



ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ “ЗАБОЛЯВАНЕ”

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователна компания „Медико – 21” АД, наричана по-нататък “Застраховател”, сключва застраховки “ЗАБОЛЯВАНЕ” с едно или повече лица, наричани по-нататък “Застрахован”.
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък “Застраховащ”.
3. Застрахованият и Застраховащият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховащият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст от 0 до такава, че при изтичане на застраховката да не надвишават 66 години. Лица на възраст над 65 години могат да се застраховат при специални условия.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50 и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или от застрахователното покритие се изключват рисковете, свързани с тези заболявания.
7. По застраховки “Заболяване” Застрахователят сключва индивидуални, семейни и групови договори.
 - 7.1. С индивидуални договори се застраховат лица на възраст от 0 до 65 години;
 - 7.2. Със семейни договори се застраховат съпрузи на възраст от 16 до 65 години и/или техните деца от 0 до 26 навършени години, които не са женени (омъжени);
 - 7.3. С групови договори се застраховат лица на възраст от 0 до 65 години. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 2 и повече лица.
 - 7.4. Възрастта на Застрахованите се определя в цели години към началото на договора. По-малко от 6 месеца не се взимат под внимание, а навършени 6 или повече месеца се приемат за цяла година.
8. Застрахователното покритие за рисковете смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България.
9. Ползващо лице в случай на смърт са законните наследници, ако изрично не е посочено друго такова в договора.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове, настъпили вследствие заболяване:
 - 1.1. **Основен риск:** Смърт вследствие на заболяване;

- 1.2. Допълнителни рискове**, включващи което и да е или комбинация от:
- 1.2.1. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване;
 - 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване;
 - 1.2.3. Медицински разходи вследствие заболяване;
 - 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване
 - 1.2.5. Суми за оперативно лечение;
 - 1.2.6. Особено тежко заболяване;
 - 1.2.7. Разходи за медицинско транспортиране
 - 1.2.8. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.
2. Застрахователят има право да включи и други рискове, съгласно притежаваното разрешение за извършване на застрахователна дейност в съответствие с Приложение № 1, Раздел II, т. 1 и т.2 от Кодекс за застраховането.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

- 1. Застрахователят изключва от покритие и се освобождава от задълженията си по договора по основните и допълнителни рискове в следните случаи:
 - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
 - 1.2. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация; епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерството на здравеопазването и/или друг държавен орган.
 - 1.3. Преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот, умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му; пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели; слънчев, топлинен удар или измръзване, предизвикани от преднамерено излагане или небрежност.
 - 1.4. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
 - 1.5. Самоубийство или опит извършването му, предизвикал увреждане на здравето му; опит за или извършване на престъпление от общ характер.
 - 1.6. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества или зависимост от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ за възстановяване на разходи.
 - 1.7. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател; непрофесионално практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго; участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
 - 1.8. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение,

- прекъсване на бременност по желание, поставяне и махане на вътрематочни спирали, включително хормоносъдържащи такива, с изключение на случаите, когато Застрахователят изрично ги е приел при сключване на договора или в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.
- 1.9. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
 - 1.10. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия разрешителен документ; участие на Застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания; управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.
 - 1.11. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
 - 1.12. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства; осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
 - 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
 - 1.14. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
 - 1.15. Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
 - 1.16. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
 - 1.17. Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, настъпила извън срока на застрахователния договор, довела до заболяване.
 - 1.18. Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии.
 2. Не се възстановяват разходи и изплащат суми по допълнителните рискове, освен ако не е договорено друго в застрахователния договор, в следните случаи:
 - 2.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него.
 - 2.1. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината.
 - 2.3. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапи.
 - 2.4. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведени; болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.
 - 2.5. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрити по тези Общи условия.

- 2.6. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.
- 2.7. Програми и лечение за наднормено тегло, обстипация, тютюнопушене, косопад, сънна апнея, изследвания и лечение на импотентност, поставяне и коригиране на противозачатъчни средства, стерилитет и *in vitro*, смяна на пола, лечение на менопауза.
- 2.8. Лечение на следните дерматологични заболявания – гъбички на ноктите (онихомикоза), витилиго, себорея, акне, лечение и отстраняване на доброкачествени кожни образувания – липоми и други мастни образувания; невуси, брадавици.
- 2.9. Козметични и пластични корекции или други козметични услуги, включително лазерна корекция на зрението.
- 2.10. Профилактични прегледи, прегледи без наличие на конкретни оплаквания или настъпила злополука, имунизации и ваксинации, извършване на тестове за СПИН и сифилис, освен ако са част от договорено покритие.
- 2.11. Акупунктура, ирисдиагностика, балнеолечение, кинезитерапия и масажи, спа-процедури, лечение с нетрадиционни методи и средства и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от дипломиран лекар или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения.
- 2.12. Прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, за сключване на граждански брак, прием за осигуряване или застраховане, за прием в детски градини, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, избор на екип/лекар.
- 2.13. Прегледи и изследвания във връзка със съдебномедицинска експертиза на лицето.
- 2.14. Трансплантация на органи и тъкани.
- 2.15. Настаняване в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на покритие на специален пакет.
- 2.16. Разходи за услуги, които не са в пряка връзка с вписаната в медицинската документация диагноза.
- 2.17. Консумативи, използвани за лапароскопски и артроскопски операции и изкуствени стави.
- 2.18. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.
3. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми. Административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения; такси за получаване на копия(записи) от извършени изследвания CD (DVD), както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго.
4. Недействителна е застраховката с покритие за смърт на малолетно лице или на лице, поставено под пълно запрещение.
5. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.
6. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

7. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Застрахователят покрива изброените по-долу рискове вследствие на заболяване, диагностицирано и/или проявено след началото на застраховката, ако не е договорено друго в застрахователния договор.

1. Смърт вследствие на заболяване

1.1. По смисъла на тези условия:

Заболяване е съвкупността от клинични прояви, представляващи болестни състояния, които са диагностицирани в лицензирано здравно заведение съгласно ЗЛЗ(Закон за лечебните заведения) и ЗЗ(Закон за здравето) и регистрирани в официален медицински документ въз основа на анамнеза, клиничен преглед и резултати от лабораторни или параклинични изследвания. “Болест” е нарушение на нормалното взаимодействие на Застрахования с външната среда, при което възникват структурно-функционални или функционални промени в организма на му.

1.2. Застрахователни плащания:

1.2.1. При Смърт вследствие на заболяване се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила в срока на застраховката.

1.2.1.1. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за настъпила трайно намалена или загубена работоспособност и/или временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой, се изплаща разликата между сумата за смърт и изплатеното обезщетение за трайна, временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой.

1.2.2. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен с ползващото лице.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване

2.1. По смисъла на тези условия:

Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване може да се сключва заедно с Основния риск Смърт вследствие на заболяване само в групови договори и при специално договаряне.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователни плащания:

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване се извършва в случаите, когато заболяването е регистрирано за първи път в срока на застраховката и срокът на инвалидизация е минимум 3(три) години.

2.4.2. Когато застрахованото лице бъде освидетелствано за първи път в срока на застраховката.

2.4.3. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на

ТЕЛК/НЕЛК, като се изплаща обезщетение само за първото през срока на застраховката решение.

- 2.4.4. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни, като това е било обявено в здравната декларация и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.
- 2.4.5. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна неработоспособност се изплаща разликата между сумата за трайна неработоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.
- 2.4.6. Застрахователното обезщетение за трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.
- 2.5. Специфични изключения:
Не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:
 - 2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.4.
 - 2.5.2. Когато **са** в резултат на заболяване, регистрирано за първи път преди началото на срока на договора.
 - 2.5.3. Когато датата на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователния договор.

3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване

- 3.1. По смисъла на тези условия:
Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.
- 3.2. Застрахователни плащания:
 - 3.2.1. При *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност съгласно конкретния договор.
 - 3.2.2. Обезщетение за *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* се изплаща един път в срока на договора/застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява.
 - 3.2.3. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани.
 - 3.2.3.1. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователния договор. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да се без прекъсване.
- 3.3. Специфични изключения:
Не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:
 - 3.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;
 - 3.3.2. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

4. Медицински разходи вследствие на заболяване

4.1. По смисъла на тези условия:

Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрита по условията на застраховката на застрахования във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите.

Медицински разходи са:

а) *Разходи за медикаменти;*

б) *Разходи за прегледи и изследвания;*

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие заболяване.

Лекарствени средства са всички официално признати такива, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение на заболяване.

Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпило заболяване. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

4.2. Застрахователни плащания:

4.2.1. Разходи за медикаменти

Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

4.2.2. Разходи за прегледи и изследвания:

а) Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

4.3. Специфични изключения

Не се покриват разходите за заболявания, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения, както и разходите при следните специфични изключения, направени за:

4.3.1. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

4.3.2. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

4.3.3. Консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, помощни средства, като шини, ортези, колани, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

4.3.4. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са връзка с настъпило заболяване;

4.3.5. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

4.3.6. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

4.3.7. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване

5.1. По смисъла на тези условия:

Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

5.2. Застрахователни плащания:

5.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

5.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

5.3. Специфични изключения:

5.3.1. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;

5.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения.

5.3.3. Не се изплащат дневни пари при хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

5.3.4. Не се изплащат суми при ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

5.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:

5.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

5.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

5.4.3. Болничния престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

5.4.4. Не се изплащат дневни пари за болничен престой в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

6. Суми за оперативно лечение вследствие на заболяване

- 6.1. По смисъла на тези условия:
Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно оперативно лечение, наложено вследствие на заболяване, възникнало след началото на застраховката и във връзка с проявено и диагностицирано заболяване през срока на застраховката. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.
- 6.2. Застрахователно плащане
- 6.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.
- 6.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативно лечение на последиците от заболяване, настъпило през срока на застраховката.
- 6.2.3. Суми за оперативно лечение при заболяване се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.
- 6.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.
- 6.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.
- 6.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.
- 6.3. Специфични изключения:
Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:
- 6.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия;
- 6.3.2. Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване.
- 6.3.3. Избор на екип.
- 6.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение
- 6.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);
- 6.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;
- 6.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.
- 7. Диагностициране на особено тежко заболяване**
- 7.1. По смисъла на тези условия особено тежки заболявания са:

7.1.1. *Миокарден инфаркт (сърдечен удар)*

Миокарден инфаркт е състояние на остра коронарна непроходимост, водеща до смърт на част от сърдечния мускул.

Миокардният инфаркт се доказва от наличието на следните диагностични критерии:

- а) анамнестични данни за продължителна типична гръдна болка;
- б) електрокардиографски данни за нови промени на ST-сегмента, последвани от поява на Q-зъбци и инверсия на Т-вълната;
- в) лабораторни данни за най-малко двукратно увеличаване на серумните ензими над референтните стойности в резултат на сърдечна клетъчна смърт с типична констелация и динамика.

Основание за обезщетение има само в случаите на дефинитивна некроза на част от миокарда. Изрично се изключват от покритие нестабилните и хронични исхемични промени, които не са довели до остра миокардна некроза.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 21 и I 24.

7.1.2. *Мозъчен удар (инсулт)*

Мозъчен удар е остър мозъчно-съдов инцидент причинил неврологични последици, продължаващи над 24 часа и имащи постоянен характер.

Тук се включват: инфаркт на мозъчната тъкан; кръвоизлив на вътрешно черепен кръвоносен съд; мозъчна емболия от извънчерепен източник.

Доказва се наличието на постоянен неврологичен дефицит (увреждане на сетивните и двигателни функции).

Основание за обезщетение има само при напълно развита клинична картина на мозъчен удар. Изрично се изключват преходните разстройства на мозъчното кръвообръщение с кратковременна и лека общомозъчна и огнищна симптоматика.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 60 – I 69, с изключение на преходна мозъчна исхемия.

7.1.3. *Злокачествени новообразувания (рак)*

Злокачествено новообразование, чийто растеж не подлежи на медицинско лечение.

Тук се включват: малигнените тумори; левкемията (рак на кръвта); болестта на Ходжкин (рак на лимфната тъкан).

Доказва се хистологично. Изрично се изключват всички видове рак на кожата с изключение на злокачествените меланоми, както и всички туморни образувания, които хистологично се описват като преканцерози или показват ранна злокачествена промяна (carcinoma in situ и първи стадий на болестта на Ходжкин).

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са като следва: по МКБ 10: C 00-C 96, с изключение на МКБ 10: C 43 и C 44 /кожен рак/ и МКБ 10: D 00-D 09.

7.1.4. *Бъбречна недостатъчност в краен стадий*

Това е стадий на бъбречна недостатъчност, характеризиращ се с необратимо функционално увреждане на двата бъбрека, в резултат на което е необходима постоянна хемодиализа или ренална трансплантация.

Основание за обезщетение има само след започване на хронична диализа или фактическо извършване на ренална трансплантация. Изрично се изключват случаите на остра хемодиализа с възможност за последващо пълно или частично възстановяване на бъбречната функция или отстраняване на единия бъбрек.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: N 17 и N 18.

7.2. Застрахователно плащане

а) При диагностициране през срока на застраховката на едно от включените в покритието особено тежки заболявания, на застрахования се изплаща 50 % от застрахователната сума или конкретна сума, посочена в договора, след изтичане на изчаквателен период от датата на поставяне на диагнозата.

Изчаквателните периоди за тежките заболявания, покрити по тези общи условия, са както следва:

- за миокарден инфаркт - един месец от острия инцидент;
- за мозъчен удар - шест месеца;
- рак – един месец от хистологичния резултат;
- бъбречна недостатъчност в краен стадий - един месец от включването на хроничен диализа.

б) Застрахователното покритие влиза в сила след изтичането на отлагателен период от три месеца от деня, в който е платена застрахователната премия за индивидуални застраховки и един месец за групови. Отлагателният период не се прилага при подновяване на действието на застраховката, ако подновяването е направено без прекъсване на предходния договор.

Отлагателният период за състояния, обусловени от предшестващи заболявания, за които не е направен отказ за сключване на застраховка поради висок медицински риск, е девет месеца.

в) Застрахователят извършва плащания само веднъж през срока на застраховката. Отговорността на застрахователя се прекратява по този риск.

г) В случай на смърт, която е в причинна връзка с някое от покритите по този риск тежки заболявания, настъпила след изтичане на отлагателния период, но в срока на застраховката, застрахователното обезщетение се изплаща на законните наследници.

7.3. Специфични изключения:

Застрахователят не изплаща застрахователно обезщетение при особено тежки заболявания в случаи на:

7.3.1. Заболяване диагностицирано в отлагателния период.

7.3.2. Смърт, настъпила през отлагателния период или смърт, настъпила по други причини, които нямат връзка с покритите по т.8.1 тежки заболявания.

8. Медицинско транспортиране

8.1. Обезщетение за медицинско транспортиране са разходите за транспортиране на застраховано лице от едно болнично заведение до друго. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в застрахователния договор процент от застрахователната сума.

8.2. Обезщетения за медицинско транспортиране не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила злополука, която не е покрита по условията на застраховката.

8.3. Не се покриват разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни суми за направената услуга.

9. Разходи за транспортиране(репатриране) при смърт и погребение

9.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на тленните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта

до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.3. Специфични изключения

9.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.

9.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

9.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

1. Застрахователят, преди сключване на застраховката, е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.

3. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.

5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение, застрахователна сума и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.

5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск.

6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:

6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.

- 6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.
- 6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.
- 6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.
7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.
8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложение и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.
9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.
10. При сключване и по време на действие на договора Застрахователят/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:
 - 10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.
 - 10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.
 - 10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахователя/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.
11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по - късно от дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахователя/Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
14. Страните по застрахователния договор могат да договорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане на част от обезщетението от същия в определени в съответната тарифа или конкретен договор случаи и размери.

15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VI. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е от 1 до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало и изтича в 24.00 часа на деня, означен за неин край, но след издължаване на премията, уговорената част от нея от страна на Застрахования, най-късно до началото на застраховката или е посочен срок за плащането ѝ. Ако плащането се извършва по банков път, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ постъпването на сумата по сметка на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
 - 4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
 - 4.2. За лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.
 - 4.3. Доплащането или изравняването на премиите става по договореност между страните на застрахователния договор.
5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня на връщането им на работа, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования.
8. Ако договорът е сключен при неверни сведения за възрастта и/или здравословното състояние на Застрахования както и при неточно и незичерпателно обявяване на съществени обстоятелства от значение за риска, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос, Застрахователят има право:
 - 8.1. Да прекрати договора и откаже изплащане на суми по него, ако **съзнателно** обявените неточно или премълчани обстоятелства от такъв характер, че Застрахователят не би сключил договора. Застрахователят има право в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството да прекрати договора. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията (тя не подлежи на връщане) и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
 - 8.2. Да предложи промяна в договора, ако **съзнателно** обявените неточно или премълчани обстоятелства позволяват сключване на договора, но при други условия

в едномесечен срок от узнаването им. Ако Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаване на предложението, договорът се прекратява, а Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

8.3. Когато в случаите по т. 8.1. и 8.2. настъпи застрахователно събитие, застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството по т. 8.1. и 8.2. е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не отказва плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

8.4. Ако при сключването на застрахователния договор съществено обстоятелство, което е от значение за риска, не е било известно на страните (**несъзнателно неточно обявяване**), всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. Ако договорът бъде прекратен, застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.

8.5. В случаите по т.8.4., при настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяването на договора застрахователят не отказва плащане на застрахователно обезщетение или сума, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

9. По време на действието на застрахователния договор застрахованият е длъжен да обявява пред застрахователя всички **новонастъпили обстоятелства**, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.
10. При неизпълнение на задължението по т.9, се прилагат съответно т.8.1.-8.3. при съзнателно необявяване и т.8.4. и 8.5. при несъзнателно необявяване.
11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от три дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма. Застрахователят има право да откаже плащането, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си в посочения в изр. първо срок с цел да попречи на застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.
12. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес и да съобщи на застрахователя новия си адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на застрахователя съобщенията, изпратени от него на адреса на застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или

- евро, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
 - 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
 - 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
 - 2.3. Премииите са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
 - 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
 - 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 - 2.6. Застраховачият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
 - 2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 3. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
 4. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
 5. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на Застрахователя.
 6. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните специални условия, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизационните и административно-стопанските разходи по нея.
 7. При предсрочно прекратяване на групова застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните Специални условия или договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизационните и административно-стопанските разходи по застраховката.
 8. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

VIII ПРОМЕНИ В ДОГОВОРА. ПРЕКРАТЯВАНЕ

1. В началото на всяка застрахователна година, Застрахователят има право на промени в договора.
2. Промените се извършват въз основа на писмено искане на Застрахователя с подписване на анекс към договора за застраховка.
3. Когато Застраховател и Застрахован са различни лица, право на промени има Застрахователят.
4. Застрахователят има право да приеме или отхвърли искането за промяна.
5. Договорът се прекратява:
 - а) с изтичане срока, за който е сключен;
 - б) при навършване на 66 години, ако друго не е уговорено в договора;
 - в) с писмено съгласие на страните;
 - г) с едностранно едномесечно предизвестие;
 - д) със смъртта на Застрахования;
 - е) при условията и реда на Раздел VI, т.8-т.10.
 - ж) при условията и реда на Раздел VII, т.2.5. и т.2.6.

IX. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият трябва да представи на Застрахователя следните документи:
 - 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахователя към момента на застрахователното събитие;
2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:
 - 2.1. *При Смърт на Застрахования вследствие на заболяване:*
 - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;
 - 2.1.2. Съобщение за смърт;
 - 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
 - 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
 - 2.1.5. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
 - 2.1.6. Други документи, удостоверяващи заболяването, ако има издадени такива.
 - 2.1.7. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
 - 2.1.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
 - 2.1.8.1. Справка за реално отработени дни;
 - 2.1.8.2. Копие на болнични листове;
 - 2.1.8.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.1.8.4. Лична амбулаторна карта;
 - 2.1.8.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.

- 2.1.9. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.2. *При трайна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:*
 - 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
 - 2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.2.1.3. Епикризи;
 - 2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
 - 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от края на срока на застраховката.
 - 2.2.3. При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:
 - 2.2.3.1 Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено с гриф „Няма основание за обжалване”.
 - 2.4.3.2. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването.
- 2.2.4. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
- 2.2.5. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за настойничество.
- 2.3. *При Временна неработоспособност вследствие на заболяване:*
 - 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.” – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест.
 - 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
 - 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
 - 2.3.5. В случай на временна неработоспособност от професионално заболяване се представя и Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването.
 - 2.3.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
 - 2.3.7. При изплащане на обезщетение за временна неработоспособност, когато застрахованото лице е не пълнолетно се представя акта за раждане или документ за настойничество.
- 2.4. *При Медицински разходи вследствие на заболяване:*
 - 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
 - 2.4.3. Копие на епикризата;
 - 2.4.4. Копие на болнични листове;
 - 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
 - 2.4.5.1.Разходни документи съгласно т.2.6. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
 - 2.4.5.2.При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/ и копие от резултатите.

- 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
- 2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
- 2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.6. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
- 2.4.7. При разходи за транспортиране се представят разходни документи съгласно т. 2.3. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В частта “Наименование на стоките и услугите” се записват трите имена на застрахованото лице;
- 2.4.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. *При Болничен престой, оперативно лечение и диагностициране на особено тежко заболяване:*
- 2.5.1. Копие на епикриза;
- 2.5.2. Копия на болнични листове;
- 2.5.3. Лична амбулаторна карта;
- 2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.
- 2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;
- 2.6. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
- 2.6.1. Оригинална фактура с фискален бон;
- 2.6.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;
- 2.6.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга” или „Лекарствени средства”. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.
- 2.7. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
- 2.7.2. Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение №8, чл.11, ал.1) и други.
- 2.7.3. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

- 2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.
- 2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;
- 2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.
- 2.12. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, като сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната стойност на разходите, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки. Такава пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при застрахователя.
- 2.13. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.
- 2.14. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.
- 2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.
- 2.16. Застрахованият е длъжен при настъпване на застрахователно събитие да уведоми застрахователя писмено в 7 дневен срок от настъпване на събитието.

X. ДАНЪЦИ И ТАКСИ

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.
2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (в сила от 01.01.2011 г., обн. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г.) – ЗДЗП.

XI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Договорните отношения между Застраховащия/Застрахования и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия и съответните тарифи на Застрахователна компания „Медико – 21”АД.
2. Когато Застраховащият и Застрахованият са различни лица, Застраховащият е длъжен да разясни на Застрахования правата и задълженията му по договора за застраховка «Злополука», реда за получаване на застрахователно обезщетение и заплащането му от Застрахователя, както и да ги запознае с настоящите Общи условия.
3. Застрахователят има право през времетраене на договора за застраховка «Заболяване» да извършва проверка, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на Застрахования.

4. Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнение клаузите на настоящите Общи условия се осъществяват в писмена форма.
5. Промените в настоящите Общи условия са валидни за договори за застраховка «Заболяване», сключени след датата на промяната. Изменението или замяната на настоящите Общи условия с нови по време на действието на застрахователния договор има сила за застрахования само ако измененията или новите общи условия са му били дадени и застрахованият писмено ги е потвърдил. При несъответствие между Застрахователният Договор и Общите условия има сила уговореното в договора.
6. Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени суми и несвоевременно получени суми.
7. При унищожаване или изгубване на застрахователен договор застрахованите лица са длъжни да уведомят Застрахователя в 7 дневен срок за издаване на дубликат.
8. Възникнали спорове между Застрахования/Застраховация и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.
9. Правата на Застрахованите за получаване на суми от Застрахователя се погасяват с петгодишна тригодишна давност от датата на застрахователното събитие.
10. Настоящите Общи условия се предоставят като преддоговорна информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователния договор и плаща определената застрахователна премия.
2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.
3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.
4. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.
5. **ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО** са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.
6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване при което Застрахователят изплаща застрахователна сума или обезщетение;
7. **ЗЛОПОЛУКА** са действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополучка се приемат изкълчвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от напъгане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.
8. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.
9. **ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на

трудова процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

10. ТЕЛК е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.
11. ПРЕДХОДНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са всички здравословни усложнения, които Застрахования е имал преди или при сключване на договора за медицинска застраховка.
12. ПРЕДШЕСТВАЩА ЗЛОПОЛУКА е каквато и да е предишна злополука, която би довела до нетрудоспособност и/или би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностицирана преди първия ден на застраховката.
13. ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са тези заболявания с прогресивен ход и чести обострения, включени в Списъка на хроничните болести на Министерство на здравеопазването(МЗ) и Световната здравна организация(СЗО) и диагностицирани преди сключването на застрахователния договор.
14. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.
15. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е сумата, която Застрахованият/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.
16. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полица).
17. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА е периодът от деня, посочен за начало в договора за медицинска застраховка, до деня, в който изтичат 12 /дванадесет/ месеца през същата или през следващата календарна година.
18. ПАДЕЖ е датата за плащане на застрахователната премия.
19. ГРУПА е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.
20. ПРЕДЛОЖЕНИЕ е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.
21. САМОУЧАСТИЕ е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението.
22. НЕДОПУСТИМО ВИСОК ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК е налице, когато съществуваща вероятност за настъпване на покрит риск, на който едновременно са изложени голям брой застраховани лица и вследствие на чието проявление са причинени значителни неимуществени вреди.

Настоящите Общи условия са приети на заседание на Съвета на директорите на „Застрахователна компания Медико – 21” АД, и влизат в сила от 01.08.2013. г.

Запознат съм с Общите условия и ги приемам.

Дата:

Застраховаш: