи застрахователно обезщетение. **Чл. 52.** В зависимост от начина на ползване на здравните стоки и/или услуги (абонаментен принцип или възстановяване на разходи), застрахователното обезщетение се плаща на лечебните заведения – изпълнители на медицинска помощ или на застрахованото лице. **Чл. 53 (1)** В случаите на финансово обезпечаване на здравни стоки и/или услуги на абонаментен принцип, при настъпване на предвидените в договора за здравна застраховка рискове, Застрахователят урежда директно финансовите отношенията със съответния изпълнител. **(2)** Претенциите за плащане на ползваните от застрахованите лица здравни стоки и/или услуги се подават от изпълнителите/доставчиците на съответните стоки и/или услуги въз основа на отчет спецификация, придружен от обобщена фактура и медицинска документация – амбулаторни листове, резултати от изследвания, бланки, епикризи, профилактични карти и т.н. **(3)** Лечебните заведения предявяват претенциите си за плащане съгласно договорените със Застрахователя цени. **Чл. 54 (1)** В случаите на финансово обезпечаване на здравни стоки и/или услуги на принципа на	**VI. Relations upon occurrence of an insured event. Mechanism of using medical goods and services** **Art. 51. (1)** Upon occurrence of an insured event, the beneficiary shall submit insurance claim in writing to the Insurer for making insurance payment and shall present on its own account all documents connected with ascertainment of the event and the size of the claim. **(2)** The party presenting the original documents for the treatment shall be considered by the Insurer as the party entitled to receive the insurance compensation. **Art. 52.** Depending on the method of using the medical goods and/ or services (subscription or reimbursement of expenses), the insurance compensation shall be paid to the medical institutions - medical care providers or to the insured person. **Art. 53 (1)** In the case of financial coverage for medical goods and/ or services by subscription, upon occurrence of risks covered by the health insurance contracts, the Insurer shall settle directly its financial relations with the relevant contractor. **(2)** Claims for payment for medical goods and/ or services used by the insured shall be submitted by the providers/ suppliers of the relevant goods and/ or services based on report - specification accompanied by summarized invoice and medical documentation - outpatient certificates, test results, blank forms, discharge summaries, prophylactic cards, etc. **(3)** The medical institutions shall submit their claims for payment according to the prices agreed with the Insurer. **Art. 54 (1)** In the cases of financial coverage for medical goods and/ or services by reimbursement of

възстановяване на разходи застрахованото лице представя за своя сметка следните документи: **1.** заявление за възстановяване на разходи по образец на Застрахователя, попълнено лично от правоимащото лице, а в случай на ползване на здравни стоки и услуги от малолетен или непълнолетен Застрахован/член на семейство – от законния му представител; **2.** медицински и финансови документи, съгласно Приложение № 3 към тези Общи условия: **Необходими документи при завеждане на претенция по здравна застраховка. Изисквания към документите**; **3.** банкова сметка, по която да се извършат плащанията от страна на Застрахователя. **(2)** Застрахователят има право да изиска допълнителни документи, както и да провери достоверността на предоставената медицинска документация и да използва цялата информация за установяване на застрахователното събитие и размера на обезщетението. **(3)** Изисквания на Застрахователя към редовността на документите са описани в Приложение № 3, неразделна част от тези Общи условия. Застрахователят оповестява изискванията и на официалната си страница в Интернет. **Чл. 55.** Претенцията за възстановяване на разходи и приложените към нея документи не подлежат на връщане, освен ако Застрахованият депозира изрично писмено искане до Застрахователя. В този случай документите се предават на Застрахования с приемо–предавателен протокол, а към преписката по молбата се прилагат заверени копия на върнатите документи. **Чл. 56.** Заявлението за възстановяване на разходи, окомплектовано с всички изискуеми медицински и финансови документи се подава в Централно управление на Застрахователя. **Чл. 57.** В случай, че Застрахованият не представи всички изискуеми документи към претенцията, или някой/и от представените документи не отговарят на нормативните изисквания, или са нечетливи и непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят, в срок от 45 дни от получаването на претенцията, писмено информира Застрахования да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените такива.	expenses, the insured shall present on its own account the following documents: **1.** application form for reimbursement of expenses according to the Insurer's template, filled by the eligible person and if medical goods and services are used by under-age or miner insured family member - by its legal representative; **2.** medical and financial documents according to Annex No. 3 to these General Terms and Conditions; Required documents for submission of claim under health insurance. Requirements to the documents; **3.** bank account to which are to be made the payments on the part of the Insurer. **(2)** The Insurer may request additional documents and may verify the reliability of the provided medical documentation and may use the whole information for ascertainment of the insured event and the size of the compensation. **(3)** The Insurer's requirements regarding the regularity of the documents are described in Annex No. 3, which is an integral part to these General Terms and Conditions. The Insurer shall announce the requirements on its official website. **Art. 55.** The claim for reimbursement of expenses and the documents enclosed to it are not subject to return unless the Insured deposits explicitly its request in writing to the Insurer. In such case the documents are delivered to the Insured by record of handover and to the application dossier are enclosed certified copies of the returned documents. **Art. 56.** The application for reimbursement of expenses complete with all required medical and financial documents shall be submitted to the Insurer's head office. **Art. 57.** In case that the Insured fails to provide all required documents to the claim or any presented documents do not meet the statutory requirements or are illegible and incomplete and do not provide to the Insurer sufficient data to make decision on the claim, the Insurer shall within 45 days after receipt of the claim, inform the Insured in writing to present the missing documents or to remedy the gaps and inaccuracies in the presented documents.

Чл. 58. Ако застрахованото лице не изпълни задължението си да представи всички изискуеми документи или представи нередовни документи, Застрахователят е освободен от задължението за изплащане на обезщетение.	**Art. 58.** If the insured fails to submit all required documents or submit irregular documents, the Insurer is released from the obligation to pay compensation.
Чл. 59. (1) Застрахователят е длъжен да се произнесе по предявената претенция, като възстанови на Застрахования разходите за здравни стоки и/или услуги или мотивирано откаже това в срок от 15 (петнадесет) работни дни след представяне на всички изискуеми документи, необходими за определяне основанието и размера на претенцията.	**Art. 59. (1)** The Insurer shall make decision on the submitted claim by reimbursing to the Insured the expenses for medical goods and/ or services or provides motivated refusal with within 15 (fifteen) business days after submission of all required documents for determination of the amount and the ground for the claim.
(2) Плащането за възстановяване на разходи се извършва по посочената от Застрахования банкова сметка.	**(2)** Payment for reimbursement of expenses shall be made to the bank account specified by the Insured.
Чл. 60. Застрахователят има право да откаже плащане за здравни стоки и/или услуги, които не са във връзка с поставената диагноза и предписаното лечение.	**Art. 60.** The Insurer may refuse payment for medical goods and/ or services, which are not connected with the diagnosis and the prescribed treatment.
Чл. 61. (1) Застрахователят обезпечава финансово и възстановява разходи само за здравни стоки и/или услуги, необходимостта за ползването на които, е възникнала през срока на договора за здравна застраховка и те са ползвани и/или закупени от Застрахования в срока на действие на договора.	**Art. 61. (1)** The Insurer shall provide financial coverage and shall reimburse expenses only for medical goods and/ or services, which have become necessary during the period of validity of the health insurance contract and are used and/ or purchased by the Insured within contract duration.
(2) При направени разходи за лекарствени средства, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато лекарствените средства са закупени не по-късно от 7 дни след датата на изписването им, съответно 6 месеца за лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка за многократна употреба, но само за срока на действие на договора за здравна застраховка.	**(2)** With regard to expenses for medicinal products, prescribed by a medical doctor, the insured may request their reimbursement only in the cases when then the medicinal products are purchased not later than 7 days after the prescription date, respectively 6 months for medicinal products prescribed on prescription form for multiple use but only for the period of validity of the health insurance contract.
(3) При претенция от страна на Застрахования за възстановяване на направени разходи за закупуване на лекарствени средства, в количество необходимо за лечение за срок по - дълъг от 30 дни, на възстановяване подлежат само тази част от разходите, които съответстват на количество, необходимо за лечение за срок от 30 дни.	**(3)** In case ofclaim on the part of the Insured for reimbursement of expenses incurred for medicinal products in quantity necessary for treatment longer than 30 days, only that part of the expenses that correspond to the quantity for a 30-day treatment will be reimbursed.
(4) При направени разходи за диоптрични стъкла/контактни лещи, застрахованото лице има право да иска възстановяването им само в случаите, когато са закупени не по-късно от 30 дни от тяхното изписване след тяхното предписване.	**(4)** In case of incurred expenses for dioptric glasses/ contact lenses, the insured persons is entitled to claim for reimbursement only in cases, when they have been bougth not later than 30 days after their prescription.
Чл. 62. Застрахователят има право по негова преценка при определени здравословни състояния на Застрахования и съгласно изискванията на добрата медицинска практика по изключение да разреши извършването на	**Art. 62.** The Insurer is entitled at its own discretion under specific health conditions of the Insured and according to the requirements of the good medical practice by exception to allow the performance of insurance payment for services other than those

застрахователно плащане за услуги, извън посочените в застрахователния договор. **Чл. 63. (1)** Застрахованият няма право на възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или здравни стоки, които са изключени от покритие съгласно договора за здравна застраховка и тези Общи условия или излизат извън обхвата и обема на здравните пакети и опциите по тях, или излизат извън лимита на отговорност на Застрахователя по съответния застрахователен пакет и обем, посочени в договора. **(2)** Здравните стоки и/или услуги, подлежащи на финансово обезпечаване по тези Общи условия, следва да са назначени и предоставени от лекари в лечебни заведения, регистрирани по реда на Закона за лечебните заведения. **Чл. 64.** Застрахователят не е изпълнител и доставчик на здравни услуги и/или стоки и не може да носи отговорност за качеството на предоставяните от изпълнителите медицинските услуги. 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. **Чл. 65.** По пакет „Профилактика" Застрахователят организира провеждането на включените в покритието на пакета по съответния застрахователен договор профилактични прегледи и изследвания на всички Застраховани лица при точно определени от него изпълнители на медицинска помощ.	specified in the insurance contract. **Art. 63. (1)** The Insured is not entitled to reimbursement of expenses for used medical services and/ or medical goods, which are excluded from the coverage according to the health insurance contract and these General Terms and Conditions or go beyond the scope and volume of the health packages and the related options or go beyond the limit of liability of the Insurer under the relevant insurance package and volume specified in the contract. **(2)** Medical goods and/ or services subject to financial coverage under these General Terms and Conditions shall be prescribed and provided by medical doctors in medical institutions registered pursuant to the Medical Institutions Act. **Art. 64.** The Insurer is not provider and supplier of medical services and/ or goods and may not be liable for the quality of the medical services provided by the medical service providers. In case of any problems, the Insurer may assist for clarifying the reasons about them to the extent this is allowed by the terms and conditions of the contract with the relevant medical care provider. **Art. 65.** Under the Prophylaxis Package the Insurer shall organize the prophylactic examinations and tests included in the coverage of the package under the relevant insurance contract for all Insured persons to be performed by specified by the Insurer medical care providers.
VII. Допълнителни разпоредби **Чл. 66. (1)** Всички декларации и уведомления между страните по договора трябва да са в писмен вид. **(2)** При промяна в името на Застраховащия или на застрахованото лице или на посочения в застрахователния договор адрес, същите са длъжни в едноседмичен срок да уведомят Застрахователя за настъпилата промяна. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на Застраховащия. **(3)** 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 10-ия ден от изпращането им, от който момент волеизявлението влиза в сила.	**VII. Additional provisions** **Art. 66. (1)** All statements and notices between the contracting parties shall be in writing. **(2)** In case of change in the name of the Policyholder or the insured person or the address specified in the insurance contract, they shall notify the Insurer about this change within one week. It shall be considered that the Insurer has performed its obligation for notification if it has sent the notice to the last known address of the Policyholder. **(3)** Any notice or other information in writing, sent by the Insurer to the mailing address indicated in the insurance contract, which is not received for reasons beyond the control of the Insurer, shall be considered duly received by the addressee on the 10th day after it has been sent and from that moment on it shall take effect.

(4) При подписване на договора за здравна застраховка Застраховащият/Застрахованият се уведомява за Политиката за поверителност на ЗД „Съгласие“ АД.	**(4)** Upon signing the health insurance contract, the Policyholder/ the Insured shall become acquainted with the Privacy Statement of Saglasie Insurance JSC.
Чл. 67. (1) Дължимите данъци и такси във връзка със застрахователния договор, се определят съгласно действащото законодателство към момента на възникването им и са за сметка на Застраховащия, респ. застрахованото лице.	**Art. 67. (1)** All taxes and fees due under the insurance contract shall be determined according to the valid law as at the time of their occurrence and shall be on the account of the Policyholder respectively the insured person.
(2) Застраховащият заплаща всички допълнителни разходи, свързани с изпълнението и промяната на договора за здравна застраховка - вписване на нови данни и изменения на договора, издаване на дубликат на персоналната здравна карта и други. Стойността на тези услуги се определя от Застрахователя и се заплаща преди извършване на услугата.	**(2)** The Policyholder shall pay all additional expenses related to the performance and change of the health insurance contract - entry of new data and amendments to the contract, issuing duplicate of the personal health card, etc. The value of these services shall be determined by the Insurer and shall be paid before performance of the service.
Чл. 68. (1) С плащането от страна на Застрахователя по договора за здравна застраховка, в случаите, в които застрахователният риск е реализиран в резултат на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение. Застрахованият се задължава да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.	**Art. 68. (1)** With the payment on the part of the Insurer under the health insurance contract in the cases when the insured risk has occurred as a result of culpable conduct of the third person, the Insurer shall assume the rights of the Insured against the causer of the damage up to the amount of the compensation paid. The Insured shall render full assistance for the realization of the rights of the Insurer.
(2) Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последния да упражни правата си	**(2)** The waiver of the Insured of its rights against third persons shall not have effect on the Insured concerning its ability to exercise its rights.
(3) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на давностните срокове, предвидени в Кодекса за застраховането.	**(3)** All rights ensuing from the concluded insurance contracts shall expired upon expiration of the periods of limitation laid down in the Code on Insurance.
Чл. 69. Възникналите по застрахователните договори спорове се уреждат по доброволен начин. При непостигане на съгласие споровете се решават по съдебен ред от компетентен български съд.	**Art. 69.** Any disputes arising under the insurance contracts shall be settled amicable. In case of failure to come to an agreement, the disputes shall be referred to the competent Bulgarian court.
Чл. 70. Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.	**Art. 70.** Any further amendments and supplements to these General Terms and Conditions shall enter into force only for insurance contracts concluded after the date of the change and shall not affect the existing ones unless any amendment of a normative act requires so or the parties agree otherwise.
VIII. Дефиниции	**VIII. Definitions**
§ 1. Дефинициите, използвани в настоящите Общи условия, са:	**§ 1.** The definitions used in these General Terms and Conditions are:
„АБОНАМЕНТНО ОБСЛУЖВАНЕ“ е форма на финансово обезпечаване, при която	„SUBSCRIPTION SERVICE“ is a form of financial coverage where the insured persons use

застрахованите лица ползват здравни стоки и услуги, само в лечебни заведения, изпълнители на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор и са в включени в списъка на лечебните заведения, обявен на официалната страница на застрахователя в Интернет ;	medical goods and services only in medical institutions, medical care providers, with which the Insurer has concluded contract and are included in the list of medical institutions announced on the website of the Insurer;
„БОЛНИЧНА ПОМОЩ” е медицинската помощ, оказвана в лицензирано многопрофилно или специализирано лечебно заведение, съгласно Закона за лечебните заведения и в съответствие с утвърдените медицински стандарти. Не се счита за болнична помощ медицинската помощ оказана в санаториуми, профилактериуми, домове за социални грижи и други подобни, както и домашното и амбулаторно лечение и това по режима на дневен стационар.	„INPATIENT CARE“ is medical care provided in a licensed multi-field or specialized medical institutions according to the Medical Institutions Act and in compliance with the approved medical standards. Medical care provided in sanatoria, recreation centres, social care homes and other similar as well as home and outpatient treatment and daytime inpatient care regime.
„ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ“ е форма на финансово обезпечаване, при която застрахованите лица заплащат за ползваните здравни стоки и услуги от свободно избран от тях изпълнител на медицинска помощ, след което Застрахователят възстановява направените разходи, съгласно условията на застрахователния договор;	„REIMBURSEMENT OF EXPENSES“ is a form of financial coverage where the insured persons pay for the used medical goods and services by medical care provider freely chosen by them and then the Insurer reimburses the incurred expenses according to the terms and conditions of the insurance contract;
„ДЕНТАЛНА ПОМОЩ“ е система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, предоставяни от лекари по дентална медицина и изпълнители на дентална помощ.	„DENTAL CARE“ is a system of prophylactic, diagnostic and therapeutic services provided by dental doctors and dental care providers.
„ДОГОВОР ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА“ е договор за здравно (медицинско) застраховане по смисъла на чл. 427 от Кодекса за застраховането.	„HEALTH INSURANCE CONTRACT“ is contract for health (medical) insurance in the meaning of art. 427 of the Code on Insurance.
„ЗАСТРАХОВАН“ е физическо лице, в полза на което има сключен договор за здравна застраховка	„INSURED“ is a natural person in whose favour a health insurance contract is concluded
„ЗАСТРАХОВАТЕЛ“ е ЗД „Съгласие” АД.	INSURER is Saglasie Insurance JSC.
„ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПАКЕТ“ е група от регламентирани по вид и обхват здравни стоки и услуги, които се покриват изцяло или частично от Застрахователя при условията на договора за здравна застраховка.	„INSURANCE PACKAGE“ is a group of medical goods and services regulated by type and scope, which are covered entirely or partially by the Insurer under the terms and conditions of the health insurance contract.
„ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД“ е периодът, за който се определя застрахователната премия, който период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок. В срока на застрахователния договор може да се включва повече от един застрахователен период.	„INSURANCE PERIOD“ is the period of time for which the insurance premium shall be determined, which period is one year unless the premium is determined for a shorter period. The term of the insurance contract may include more than one insurance period.
„ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК“ е обективно съществуваща вероятност от настъпване на заболяване, осъществяването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на Застрахования.	"INSURED RISK" is the objectively existing probability for occurrence of a disease, which occurrence is uncertain, unknown and independent of the will of the Insured.
„ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ“ е сумата, която Застраховащият /физическо или	„INSURANCE PREMIUM“ is the amount, which the Policyholder /natural person or legal entity/

юридическо лице/ заплаща /дължи/ на Застрахователя, срещу която Застрахователя покрива договорените рискове. „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА“ (лимит на отговорност) е договорената или определената с нормативен акт и посочена в договора за здравна застраховка парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования. „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ“ представлява фиксирана парична сума, обезщетение или комбинация от двете. „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ“ е настъпването на покрит здравен риск в срока на действие на договора за здравна застраховка. „ЗАСТРАХОВАЩ“ е юридическо лице, едноличен търговец или физическо лице, което сключва договор за здравна застраховка и заплаща застрахователни премии. Застрахованият и Застраховащият могат да бъдат едно и също или различни лица. „ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ“ е комплекс от диагностични и лечебни дейности и услуги, предоставяни в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, съгласно Закона за лечебните заведения и в съответствие с утвърдените медицински стандарти. „ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ“ е физическо или юридическо лице, регистрирано по Закона за лечебните заведения и имащо право да извършва медицинска дейност на територията на страната. „ИЗЧАКВАТЕЛЕН ПЕРИОД“ представлява определен времеви период от началото на срока на застрахователното покритие, през който период застрахователят не дължи плащания. „КИНЕЗИТЕРАПИЯ“ /ЛФК/ е възстановяване и лечение на двигателни дисфункции вследствие на оперативни намеси и/или при дегенеративни заболявания на ставно-мускулния апарат. „ЛЕКАРСТВО/ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ“ е всеки краен продукт, който представлява активно вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на хора, произведени или допуснати официално за внос в Република България и регистрирани за употреба в ИАЛ по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицирано заболяване на застрахованото лице. „ЛИЧНИ ДАННИ“ са данните и информацията за	shall pay to the Insurer against which the Insurer covers the agreed risks. „INSURANCE AMOUNT“ (limit of liability) is the amount of money agreed or determined by a normative act and specified in the health insurance contract, representing the upper limit of liability of the Insurer to the Insured. „INSURANCE PAYMENT“ shall be a fixed amount of money, compensation or a combination of the two. „INSURED EVENT“ is the occurrence of a covered health risk within the period of validity of the health insurance contract. „POLICYHOLDER“ is a legal entity, sole trader or natural person that concludes health insurance contract and pays insurance premiums. The Policyholder and the Insured may be one and the same person or different persons. „OUTPATIENT MEDICAL CARE“ is a complex of diagnostic and therapeutic activities and services provided in medical institutions for outpatient medical care according to the Medical Institutions Act and in compliance with the approved medical standards. „MEDICAL CARE PROVIDER“ is a natural person or legal entity registered under the Medical Institutions Act and entitled to perform medical activity on the territory of the country. „WAITING PERIOD“ is a specified period of time after the commencement of the insurance coverage during which the Insurer will not make payments. „KINESITHERAPY“ is restoration and treatment of motor dysfunctions as a result of surgical interventions and/ or degenerative diseases of the musculoskeletal system. "MEDICINAL PRODUCT" means any end product which is an active substance or a combination of substances intended for human treatment, which are manufactured or officially allowed for import in the Republic of Bulgaria and are registered with the Bulgarian Drug Agency pursuant to the provisions of the Medicinal products in Human Medicine Act. The medicinal products shall be prescribed by a medical doctor in connection with diagnosed disease of the insured. „PERSONAL DATA“ shall be data and information

лицата, които съставляват лични данни, съгласно действащото законодателство.	about the individuals, which represent personal data according to the valid law.
„МЕДИЦИНСКИ ПОКАЗАНИЯ“ е съвкупност от анемнестични, диагностични, клинико-лабораторни и функционални критерии и показатели, с помощта, на които се поставя диагнозата и се предписва лечение.	„MEDICAL INDICATIONS“ is a totality of anamnestic, diagnostic, clinical-laboratory and functional criteria and indicators by which is specified the diagnosis and is prescribed treatment.
„МИНАЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“ са заболявания или телесни увреждания, които са съществували преди сключване на застрахователния договор. За такива се считат всички състояния, които по своето същество са предполагали получаването на медицинска помощ за поставяне на диагноза и лечение, независимо дали е потърсена и/или е получена такава.	„PAST DISEASES“ are diseases or bodily injuries, which have existed before the insurance contract conclusion. Such are considered all conditions, which in their substance presume getting medical care for specifying diagnosis and treatment nevertheless such is sought and/ or received.
„НАБЛЮДЕНИЕ НА БРЕМЕННОСТ“ включва всички прегледи и изследвания на бременната жена и плода за срока на бременността, които са договорени в договора за здравна застраховка, до размера на договорената застрахователна сума /лимит/.	„PREGNANCY FOLLOW-UP“ includes all examinations and tests of a pregnant woman and the foetus for the term of the pregnancy, which are agreed in the health insurance contract, up to the size of the agreed insurance amount (limit).
„ОБЕМ НА ЗДРАВНИТЕ СТОКИ И УСЛУГИ” е количеството здравни стоки и услуги, до които застрахованите лица имат достъп при определени условия, регламентирани в настоящите Общи условия и в договора за здравна застраховка;	"VOLUME OF MEDICAL GOODS AND SERVICES" is the volume of medical goods and services, to which the insured persons have access under specific conditions set forth in these General Terms and Conditions and in the health insurance contract;
„ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД“ представлява определен времеви период от началото на срока на застрахователното покритие, през който период при възникване на застрахователно събитие, застрахователят не дължи плащания.	„POSTPONEMENT PERIOD“ is a specified period of time after the commencement of the insurance coverage during which the Insurer shall not make payments if an insured event occurs.
„ПАКЕТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ“ е група от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които се покриват от Застрахователя при условия и по ред, регламентирани в договора за здравна застраховка и за които Застрахователят притежава лиценз съгласно Кодекса за застраховане.	"HEALTH SERVICES PACKAGE" is a group of regulated health services and goods by type and scope, which are covered by the Insurer under the terms and procedures laid down in the health insurance contract and for which the Insurer is licensed under the Insurance Code.
„ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ“ е периодът, в който застрахователят носи риска по застраховката. Периодът на застрахователното покритие може да бъде определен в минути, часове, дни, седмици, месеци или години или чрез изрично определяне на начален и краен момент. Освен ако е уговорено друго, застрахователното покритие започва след заплащането на дължимата премия по договора или на първата вноска по нея - при разсрочено плащане на премията.	"PERIOD OF INSURANCE COVERAGE" is the period in which the Insurer covers the risk under the insurance. The period of the insurance coverage may be determined in minutes, hours, days, weeks, months or years or by explicit determination start time and end time. Unless agreed otherwise, the insurance coverage shall start after payment of the premium due under the contract or the first instalment in case of deferred payment of the premium.
„РАЖДАНЕ“ са всички медицински услуги, предоставяни по време на раждане в болнични	„CHILD BIRTH“ shall include all medical services provided during child birth on inpatient basis,

условия, които не се покриват от задължителното здравно осигуряване и които са договорени в специални условия към договора за здравна застраховка, до размера на договорената застрахователна сума /лимит/.	which are not covered by the compulsory health insurance and which are agreed in the special terms and conditions to the health insurance contract up to the size of the agreed insurance amount (limit).
„РЕХАБИЛИТАЦИЯ“ е комплекс от медико-социални мероприятия, насочени към предпазване от заболявания, към бързото възстановяване на застрашените от инвалидизиране лица, които мероприятия започват да се извършват още от началото на патологичния процес, продължават през целия период на заболяването и целят максималното възвръщане на физическите, психическите, професионалните, социалните и икономическите възможности на болния, за да може той да заеме отговарящо на здравословното му състояние място в обществото.	„REHABILITATION“ is a complex of medical and social measures directed to prevention of disease, to faster recover of individuals exposed to the hazard of becoming disabled, which measures start yet from the beginning of the pathological process, continue during the whole period of the disease and aim to recover as much as possible the physical, mental, professional, social and economic abilities of the sick so that he/she may take his place in the society consistent with his/ her health status.
„САМОУЧАСТИЕ“ е тази част от разходите за здравни стоки и/или услуги, която Застрахованият заплаща за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от Застрахователя. Размерът на самоучастието се посочва в договора и се прилага за всяко настъпило застрахователно събитие.	„DEDUCTIBLE“ is that part of the expenses for medical goods and/ or services, which the Insured shall pay on his/her own account and which is not subject to reimbursement by the Insurer. The size of the deductible shall be specified in the contract and shall apply for each occurred insured event.
„СПЕЦИАЛИЗИРАН МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ“ е транспортиране на Застрахования при необходимост от дома му или от мястото на събитието до лечебно заведение или от едно лечебно заведение до друго лечебно заведение, осъществявано от специализирано МПС с придружаващ медицински екип на територията на Република България.	„SPECIALIZED MEDICAL TRANSPORT“ is transportation of the Insured, if necessary, from his/ her home or place of the event to a medical institution or from one medical institution to another medical institution, carried out by specialized motor vehicle with accompanying medical team on the territory of the Republic of Bulgaria.
„СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ“ са всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане на жизнените функции на организма.	EMERGENCY MEDICAL CARE includes all medical activities directed to recovery from acute life-threatening disorders and maintenance of the vital functions of the body.
„ФИЗИОТЕРАПИЯ“ е използване на физикални фактори (електрически ток, ултразвук, лазерни лъчи, магнитно поле) при лечението на отделни болести.	„PHYSICAL THERAPY" means using physical factors (electrical current, ultrasound, laser rays, magnetic field) for treatment of individual diseases.
„ЧЛЕН НА СЕМЕЙСТВО“ са съпругът, съпругата, включително лица, живеещи във фактическо съжителство /в едно домакинство и на съпружески начала/ и/или техните деца до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си - до 26-годишна възраст, при условие, че не са женени/омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си.	„FAMILY MEMBER“ is the spouse, including individual living on a common law basis /in one household/ and/ or their children under the age of 18 and if they continue their education - up to the age 26 provided that they are not married and live in one household with their parents.
§ 2. В случай на загубване или унищожаване на застрахователната полица, Застрахованият трябва незабавно да уведоми Застрахователя.	§ 2. In case of loss or destruction of the insurance policy, the Policyholder shall immediately inform the Insurer. The Policyholder shall obtain a

Застраховащият получава дубликат на полицата срещу декларация за невалидност на изгубения/ унищожения екземпляр и срещу платена такса в размер на 7.67 евро (15.00 лв.). § 3. В случай, че покритията по застрахователен договор, сключен по този вид застраховка, са покрити и от друг застрахователен договор/и, сключен/и с по-ранна дата, застрахователният договор покрива само превишението над покритието, което е осигурено от другия/те застрахователен договор/и. Застрахованото лице е длъжно да уведоми Застрахователя за наличие на друг застрахователен договор. Настоящите „Общи условия“ са приети от Съвета на директорите на ЗД „Съгласие“ АД на 29.10.2018 г. и влизат в сила от 01.11.2018 г. изм. и доп. от Съвета на директорите на ЗД „Съгласие“ АД на 28.06.2019 г. и влизат в сила от 01.08.2019 г. Неразделна част от настоящите Общи условия са: **Приложение 1:** „Покрити рискове – застрахователни пакети“; **Приложение 2:** „Механизъм за ползване на здравни стоки и услуги“; **Приложение 3:** „Необходими документи при завеждане на претенция по здравна застраховка. Изисквания към документите“. **<u>Декларация от Застраховащия/Застрахования:</u>** Днес, ……..... долуподписаният .... получих екземпляр от настоящите ОУ и декларирам своето съгласие с тях, приемам ги и ще ги доведа до знанието на всички застраховани, като удостоверявам това със своя подпис: _____ (име, презиме и фамилия на Застраховащия/Застрахования) _____ _____ (подпис)	duplicate of the policy against declaration of invalidity of the lost/ destructed copy and against pair fee amounting to 7.67 EUR (BGN 15.00). § 3. If the coverages under the insurance contract concluded for this type of insurance, are covered by other insurance contract/s, concluded at an earlier date, the insurance contract shall cover only the excess of the coverage provided by the other insurance contract/s. The Insured shall notify the Insurer about any other insurance contract. These General Terms and Conditions were approved by the Board of Directors of Saglasie Insurance JSC on 29.10.2018 and shall enter into force on 01.11.2018, amended and supplemented by the Board of Directors of Insurance Company "Saglasie" JSC on 28.06.2019 and enter into force on 01.08.2019. Integral parts to these General Terms and Conditions are: **Appendix 1:** Covered risks - insurance packages **Appendix 2:** Mechanism of using medical goods and services **Appendix 3:** Required documents for submission of claim under health insurance. Requirements to the documents. **<u>Declaration by the Policyholder/ the Insured</u>** Today, ……..... the undersigned .... received a copy of these General Terms and Conditions and declare that I agree with them, accept them and will bring them to the knowledge of all insured, which is attested by my signature: _____ (full name of the Policyholder/ the Insured) _____ (signature)