

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА



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 „Застраховач“ 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 Застраховачия 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.

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.

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.

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 на допълнителното покритие е част от лимита на основния застрахователен пакет.

За Застрахователя:

Застраховач/Застрахован:

(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 приложение № 2 „Механизъм за ползване на здравни стоки и услуги“, който е неразделна част от тези Общи условия.

Исключения 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 туберкулоза или лечение по силата на законово регламентирана застраховка, държавна схема, субсидия, друг договор или здравна програма;
4. лечение в резултат на производствени и други аварии и злополуки;
5. лечение или лечебни процедури, започнали преди началото на застраховката (това условие не се прилага при продължаване на договора при същият Застраховател)

За Застрахователя:

Застраховащ/Застрахован:

6. всякакви алергологични изследвания, с изключение на кожно-алергологично тестване;
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;
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;
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;
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;
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, лъчетерапия 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;
15. лекарства и други медикаменти, нерегистрирани в Република България, хранителни добавки, витамини, медицински изделия, медицинска козметика, тонизиращи продукти, слабители 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. следните 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 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 леци, очила за работа с компютър, рамки за очила;
24. алтернативна медицина и СПА процедури;
25. склеротерапия на вени, плазмафереза, хипербарна оксигенация;
26. акупунктура, ирисдиагностика, имунотерапия, мануална терапия, лечение с нетрадиционни методи и средства;
27. консумативи при хирургически операции, налагащи се вследствие на участие в любителски спортни занимания.

(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, За Застрахователя: Застраховач/Застрахован:

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 10,00 /десет/ лева за ползвани здравни стоки и/или услуги.

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 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.

(2) Писменото предложение, въпросникът, списъкът на застрахованите лица и декларацията за здравословно състояние са неразделна част от договора за здравна застраховка.

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.

чл. 18 (1) При сключване на групов застрахователен договор Застрахователят е длъжен при подписване на договора да предостави на Застрахователя списък на застрахованите лица по образец.

(2) Списъкът на застрахованите лица се заверява от Застрахователя и Застрахователя и става неразделна част от застрахователния договор.

чл. 19 (1) Застрахователят има право да актуализира списъка на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено предоставя на Застрахователя актуализираните данни.

(2) Актуализацията на списъка на застрахованите лица влиза в сила от следващата падежна датата на договора.

Чл. 20. Застрахователят има право да откаже сключването на застрахователен договор, без да посочва причините за това.

2. Персонална здравна карта. Списък на изпълнителите на медицинска помощ

Чл. 21. Застрахователят е длъжен да предостави на Застрахователя/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 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 5 (пет) лева по банков път.

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 застрахователния 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 Застрахователя/Застрахования.

За Застрахователя:

Застраховач/Застрахован:

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.

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 / Застраховация/Застрахования.

(2) Застраховацият/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 Застраховация/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 Застраховация, 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 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.

(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 Застраховацият дължи плащане на застрахователната премия за съответното застраховано лице.

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 Застраховация/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. Застраховацият/Застрахованият нарушил/о условията на застрахователния договор.

7. Застрахователна премия. Начини на плащане. Промяна на застрахователната премия. Последици от неплащането.

Чл. 31. (1) Застрахователната премия се определя от Застрахователя.

За Застрахователя:

Застраховач/Застрахован:

(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.

(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/Застраховация застрахователни пакети и обеми по тях;
3. лимита на отговорност на Застрахователя;
4. договореното самоучастие.

Чл. 32. (1) Застрахователната премия е годишна и се заплаща от Застраховация/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. Застрахованият 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.

(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.

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 Застраховация промени в премията. Промяната влиза в сила след писмено деклариране на съгласие от страна на Застраховация.

(2) При липса на съгласие застрахователният договор се прекратява предсрочно и Застрахованият не дължи плащането на застрахователна премия по него от датата на прекратяването.

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 Застрахованият отхвърли предложената промяна, застрахователният договор се прекратява предсрочно и Застрахователят не дължи връщане на платената застрахователна премия.

8. Застрахователна сума (лимита на отговорност на Застрахователя). Самоучастие на Застрахования

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.

(2) Отговорността на Застрахователя за всички плащания през застрахователната година е до лимита на застрахователните пакети, посочен в договора.

(3) Разходите за здравни стоки и/или услуги, извън договорените в застрахователния договор лимити, са за сметка на застрахованото лице.

Чл. 39. В застрахователния договор, независимо от избраното покритие, може да бъде договорено самоучастие на Застрахования.

9. Права и Задължения на Застрахования/Застраховация

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 прехвърля за ползването на други лица.

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.

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;
3. когато в застрахователния договор е договорено обезпечаване на предоставените здравни услуги и/или стоки под формата на възстановяване на разходи.

(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.

(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.

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.

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 ѝ за периода до прекратяването на договора.

2. да предложи промяна в застрахователния договор, ако при знанието на съзнателно 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 Застрахователят/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 Застрахователят е различен от Застрахования, Застрахователят 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) Застрахователят 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.
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, Застрахователят дължи на Застрахователя стойността на всички разходи, направени от застрахованото лице след прекратяване на застрахователното покритие.

чл. 46. Застрахователят 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.

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 Застрахователя 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.

10. Права и задължения на Застрахователя

Чл. 48 (1) Застрахователят има право:

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;
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;
3. да откаже на Застрахователя/Застрахования искана от тях информация в случаите, когато същите нямат право да я получат, съгласно закона, договора и тези Общи условия;
4. да проверява документите, фактите и обстоятелствата по претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица и да изисква 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 само 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 Застрахователя/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;
2. да издаде персонална здравна карта на всеки Застрахован и да я предаде на Застрахования или чрез Застрахования при спазване условията на настоящите Общи условия;
3. да отговаря на запитванията, жалбите, молбите и възраженията на Застрахования/ Застрахования;
4. да съхранява и обработва данните и информацията, съставляващи лични данни на Застрахованите при спазване изискванията на действащата нормативна уредба.

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 отношения 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 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.

За Застрахователя:

Застраховач/Застрахован:

(3) Изискванията 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.

Член 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.

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.

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.

(2) Плащането за възстановяване на разходи се извършва по посочената от Застрахования банкова сметка.

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.

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.

(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.

(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.

(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 след датата на тяхното предписване

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 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.

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 Застрахования 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 Застрахования.

(3) Всяко уведомление или друга писмена информация, изпратена от Застрахователя на посочения в застрахователния договор адрес за кореспонденция и не получени 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.

(4) При подписване на договора за здравна застраховка Застрахователят/Застрахованият се уведомява за Политиката за поверителност на ЗД „Съгласие“ АД.

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 Застрахователя, респ. застрахованото лице.

(2) Застрахователят 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.

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.

(2) Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последния да упражни правата си

(3) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на давностните срокове, предвидени в Кодекса за застраховането.

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.

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.

VIII. Дефиниции

§ 1. Дефинициите, използвани в настоящите Общи условия, са:

„АБОНАМЕНТНО ОБСЛУЖВАНЕ“ е форма на финансово обезпечаване, при която 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 ;

„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, профилакториуми, домове за социални грижи и други подобни, както и домашното и амбулаторно лечение и това по режима на дневен стационар.

„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;

„ДЕНТАЛНА ПОМОЩ“ е система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, предоставяни от лекари по дентална медицина и изпълнители на дентална помощ.

„ДОГОВОР ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА“ е договор за здравно (медицинско) застраховане по смисъла на чл. 427 от Кодекса за застраховането.

„ЗАСТРАХОВАН“ е физическо лице, в полза на което има сключен договор за здравна застраховка

„ЗАСТРАХОВАТЕЛ“ е ЗД „Съгласие“ АД.

„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.

„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.

„ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК“ е обективно съществуваща вероятност от настъпване на заболяване, осъществяването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на Застрахования.

„ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ“ е сумата, която Застрахователят /физическо или юридическо лице/ заплаща /дължи/ на Застрахователя, срещу която Застрахователят 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.

За Застрахователя:

Застраховач/Застрахован:

„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 ИАП 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 лицата, които съставляват лични данни, съгласно Закона за защита на личните данни.

„МЕДИЦИНСКИ ПОКАЗАНИЯ“ е съвкупност от анамnestични, диагностични, клинично-лабораторни и функционални критерии и показатели, с помощта, на които се поставя диагнозата и се предписва лечение.

„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.

„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/.

„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;

„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.

„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.

„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.

„РАЖДАНЕ“ са всички медицински услуги, предоставяни по време на раждане в болнични 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/.

„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.

„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.

„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.

„СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ“ са всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане на жизнените функции на организма.

За Застрахователя:

Застраховащ/Застрахован:

„ФИЗИОТЕРАПИЯ“ е използване на физикални фактори (електрически ток, ултразвук, лазерни лъчи, магнитно поле) при лечението на отделни болести.

„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.

§ 2. В случай на загубване или унищожаване на застрахователната полица, Застрахователят трябва незабавно да уведоми Застрахователя. Застрахователят получава дубликат на полицата срещу декларация за невалидност на изгубения/ унищожения екземпляр и срещу платена такса в размер на 15 (петнадесет) лева.

§ 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“.

Декларация от Застрахователя/Застрахования:

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 Застрахователя/Застрахования)

(подпис)