

## I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл.1.** «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД, наричано по-долу Застраховател, е лицензирано застрахователно дружество за извършване на дейност по здравно (медицинско) застраховане, изразяващо се в поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, предоставяни от изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България срещу заплащане на застрахователни премии, въз основа на застрахователни договори за медицинска застраховка по смисъла на чл. 222а от Кодекса за застраховането.

**Чл.2.** Медицинското застраховане по смисъла на настоящите Общи условия се осъществява при спазване на принципите на доброволност, добросъвестност и равнопоставеност на страните.

**Чл.3.** Медицинското застраховане по тези Общи условия се извършва на основата на Застрахователни пакети. Застрахователните пакети са подробно описани в Приложения към настоящите Общи условия. Посочените Приложения съставляват неразделна част от Общите условия.

**Чл.4.** Чрез медицинската застраховка по настоящите Общи условия се обезпечават предоставянето на здравни услуги и стоки.

## II. ПРЕДМЕТ И ОБХВАТ НА ЗАСТРАХОВАНЕТО

**Чл.5.** Предмет на медицинската застраховка по настоящите Общи условия е финансовото обезпечаване и осигуряване на ползването на здравни услуги и стоки от Застрахованите лица, в обхвата на договорените Застрахователни пакети и клаузи.

**Чл.6.** Медицинското застраховане по настоящите Общи условия се извършва по два начина - чрез възстановяване на разходи и/или чрез абонаментно обслужване.

**Чл.7.** (1) Медицинското застраховане чрез абонаментно обслужване е начин на ползване на услугите, при който при настъпване на предвидените в Застрахователния договор случаи Застрахователят обезпечават предоставянето на здравни услуги и стоки на Застрахованите лица от изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България, с които Застрахователят е сключил договор за медицинско обслужване.

(2) Разходите за предоставените здравни услуги и стоки на Застрахованите лица се обезпечават финансово от Застрахователя.

(3) Финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги при тази форма на здравно (медицинско) застраховане се уреждат директно между Застрахователя и изпълнителя на медицинска помощ.

**Чл.8.** Медицинското застраховане чрез възстановяване на разходи е начин на ползване на услугите, съгласно който при настъпване на предвидените в Застрахователния договор случаи Застрахователят частично или изцяло възстановява на Застрахованите лица направените от тях разходи за здравно обслужване.

## III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

**Чл.9.** Видовете здравни услуги и стоки са обособени в следните пет Застрахователни пакета (ЗП):

1. Подобряване на здравето и предпазване от заболяване – пакет №1, съставляващ Приложение №1 към настоящите Общи условия;

2. Извънболнична медицинска помощ – пакет №2, съставляващ Приложение №2 към настоящите Общи условия;

3. Болнична медицинска помощ – пакет №3, съставляващ Приложение №3 към настоящите Общи условия;

4. Комбинирана медицинска помощ – пакет №4, съставляващ Приложение №4 към настоящите Общи условия, и включващ следните пет раздела:

4.1. Подобряване на здравето и предпазване от заболяване;

4.2. Извънболнична медицинска помощ;

4.3. Болнична медицинска помощ;

4.4. Възстановяване на разходи за здравни стоки;

4.5. Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия, при предоставяне на медицинска помощ.

5. Извънболнична стоматологична помощ - пакет №5, съставляващ Приложение №5 към настоящите Общи условия;

**Чл.10.** В зависимост от вида и обема на предлаганите здравни услуги и стоки за пакетите, посочени в чл. 9, са обособени следните клаузи:

(1) за пакети №1, №2 и №3 - три клаузи: клауза "С" - основно покритие, клауза "В" - разширено покритие и клауза "А" – пълно покритие.

(2) за пакет №4 - групови договори и пакет №5 - четири клаузи: клауза "С" - основно покритие, клауза "В" - разширено покритие, клауза "А" – пълно покритие и клауза "Lux".

(3) за пакет №4 – индивидуални/семеен договори - четири клаузи: „Базова/Базова +“, „ЗДРАВЕ“, „Lux“ и „Lux +“.

(4) в пакет №4 за клауза „ЗДРАВЕ“:

1. са обособени 5 (пет) нива на покритие в зависимост от лимита на отговорност по предлаганите здравни услуги и стоки, групирани по видове дейност.

2. Към определени нива са включени допълнителни покрития, както следва:

2.1. Ниво III и Ниво IV – покритие на раждане - само в случаите на бременност, настъпила не по-рано от 60 дни след датата на влизане в сила на договора.

2.2. Ниво V – покритие на раждане - само в случаите на бременност, настъпила не по-рано от 60 дни след датата на влизане в сила на договора; избор на екип за болнично лечение; възстановяващо лечение в хоспис до 30 (тридесет) дни годишно, назначено след проведено болнично лечение вследствие на злополука, като покритието е валидно само в случай, че болничното и началото на възстановяващото лечение на Застрахованото лице са в рамките на действащ Застрахователен договор със «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД.

**Чл.11.** (1) Изборът на съответния пакет, клауза и ниво на лимит, начина на плащане на Застрахователните премии и начина на медицинското застраховане са предмет на договаряне със Застрахователен договор, сключен между Застрахователя от една страна и Застрахователя от друга страна.

(2) Покритието по ЗП "Извънболнична стоматологична помощ" се предлага само в комбинация с покритието по ЗП "Извънболнична медицинска помощ" и/или ЗП "Болнична медицинска помощ" или ЗП "Комбинирана медицинска помощ".

(3) При сключване на групов Застрахователен договор за ЗП „Комбинирана медицинска помощ“ застрахованото лице може да избере както всички, така и определена комбинация от раздели (видове медицинска дейност) в рамките на всяка клауза.

(4) При сключване на индивидуален/семеен Застрахователен договор за ЗП „Комбинирана медицинска помощ“ клауза „ЗДРАВЕ“ за-

страхованото лице избира ниво на покритие. Начинът на медицинско застраховане по този пакет и клауза е „възстановяване на разходи“.

#### IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ

**Чл.12.** (1) Застрахователят не обезпечава финансово и не възстановява разходи по тези Общи условия за следните здравни услуги и стоки:

1. спешна и неотложна медицинска помощ;
  2. хемодиализа и хемотрансфузия;
  3. трансплантация на органи;
  4. фертилитет, in vitro и предхождащите го изследвания и медикаменти.
  5. лечение и тестове на/за СПИН, ТОРС, птичи грип и други нововъзникнали заболявания с епидемичен характер;
  6. извънболнична и болнична помощ на психиатрично и онкологично болни, включително химиотерапия, лъчетерапия и изследване на туморни маркери;
  7. лечение на увреждане на здравето на Застрахования, причинено от медикаментозна зависимост или от употреба на анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;
  8. лечение на алкохолизъм, наркомания и други зависимости или лечение на наранявания, получени от Застрахования, в случаите когато нараняванията са в пряка причинна връзка с изпадането му в пияно състояние или в състояние на наркотично опиянение, или в състояние на абстиненция;
  9. задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;
  10. пластични, козметични операции и други козметични медицински услуги;
  11. лечение с методите на нетрадиционната медицина, психотерапия и акупунктура;
  12. лечение на венерически заболявания и туберкулоза, както и предхождащите ги изследвания и медикаменти;
  13. неврохирургични операции;
  14. кардиологични операции;
  15. лечение на вродени аномалии;
  16. операции за смяна на пола и свързаните с тях изследвания и медикаменти;
  17. програми за лечение на косопад и акне;
  18. лечение на множествена склероза, хронична болка, мигрена, диабет, астма, остеопороза, функционални нервни разстройства, анорексия, булимия и цироза;
  19. всяко лечение, което не е назначено и проведено от изпълнител на медицинска помощ;
  20. при индивидуални/семеенни Застрахователни договори с покритие по ЗП „Комбинирана медицинска помощ“ клауза „ЗДРАВЕ“:
    - 20.1. с профилактичен характер или ползвани без наличие на конкретни симптоми на заболяване;
    - 20.2. свързани с проследяване на бременност;
    - 20.3. свързани с раждане - при избрано ниво I или II. Тези разходи се покриват при избрано ниво III, IV или V, като в този случай се прилага отлагателният период, посочен в чл.10 ал.(4) т.т. 2.2. и 2.3.;
    - 20.4. за избор на лекар/екип при провеждане на болнично лечение - при избрано ниво I, II, III или IV.
- (2) Част от посочените в алинея (1) изключения могат да бъдат

покрити, ако включването им е уговорено изрично в Застрахователния договор.

**Чл.13.** В обхвата на стоматологичните услуги по тези Общи условия не се включват:

- (1) 1. реплантанти и имплантанти;
  2. ортоodontска дейност;
  3. лечение на вродени аномалии;
  4. избелване на зъби;
  5. лечението на кариес и състояния в устната кухина, предизвикани от нелекуван, усложнен кариес (пулпити, периодонтити, гангрени, корени), установени от панорамните зъбни снимки преди датата на сключване на Застрахователния договор;
  6. протезирането на нарушения в зъбните редици, получени в резултат на лечение на минали заболявания, установени от панорамните зъбни снимки преди датата на сключване на Застрахователния договор;
  7. подмяната на налични obtурации и конструкции, съществуващи към датата на сключване на Застрахователния договор, по естетични и козметични причини.
- (2) т. 4 от предишната алинея не важи за застрахователен пакет “Извънболнична стоматологична помощ” клауза “Lux”.
- Чл.14.** Застрахованият сам заплаща здравните услуги и не получава възстановяване на разходи, в следните случаи:
1. умишлено увреждане на собственото здраве на Застрахования, установено по съдебен ред;
  2. прекъсване на бременност по желание на Застрахования;
  3. сбиване, самоубийство или опит за извършване на самоубийство от Застрахования, включително и когато Застрахованият е в състояние на невменяемост;
  4. установено по съдебен ред виновен престъпление, извършено от Застрахования и довело до увреждане на здравето му;
  5. смърт или увреждане на здравето на Застрахования, настъпили докато Застрахованият е задържан от органи на властта или се намира в затвор;
  6. участие на Застрахования в: бунт, стачка, локаут, война (обявена или не), въстание, граждански размирици, неразрешени по предвидения в закона ред, митинги и демонстрации или в други събития от подобно естество, вкл. и при аварийни, бедствени ситуации, терористични актове, пожари, наводнения, земетресения;
  7. увреждане на здравето, докато Застрахованият е призован в запас;
  8. увреждане на здравето вследствие на радиоактивно замърсяване и облъчване;
  9. участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална и/или научно-изследователска цел;
  10. увреждане на здравето, причинено от професионални вредности;
  11. газове, атомни, ядрени експлозии и други производствени аварии;
  12. действия на Застрахования, които спадат към занятие или друга правно регламентирана дейност, които той няма правоспособност да упражнява;
  13. практикуване от Застрахования на алпинизъм, проникване в пещери и подводно гмуркане;
  14. ползване от Застрахования на летателни и плавателни средства с цел развлечения;

15. подготовка за и/или участие в спортни състезания;

16. в случаите на измръзване, топлинен удар, слънчев удар и изгаряне, включително и от солариум.

**Чл.15.** (1) Застрахователят не възстановява на Застрахования направените разходи за:

1. предписани витамини;
2. слабителни средства, лекарства за редукция на тегло и за вегетативни смущения по време на пътуване;
3. противозачатъчни средства;
4. хомеопатични лекарства;
5. нестероидни противовоспалителни средства, с изключение на случаите, в които те са средство на избор за лечението на определено заболяване на Застрахования;
6. нерегистрирани в Република България лекарства;
7. хранителни добавки;
8. медицинска козметика;
9. цветни лещи и рамки за очила (възстановяват се само разходи за диоптрични стъкла или лещи еднократно за една Застрахователна година);

10. стъкла за очила или лещи, закупени по лекарско предписание за корекция на зрението във връзка с промяна в диоптъра с по-малко от 0.5 включително. При индивидуални/семеен договор с покритие ЗП „Комбинирана медицинска помощ“ клауза „ЗДРАВЕ“ не се възстановяват разходи за стъкла за очила и лещи;

11. здравни стоки, назначени вследствие на профилактични прегледи (освен в случаите, когато профилактичните прегледи са организирани от «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД);

12. здравни стоки, които нямат отношение към заболяването, от което бива лекуван;

13. здравни услуги и стоки, ползвани без наличие на конкретни симптоми на заболяване;

14. здравни услуги и стоки, изцяло или частично поети от други застрахователни дружества, обществена или частна медицинска програма или работодател;

15. потребителски и други такси в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, както и прегледи и такси за издаване на медицински документи: медицинско свидетелство за работа, за брак, за шофьори, за студент, за училище, болнични листове.

(2) т. 1 от предходната алинея не се отнася за ЗП “Комбинирана медицинска помощ” клауза “А”;

(3) т. 1, 2, 4 и 7 от чл. 15, ал. (1) не се отнасят за ЗП “Комбинирана медицинска помощ” клауза “Lux”;

(4) т. 1, и 4 от чл. 15, ал. (1) не се отнасят за ЗП “Комбинирана медицинска помощ” клауза “ЗДРАВЕ” при избрано ниво III, IV или V;

(5) т. 7 от чл. 15, ал. (1) не се отнасят за ЗП “Комбинирана медицинска помощ” клауза “ЗДРАВЕ” при избрано ниво V.

## **V. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИТЕ**

**Чл.16.** Застрахованият има право да ползва здравни услуги и стоки, включени в избраните Застрахователни пакети и клаузи, при спазване на договорения начин на медицинско застраховане и в рамките на договорения лимит. Начинът на медицинско застраховане за всеки Застрахователен пакет – чрез възстановяване на разходи и/или чрез абонаментно обслужване, се избира от Застрахователя, с изключение на начина за Застрахователен пакет “Комбинирана медицинска помощ” клауза „Здраве“, където начинът на

обезщетяване е чрез „възстановяване на разходи“.

**Чл. 16а.** (1) Застрахованият има право на информираност относно реда и условията за ползване на здравни услуги и стоки съгласно настоящите Общи условия и сключения Застрахователен договор.

(2) Застрахователят е длъжен да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по сключения застрахователен договор.

**Чл.17.** (1) При медицинското застраховане чрез абонаментно обслужване Застрахованият има право да ползва здравни услуги и да получава здравни стоки при всеки един изпълнител на медицинска помощ на територията на Република България, с когото Застрахователят е сключил договор за медицинско обслужване, от списъка, неразделна част от Застрахователния договор. Актуален списък на изпълнителите на медицинска помощ се поддържа и на Интернет (уеб) страницата на Застрахователя - [www.euroins.bg](http://www.euroins.bg).

(2) При индивидуално застраховане Застрахователят информира Застрахования за настъпилите промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ в срок от 7 (седем) работни дни от настъпване на промяната.

(3) При семейно или групово застраховане за настъпилите промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ, в посочения в предходната алинея срок, е достатъчно да се уведоми Застрахователя, който от своя страна е длъжен да уведоми Застрахованите.

**Чл.18.** При медицинското застраховане чрез възстановяване на разходи Застрахованият има право да ползва здравни услуги и да получава здравни стоки при всеки един изпълнител на медицинска помощ на територията на Република България.

**Чл.19.** При медицинското застраховане чрез възстановяване на разходи Застрахованият има право да получи от Застрахователя възстановяване на направените и предявени по надлежния ред от Застрахования разходи за ползваните от него здравни услуги и стоки.

**Чл.19а.** Застрахованият има право на рехабилитация или санаториално лечение, назначено му от лекуващия лекар след прекарано болнично и/или оперативно лечение по време на действието на Застрахователния договор, само в случаите, когато е избрал ЗП “Болнична медицинска помощ” или раздел “Болнична медицинска помощ” от ЗП “Комбинирана медицинска помощ”.

**Чл.20.** Застрахователят гарантира на Застрахования правото на тайна, разпространява се върху фактите и обстоятелствата, свързани с личните му данни, неговото здравословно и финансово състояние, освен в случаите, изрично предвидени със закон.

**Чл.20а.** Застрахованият се задължава да спазва разпоредбите на настоящите Общи условия.

**Чл.20б.** Застрахованият се задължава да попълни вярно и честно личната декларация за здравно състояние.

**Чл.21.** Застрахованият се задължава да не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на здравните услуги и стоки, финансово обезпечени от Застрахователя.

**Чл.21а.** Правата на Застрахования са лични и не могат да бъдат преотстъпвани, освен ако в Застрахователния договор не е уговорено друго.

**Чл.22.** Застрахователят по групов договор е длъжен да уведоми Застрахователя за всяка промяна, свързана с юридическото лице: МОЛ, адрес на регистрация и адрес за кореспонденция, как-



то и други важни обстоятелства, в срок до 7 дни след настъпване на промяната.

**Чл.22а.** Застрахованият и Застрахователят по семеен договор и съответно Застрахованият по индивидуален договор са длъжни да уведомяват писмено Застрахователя и за всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос, както и за промяна: в местоработата, в упражняваната професия, в телефона и в адреса си, посочен в договора, в срок до 7 дни след настъпване на промяната. При изпращане на имейл, предоставен от Застрахователя, писмената форма се счита за спазена.

**Чл.23.** При медицинско застраховане само чрез абонаментно обслужване, разходите за предоставените здравни услуги се поемат от Застрахования, когато той се лекува при изпълнител на медицинска помощ, с когото Застрахователят няма сключен договор за абонаментно медицинско обслужване.

**Чл.23а.** Застрахованият е длъжен да възстанови на Застрахователя сумите, с които са обезпечени здравни услуги и/или стоки, в случай на надвишаване на договорения лимит, при ползване на медицински услуги извън договорения обхват, както и при неправомерно ползване на медицински услуги с карта извън срока на договора.

**Чл.23б.** Застрахованият е длъжен да върне на Застрахователя издадените му застрахователни документи при изтичане или прекратяване на Застрахователния договор, независимо от причината за прекратяване, в срок от 10 работни дни, считано от датата на прекратяване на действието на Застрахователния договор.

## **VI. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**

**Чл.24.** (1) Застрахователят обезпечава финансово получаването на здравните услуги и стоки, включени в обхвата на избраните от Застрахователя, Застрахователни пакети и клаузи, при посочения в Застрахователния договор начин на медицинско застраховане, до посочения в Застрахователния договор лимит.

(2) Когато в семеен или групов Застрахователен договор е включена клауза за общ лимит за здравни услуги на семейството/групата Застраховани лица за всеки застрахователен пакет, потреблението на здравни услуги и остатъчният лимит се следят индивидуално за всяко застраховано лице от семейството/групата, но Застрахователят обезпечава финансово получаването на здравните услуги до размера на общия лимит по всеки пакет.

**Чл.24а.** (1) Застрахователят има право на информираност относно здравословното състояние на Застрахования.

(2) Застрахователят има право през времетраенето на Застрахователния договор да извършва проверки, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на Застрахования от изпълнителите на медицинска помощ и от Застрахованите лица, да изисква становища от доверени лекари-консултанти и/или от независими експерти относно предявени претенции от Застраховани лица или от изпълнители на медицинска помощ за направени разходи за здравни услуги и стоки.

(3) Набавянето на допълнително изискваните документи е за сметка на Застрахования.

**Чл.24б.** Застрахователят има право да изиска от Застрахования да отстрани нередовности в представените документи и формуляри, които удостоверяват направени разходи за здравни

услуги и стоки (попълнени неточно, невярно и нечетливо; незаверени с всички необходими подписи и печати; с липсващи изискващи се данни, реквизити или доказателства за извършените здравни услуги и/или стоки). В случай, че констатираните нередовности не бъдат отстранени в срок от 15 (петнадесет) дни след получаване от Застрахования на Акт за изплащане на претенция, разходи за услуги и стоки не се възстановяват.

**Чл.25.** Застрахователят не покрива здравни услуги и стоки, потребността от които е възникнала в резултат на минали и/или хронични заболявания и/или професионални заболявания, освен в случаите, когато този факт изрично е уговорен в Застрахователния договор.

**Чл.26.** Застрахователят може да откаже заплащане на здравни услуги и стоки на Застрахован, ако същият е укрив при сключване на Застрахователния договор известна нему информация, за която Застрахователят писмено е поставил въпрос на Застрахования при сключване на Застрахователния договор. Застрахователят има право да откаже заплащането на здравните услуги и стоки само ако укриваната информация е оказала въздействие за възникване на необходимостта или с увеличаване на потребността от ползване на тези здравни услуги и стоки.

**Чл.26а.** Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени или несвоевременно получени суми при възстановяване на разходи.

**Чл.27.** Застрахователят има право да откаже заплащане на здравни услуги и/или стоки на Застрахован и/или да прекрати едностранно Застрахователния договор с писмено уведомление:

1. в случай на измама, извършена от Застрахователя или от Застрахования, самостоятелно или в съучастие с трети лица, при ползване на здравните услуги и стоки, предмет на договора, или при предявяване на претенция, произтичаща от договора. В този случай Застрахователят не дължи връщане на платените премии.

2. в случаите, посочени в чл.50, ал.(1), ал.(2), ал.(3) и ал.(4) от настоящите Общи условия;

3. при невнасяне в срок на дължимата Застрахователна премия, съгласно чл.41 от настоящите Общи условия;

4. при нарушаване на клаузите на настоящите Общи условия.

**Чл.28.** (1) Застрахователят е длъжен да предостави на Застрахования индивидуален застрахователен номер и застрахователни документи съобразно начина на застраховане в срок до 15 работни дни след влизане на Застрахователния договор в сила.

(2) Здравната карта съдържа трите имена на Застрахованото лице, застрахователния му номер, име на Застрахователя, телефон за контакт със Застрахователя, избраните Застрахователни пакети и клаузи, и начина на медицинско застраховане.

(3) При медицинското застраховане чрез абонаментно обслужване здравната карта легитимира Застрахования с правата по Застрахователния договор пред изпълнителите на медицинска помощ на територията на Република България, с които Застрахователят е сключил договор за медицинско обслужване.

(4) В случай на загуба от Застрахованото лице на здравната карта, Застрахователят издава дубликат за сметка на Застрахованото лице в 15 (петнадесет) дневен срок, след писменото уведомяване за това.

**Чл.29.** (1) Застрахователят води регистър и създава застрахователни досиета на Застрахованите лица, които съдържат информация за здравното им състояние, за установяване на правото им на здравни услуги и стоки, за внесените застраховател-

ни премии, за размера на ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки и за остатъчния лимит за здравни услуги и стоки.

(2) Застрахователното досие на застрахованото лице се съхранява от Застрахователя до 5 (пет) години след прекратяване на действието на застрахователния договор.

## **VII. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

**Чл.30.** (1) Застрахователният договор е писмен договор между Застрахователя/Застрахования, от една страна, и Застрахователя, от друга страна, за финансовото обезпечаване на предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застраховани лица за определен срок, обем и обхват, срещу заплащане на застрахователни премии.

(2) 1. Застрахователният договор се сключва за определен срок или като безсрочен.

2. Срочният договор може да бъде сключен с клауза за продължение. В този случай за всяка следваща Застрахователна година задължително се актуализира Застрахователната премия в зависимост от потреблението на здравни услуги и стоки през предходната Застрахователна година и/или промяна в действащата тарифа и/или промяна в здравния риск.

3. Индивидуален/семеен застрахователен договор с покритие по ЗП "Комбинирана медицинска помощ" клауза "ЗДРАВЕ" се прекратява с изтичане на предвидения в него срок. В случай, че преди изтичане на договора Застрахователят изрази писмено желание, договорът може да бъде продължен автоматично с нов едногодишен период, като:

3.1. ако Застрахователят не желае да промени избраното ниво на покритие по изтичащия договор, не се изисква попълване на ново Предложение за сключване на договор и на Лична декларация за здравно състояние на Застрахованите лица по договора.

3.2. ако Застрахователят желае да промени избраното ниво на покритие по изтичащия договор към по-високо, то се изисква попълване на ново Предложение за сключване на договор. Ако се включват нови Застраховани лица към подновения договор, то се изисква и попълване на Лична декларация за здравно състояние на нововключените Застраховани лица.

3.3. ако Застрахователят желае промяна в размера на застрахователната премия, обоснована от изплатените претенции на Застрахованите лица, то договорът може да се продължи след договаряне на условията по него.

(3) 1. Застрахователният договор влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен в договора като начало на срока, при условие, че е внесена в брой или е постъпила по сметка на Застрахователя цялата дължима застрахователна премия или уговорената първа вноска, и изтича в 24.00 часа на деня, означен като край на срока на договора.

2. Ако до 15 календарни дни от деня, посочен в договора като начало на срока, не е внесена в брой или постъпила по сметка на Застрахователя договорената премия/първа вноска, Застрахователят има право да прекрати договора след изпращане на писмено предупреждение до Застрахователя/застрахованото лице.

3. Ако към датата на изтичане на договора застраховано лице ползва болнично лечение, то покритието за него изтича с изписването му от болничното заведение в рамките на лимита за болнична медицинска помощ.

**Чл.31.** Застрахователните договори са индивидуални, семейни

или групови.

1. Индивидуален застрахователен договор е този, съгласно който Застрахован е физическо лице.

2. Семеен застрахователен договор е този, съгласно който Застраховани са членовете на едно семейство или част от него.

3. Групов Застрахователен договор е този, по който Застрахован е юридическо лице или едноличен търговец, а Застраховани са три или повече лица, които се намират в едни и същи по вид правоотношения със Застрахователя (трудоваправни, членствени и др.).

**Чл.32.** (1) Застрахователят сключва Застрахователни договори за застраховане на здрави лица с нормален Застрахователен риск.

(2) Застрахователят сключва индивидуални, семейни и групови Застрахователни договори с български и чужди граждани, пребиваващи в страната, при следните възрастови ограничения:

1. при индивидуално и семейно медицинско застраховане – от 0 до 65 години;

2. при индивидуално медицинско застраховане само на деца със Застрахован родителите – във възрастовия диапазон за деца по смисъла на тези Общи условия;

3. при индивидуално медицинско застраховане само на възрастни родители със Застрахован пълнолетни деца – над 65 години;

4. при групово медицинско застраховане до 50 лица включително и индивидуално/семеен медицинско застраховане на членове на техните семейства – от 16 до 65 години;

5. при групово медицинско застраховане над 50 лица и индивидуално/семеен медицинско застраховане на членове на техните семейства – без ограничения на възрастта.

**Чл.33.** Определянето на възрастта по настоящите Общи условия се извършва на база навършени години.

**Чл.34.** Застрахователният договор се сключва въз основа на следните документи:

1. за индивидуално, семейно и групово медицинско застраховане до 15 лица включително: лекарски рапорт с попълнен от лекаря въпросник за здравното състояние на Застрахования (ако изрично е поискан от Застрахователя), лична декларация за здравното състояние, подадена от всяко едно застраховано лице, списък на Застрахованите лица – при групово медицинско застраховане. В случай на покритие по ЗП „Комбинирана медицинска помощ“ клауза „Здраве“ – Предложение за сключване на договор;

2. при групово застраховане от 16 до 50 лица включително – лична декларация за здравното състояние, подадена от всяко едно застраховано лице и списък на Застрахованите лица;

3. при групово застраховане над 50 лица - списък на Застрахованите лица.

4. преди сключване на застрахователния договор или преди промяна на ЗП и/или преди включване на ново Застраховано лице, Застрахователят има право да изисква допълнителна писмена информация, свързана с неговите минали и/или хронични заболявания, която става неразделна част от договора.

5. документите, посочени в чл.34, т.1, т.2, т.3 и т.4 се прилагат към Застрахователния договор и съставляват неразделна част от него.

**Чл.35.** (1) При индивидуално медицинско застраховане и при семейно и групово медицинско застраховане, когато в застрахователния договор са включени до 15 лица включително, преди сключването на застрахователния договор, Застрахователят (ако из-

рично е поискал попълване на лекарски рапорт от Застрахованите лица) организира извършването на задължителен медицински преглед и изследвания на всеки един кандидат за медицинско застраховане. Прегледът и изследванията са за сметка на кандидатите за застраховане. Резултатите от прегледа и изследванията се отразяват в лекарския рапорт. Прегледът и изследванията не са задължителни при групово медицинско застраховане на повече от 15 лица.

(2) Срокът на валидност на резултатите от прегледите и изследванията за сключване на застрахователния договор е не повече от 45 дни от извършването на медицинския преглед и изследванията.

(3) При медицинско застраховане по пакет "Извънболнична стоматологична помощ" застрахованите лица, при първо посещение за лечение, подлежат на задължителен профилактичен преглед с изготвяне на зъбен статус.

(4) Ако Застрахователят изрично е поставил условие пред Застраховачия при сключване на договора, преди и след провеждане на стоматологичното лечение Застрахованото лице прави сегментни зъбни снимки на лекувания зъб, които се представят заедно с останалите документи при подаване на Искане за завеждане на претенция.

(5) При неизпълнение на изискванията на ал.(3) и/или ал.(4) Застрахователят не обезпечава финансово здравни услуги и стоки по ЗП "Извънболнична стоматологична помощ".

**Чл.36.** (1) Застраховачият е длъжен да уведоми Застрахователя писмено за промяна в състава на групата Застраховани лица в 7 (седем) дневен срок от настъпване на промяната. В случай, че не спази срока за уведомяване, Застраховачият не може да има претенции относно преизчисляване на дължима премия и/или добавяне или напускане на лица към/от групата Застраховани, за съответния падеж, ако плащането е разсрочено, или за съответния месец, ако премията е издължена еднократно. Промяна в състава на групата се допуска след извършване на уведомяването, като от страна на Застрахователя е заявено съгласие за промяната и дължимата премия за периода до изтичане на застрахователния договор е преизчислена.

(2) При групов застрахователен договор, ако вследствие на промяна в състава на групата Застраховани лица, съставът ѝ спадне под 16 лица, и ако Застрахователят изрично изиска това, всяко едно осигурено лице следва да премине посочените в предходния член медицински преглед и изследвания. Прегледът и изследванията са за сметка на Застрахования, организират се от Застрахователя и се провеждат не по-късно от 3 (три) седмици, след като Застрахователят бъде уведомен за промяната в състава на групата. За всяко едно от Застрахованите лица се изготвя и лекарски рапорт с попълнен от лекаря въпросник за здравното състояние на Застрахования. Ако в посочения срок някое от Застрахованите лица не се яви на медицински преглед или откаже да бъде прегледано или да му бъдат направени съответните изследвания, то се счита изключено от групата Застраховани лица.

(3) При групов застрахователен договор, ако вследствие на промяна в състава на групата Застраховани лица, съставът ѝ спадне под 51 лица, и ако Застрахователят изрично изиска това, всяко едно осигурено лице следва да подаде личната декларация за здравното си състояние, посочена в член 34, т. 2 от Общите условия. Декларацията се подава не по-късно от 3 (три) седмици, след като

Застрахователят бъде уведомен за промяната в състава на групата. Ако в посочения срок, някое от Застрахованите лица не подаде съответната декларация, то се счита изключено от групата Застраховани лица.

(4) Лицето, което е изключено от групата, може да бъде включено отново в нея при следните условия:

1. Застраховачият е уведолил Застрахователя за желанието си да включи в групата отпадналото от нея лице, не по-късно от 1 (една) седмица преди датата на падежа на следващата вноска от застрахователната премия;

2. причините, поради които лицето е изключено от групата, не съществуват;

3. налице е изрично съгласие на Застрахователя;

4. във връзка с промяната в броя Застраховани лица, Застраховачият е внесъл преизчислената съгласно член 43, ал.1 от Общите условия премия, а при разсрочено плащане - дължимата преизчислена вноска от премията.

(5) Нови членове на група се добавят до изтичането на 10-ия (десетия) месец от срока на договора.

**Чл.37.** Застрахователният договор се сключва в писмена форма и задължително съдържа:

1. Име, адрес, номер по БУЛСТАТ/ЕИК/данни за съдебна регистрация на страните по договора; ЕГН ако страната е физическо лице;

2. Застрахователните пакети, включени в Застрахователния договор, договорената клауза за всеки пакет, лимита на отговорност на Застрахователя, размера на самоучастието на Застрахования, както и избрания начин на медицинско застраховане, за всеки от пакетите, включени в договора;

3. Размерът, сроковете и начинът на заплащане на Застрахователната премия, както и последиците от неплащане или неточно плащане;

4. Общите условия по медицинска застраховка.

### **VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕМИИ**

**Чл.38.** (1) Размерът на Застрахователната премия, срокът и начинът на плащането ѝ се определят съгласно действащите тарифи по Застрахователни пакети и клаузи.

(2) За лица – членове на семейство (по смисъла на тези Общи условия) на застраховано лице по групов Застрахователен договор, Застрахователните пакети и клаузи, както и дължимата Застрахователна премия за едно застраховано лице са договорените по съответния групов Застрахователен договор.

**Чл.39.** Застраховачият е длъжен да заплаща Застрахователните премии на Застрахователя в сроковете и при условията, определени в Застрахователния договор.

**Чл.40.** (1) Премии могат да се плащат касово или безкасово. При безкасово плащане за дата на внесена премия се счита датата, на която е заверена банковата сметка на Застрахователя.

(2) Застрахователните премии могат да се заплащат еднократно или разсрочено на отделни вноски, договорени в Застрахователния договор.

(3) Застрахователните премии по ЗП "Извънболнична стоматологична помощ" се издължават по следния начин:

1. за годишна премия до 5000 лв. включително – еднократно;

2. за годишна премия над 5000 лв. – разсрочено, но не повече от 4 (четири) вноски, дължими през първите 4 месеца от датата на сключване на Застрахователния договор, освен ако в застрахова-



телния договор не е договорено друго.

(4) Дължимата Застрахователна премия по ЗП "Комбинирана медицинска помощ", клауза „ЗДРАВЕ“ може да бъде заплатена еднократно или разсрочено – на 2 или 4 последователни месечни вноски без завишение поради разсрочване.

**Чл.41.** (1) При неплащане на дължима вноска от премията в определен срок, Застрахователят има право след изтичане на 15 дни от датата на падежа на разсрочената вноска да прекрати всички плащания за здравни стоки и услуги на Застрахованите лица по Застрахователния договор и/или да прекрати неговото действие, като всички Застраховани лица губят правата си по него.

(2) При прекратяване на Застрахователен договор, Застрахователната премия се преизчислява съгласно чл.51 ал.(1) от тези Общи условия.

**Чл.42.** Застрахователят не дължи връщане на платена годишна Застрахователна премия при прекратяване на Застрахователния договор, по следните причини:

1. едностранно по желание на Застрахования, когато са извършвани или предстои да се извършат плащания за здравни стоки и услуги, предоставени на Застрахования;
2. при изтичане на срока на договора;
3. при прекратяване по реда на чл.41.

**Чл.43.** (1) При промяна в състава на семейството – при семейните Застрахователни договори или на групата Застраховани лица – при груповите Застрахователни договори, Застрахователят преизчислява съответно и дължимата премия за периода до изтичане на Застрахователния договор.

(2) В случаите по чл.36, ал.(2) от Общите условия, когато някое от Застрахованите лица бъде изключено от групата, поради неявяване в срок на медицински преглед или поради отказ да бъде прегледано или поради отказ да му бъдат направени съответните изследвания или поради неподаване в срок на личната декларация, дължимата от Застрахователя премия за периода до изтичане на Застрахователния договор се преизчислява и евентуалната надвнесена част от нея се връща на Застрахователя.

(3) В случаите по чл.36, ал.(3) от Общите условия, когато някое от Застрахованите лица бъде изключено от групата, поради неподаване в срок на личната му декларация, дължимата от Застрахователя премия за периода до изтичане на Застрахователния договор се преизчислява и евентуалната надвнесена част от нея се връща на Застрахователя.

## **IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ**

**Чл.44.** Застрахователят обезпечава заплащането на стойността на получените от Застрахованите лица здравни услуги и стоки, включени в обхвата на избраните от Застрахователя Застрахователни пакети и клаузи на «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД, в рамките на лимитите към тях, съгласно избрания от Застрахователя начин на медицинско застраховане и процент самоучастие, уточнени в Застрахователния договор.

**Чл.45.** (1) Възстановяването на разходи за здравни стоки и услуги при начин на медицинско застраховане "възстановяване на разходи" и възстановяването на разходи за здравни стоки при начин на медицинско застраховане „абонаментно обслужване“ за здравни услуги се осъществява съобразно договорения процент самоучастие, в рамките на договорените лимити, не по-късно от 15

(петнадесет) календарни дни, след постъпване на Искане за това, изготвено по образец на Застрахователя, и доказване на основание и размера на претенцията.

(2) В случай на покритие по ЗП „Комбинирана медицинска помощ“, клауза „ЗДРАВЕ“ възстановяването на разходи за здравни стоки и услуги се осъществява без самоучастие на Застрахованите лица не по-късно от 15 (петнадесет) календарни дни след постъпване на Искане за това, изготвено по образец на Застрахователя, и доказване на основание и размера на претенцията.

(3) Искането се придружава от следните документи:

1. за лекарства и помощни средства: рецепта-оригинал, епикриза, амбулаторен лист, рентгенова снимка (в случай, че е назначена), резултати от проведени изследвания (в случай, че са назначени), фактура-оригинал и фискален бон;
2. за медицински прегледи: амбулаторен лист, фактура-оригинал и фискален бон;
3. за медицински изследвания: амбулаторен лист, искане за изследване, резултати от проведеното изследване, рентгенова снимка (в случай, че е назначена), фактура-оригинал и фискален бон;
4. за болнично лечение: епикриза, резултати от проведени изследвания (в случай, че са назначени), рентгенова снимка (в случай, че е назначена), фактура-оригинал и фискален бон;
5. за стоматологично лечение: амбулаторен лист, панорамна зъбна снимка, сегментни зъбни снимки преди и след лечението, фактура-оригинал, фискален бон.

(4) В случаите, когато избраният от Застрахователя начин на медицинско застраховане е чрез абонаментно обслужване, Застрахованите нямат парични взаимоотношения с изпълнителите на медицинска помощ, договорни партньори на Застрахователя, когато са ползвали здравните услуги, в рамките на избраните пакет, клауза и лимит.

(5) В случаите, когато избраната от Застрахователя форма на медицинско застраховане е чрез абонаментно обслужване за пакет "Извънболнична стоматологична помощ", самоучастието на застрахованото лице е 10% (десет процента) и левовата равносстойност на самоучастието се заплаща на Изпълнителя на медицинска помощ, който има договор със Застрахователя, освен ако в застрахователния договор не е договорено друго.

**Чл.46.** При наличието на непълноти в Искането и придружаващите го документи срокът по чл.45, ал.(1), съответно ал.(2), започва да тече след представяне на всички изискуеми документи, описани в Искането.

**Чл.47.** (1) Застрахователят не дължи възстановяване на разходи за здравни услуги и стоки, съответно не ги обезпечава финансово, когато:

1. Застрахованият при предявяване на претенция за възстановяване на разходи за здравно обслужване, не е представил всички изискуеми документи, посочени в чл. 45, ал (3) от Общите условия;
2. Застрахованият не е спазвал предписан режим и/или лечение;
3. Застрахованият е симулирал заболяване;
4. налице са обстоятелствата, посочени в чл.21, чл.25, чл.26, чл.35 ал.(7) и чл.41 ал.(1) от настоящите Общи условия.

(2) Застрахователят не дължи възстановяване на разходи за здравни услуги и стоки, съответно не ги обезпечава финансово, когато предоставените от изпълнителя на медицинска помощ здравни услуги и стоки не попадат в обхвата на избраните от

Застраховация/Застрахования, Застрахователни пакети, клаузи и начини на медицинско застраховане.

(3) Застрахователят не дължи възстановяване на разходи за здравни услуги и стоки, съответно не ги обезпечава финансово, в частта им, надвишаваща лимита за избраните от Застраховация/Застрахования, Застрахователни пакети и клаузи.

(4) Застрахователят не дължи възстановяване на разходи за здравни стоки, съответно не ги обезпечава финансово, когато предписаните лекарства са закупени по-късно от 5 (пет) календарни дни от датата на предписването им, освен ако в застрахователния договор не е договорено друго.

**Чл.48.** (1) 1. При възстановяване на разходи за здравни стоки, ползвани по Застрахователен пакет "Извънболнична медицинска помощ" и Застрахователен пакет "Комбинирана медицинска помощ" – раздел IV. "Възстановяване на разходи за здравни стоки", се прилага процента самоучастие, избран в Застрахователния договор.

2. При възстановяване на разходи за здравни стоки, ползвани по раздел IV. "Възстановяване на разходи за здравни стоки" от Застрахователен пакет "Комбинирана медицинска помощ" с избрана клауза "ЗДРАВЕ", не се прилага самоучастие на Застрахованото лице.

(2) Когато избраният от Застраховация начин на ползване на здравните услуги, включени в пакет "Извънболнична медицинска помощ" и пакет "Комбинирана медицинска помощ" - раздел II. "Извънболнична медицинска помощ", е само чрез абонаментно обслужване, на Застрахованите лица се възстановяват разходи за здравни стоки, само когато са предписани от лекари-специалисти от лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, с които «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД има сключен договор;

(3) Когато избраният от Застраховация начин на медицинско застраховане е само чрез абонаментно обслужване, «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД обезпечава финансово стойността на извършени изследвания само когато са назначени и извършени от лекари-специалисти от лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, с които «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД има сключен договор.

(4) 1. Когато избраният от Застраховация начин на медицинско застраховане е "Възстановяване на разходи", се прилага 30% (тридесет процента) самоучастие на Застрахованото лице, освен ако Застрахователният договор не предвижда друго.

2. При индивидуален/семеен Застрахователен договор с покритие по ЗП "Комбинирана медицинска помощ", клауза "Здраве" не се прилага самоучастие на Застрахованото лице за здравни услуги.

**Чл.49.** При наличието на основания за отказ за възстановяване на сумите за направените разходи, Застрахователят писмено уведомява Застрахования за решението си и мотивите за отказ в срок до 15 (петдесет) календарни дни от постъпване на Искането, съответно последното доказателство, чрез Електронното лично здравно досие на Застрахованото лице на сайта на Застрахователя: [www.euroins.bg](http://www.euroins.bg).

**Чл.49а.** От сумите, определени за възстановяване на разходи за ползвани услуги и стоки, Застрахователят има право да удържи всички свои изискуеми вземания:

1. сумите, изплатени на изпълнители на медицинска помощ за ползвани здравни услуги, на които лицето няма право (независимо

от причината);

2. неплатените вноски от разсрочената Застрахователна премия – само при индивидуални и семейни Застрахователни договори.

## **X. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

**Чл.50.** (1) Ако Застрахованият/Застрахованото лице съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелството, при наличието на което Застрахователят не би сключил Застрахователния договор, ако беше знаел за него, Застрахователят има право да прекрати договора. Той може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството, като задържи платените премии.

(2) Ако съзнателно обявеното неточно или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил Застрахователния договор, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в срок от 1 (един) месец от узнаването на обстоятелството. Ако Застрахованият/Застрахованото лице не приеме предложението за промяна в срок от 2 (две) седмици от получаването му, договарът се прекратява, като Застрахователят задържа платените премии.

(3) Ако Застрахованият и Застрахованият не са едно и също лице, достатъчно е укритото обстоятелство да е било известно на един от тях.

(4) Ако Застрахованият/Застрахованото лице несъзнателно е обявил неточно обстоятелство, имащо значение за сключване на Застрахователния договор, всяка от страните по договора може в срок от 2 (две) седмици от узнаване на обстоятелството да предложи изменение на същия. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, страната, отправила предложението, може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. В този случай Застрахователят възстановява частта от премията, която съответства на неизтеклия срок на договора, ако не е предявявана претенция за възстановяване на разходи за здравно обслужване. Горното се прилага и в случаите, когато Застрахованият и Застрахованият не са едно и също лице, и Застрахованият несъзнателно е обявил неточно обстоятелство, имащо значение за сключване на Застрахователния договор.

(5) Ако преди изменението или прекратяването на договора по реда на чл. 50, ал.4 настъпи събитие, Застрахователят може да намали плащането, съобразно съотношението между размера на платените Застрахователни премии и на премията, която трябва да се платят според реалния Застрахователен риск.

(6) Обстоятелствата, които са от значение за оценката на риска и чието неточно обявяване или премълчаване може да доведе до приложение на настоящия член са тези, за които Застрахователят писмено е поставил въпрос на Застрахования при сключване на Застрахователния договор.

**Чл.51.** Застрахователният договор се прекратява предсрочно:

(1) Еностранно от Застрахователя или от Застраховация, чрез изпращане на 30-дневно писмено предизвестие. В този случай Застрахователят преизчислява дължимата Застрахователна премия за срока от началото до датата на предсрочно прекратяване на договора, като:

1. За Застраховани лица по индивидуален, семеен или групов договор до 50 (петдесет) лица, на които са извършени или предстои



да бъдат извършени плащания за здравни стоки и услуги, Застрахователят не дължи връщане на внесена годишна Застрахователна премия. Ако Застрахователят не е внесъл годишната премия за тези лица, той дължи на Застрахователя разликата между годишната и внесената премия.

2. Във всички останали случаи премията се преизчислява съответно на срока, в който прекратеният договор е бил в сила.

3. Когато размерът на внесената премия по договора превишава преизчислената премия, Застрахователят връща на Застрахователя разликата между внесената и преизчислената премия. Когато размерът на внесената премия по договора е по-малък от размера на преизчислената премия, Застрахователят дължи на Застрахователя разликата между преизчислената и внесената премия.

(2) При смърт на Застрахования. При смърт на застраховано лице, включено в семейни или групови Застрахователни договори, Застрахователният договор остава в сила по отношение на останалите Застраховани лица.

В този случай Застрахователят преизчислява дължимата Застрахователна премия за срока от началото до датата на смъртта на Застрахования, като:

а) когато не са извършвани и не предстои да се извършат плащания за здравни стоки и услуги, предоставени на Застрахования, Застрахователят връща на наследниците му при семеен или на Застрахования при групов договор частта от внесената Застрахователна премия, която надвишава размера на преизчислената.

б) когато са извършвани или предстои да се извършат плащания за здравни стоки и услуги, предоставени на Застрахования, Застрахователят не дължи връщане на внесена Застрахователна премия.

(3) В случаите на чл.21, чл.27 и чл.41 от настоящите Общи условия.

## **XI. ПОДСЪДНОСТ**

**Чл.52.** Правата по Застрахователния договор се погасяват с изтичане на три години от настъпването на застрахователното събитие.

**Чл.53.** Споровете между Застрахователя и Застрахования или Застрахованите се уреждат чрез преговори въз основа на сключения Застрахователен договор и настоящите Общи условия. В неуредените от настоящите Общи условия случаи се прилагат съответните норми на действащото българско право.

**Чл.54.** Споровете по Застрахователните договори са подсъдни на българските съдилища.

**Чл.55.** (1) Предвидените в настоящите Общи условия писмени уведомявания, изявления и съобщения се считат за валидно извършени, ако са направени под формата на:

1. писмо с обратна разписка на посочените в договора адреси на Застрахования/Застрахованото лице и на Застрахователя;

2. електронна поща, в случай, че Застрахования/Застрахованото лице е дал изричното си съгласие за това;

3. натискане на виртуален бутон в интернет страницата на «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД ([www.euroins.bg](http://www.euroins.bg)), доколкото изявлението е записано технически по начин, който дава възможност да бъде възпроизведено.

(2) Страниците са дължни да се уведомяват за всяка промяна на адреса си за кореспонденция. При неизпълнение на това свое задължение, всички съобщения и уведомявания, изпратени до последния известен адрес на съответната страна, се считат за редовно връчени.

## **XII. ДЕФИНИЦИИ**

**Чл.56.** По смисъла на тези Общи условия:

1. **“Акт за изплащане на претенция”** е документ по образец на дружеството, с който се регистрира решението и се уведомява Застрахованото лице за размера на одобрената за изплащане претенция и/или за причините за частичен или пълен отказ за изплащане на същата.

2. **“Високоспециализирана медицинска дейност”** е дейност, която изисква специални медицински умения и оборудване, необходими за разрешаване на сложни диагностични и лечебни случаи.

3. **„Заболяване“** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение за първи път през срока на Застрахователния договор и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяване се приема датата на първичното му диагностициране.

4. **“Здравна дейност”** е всяка дейност, насочена към опазване, поддържане и възстановяване на здравето.

5. **“Застрахователен договор”** е писмен договор между Застрахования или Застрахования от една страна и Застрахователя от друга страна за финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки за определен срок, обем и обхват, срещу заплащане на Застрахователни премии.

6. **“Застрахователен пакет”** е група от регламентирани по вид и обхват – здравни услуги и стоки, които се покриват изцяло или частично от Застрахователното дружество при условия и по ред, регламентирани в Застрахователните договори.

7. **“Застрахователна премия”** е сумата, която физическото или юридическото лице заплаща по договор на «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД.

8. **“Застрахователно събитие”** е събитие, при което се реализира покрит по Застрахователния договор риск, в рамките на срока му.

9. **“Изпълнител на медицинска помощ”** е юридическо лице, което в съответствие със закона има право да извършва здравни услуги.

10. **“Лимит по Застрахователен пакет”** е сумата, в рамките на която Застрахователят обезпечава финансово и осигурява ползването на здравни услуги и стоки от Застрахованите лица.

11. **“Медицинска помощ”** представлява система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти.

12. **“Минали заболявания”** са заболявания на Застрахованото лице, изискващи здравни услуги и стоки, възникнали преди сключването на Застрахователния договор, независимо дали преди това са били диагностицирани от изпълнител на медицинска помощ, за които Застрахователят писмено е поставил въпрос на Застрахования или които са отразени в лекарския рапорт при сключването на Застрахователния договор.

13. **“Нормален Застрахователен риск”** е състояние, при което Застрахованият е в добро физическо и психическо здраве, без заболявания, налагащи продължаване на лечението. Определя се въз основа на данните в личната декларация, лекарския рапорт и допълнително изискваната от Застрахователя писмена информация.

14. **“Обем на здравните услуги и стоки”** е количеството медицински дейности, услуги и стоки, до които Застрахованите лица имат достъп при определени условия, регламентирани в настоящите Общи условия и в Застрахователните договори.

15. **“Обхват на здравните услуги и стоки”** са извършваните от изпълнителите на медицинска помощ конкретни видове профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни дейности и услуги и видовете предоставяни здравни стоки, които се покриват напълно или частично от «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД.

16. **“Общ лимит за здравни услуги по Застрахователен пакет”** е произведението на броя на Застрахованите лица в семейството/групата и лимита за съответните здравни услуги по избрания Застрахователен пакет, клауза и ниво на лимит.

17. **“Общи условия по медицинска застраховка”** са условията, регламентиращи правата и задълженията на страните, условията, реда и сроковете за заплащане на Застрахователните премии, условията и реда за ползване на Застрахователни услуги и получаване на Застрахователните стоки, условията, реда и сроковете на покриването на разходите по тях, както и други условия по договорите.

18. **“Застраховано лице”** е всяко физическо лице, застраховано при условията и по реда, предвидени в настоящите Общи условия и в Застрахователния договор.

19. **“Застраховател”** е «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД.

20. **“Застраховател”** е физическо или юридическо лице, което сключва Застрахователен договор и плаща изцяло или частично Застрахователна премия за трето лице.

21. **“Пладеж”** е датата за плащане на дължимата Застрахователна премия/вноска.

22. **“Семейство”** е две лица от различен пол, които поддържат общо домакинство, с или без брак, и техните непълнолетни деца, както и пълнолетни, но учещи и неженени/неомъжени деца до 26 години.

23. **“Симптоми на заболяване”** – влошаване на здравословното състояние на Застрахования, свързано със съвкупност от оплаквания, дължащи се на една и съща причина, наблюдаващи се едновременно или последователно и представляващи индикатор за определено заболяване.

24. **“Тарифа по Застрахователен пакет”** са размерите на Застрахователните премии за всеки Застрахователен пакет, диференцирани според покритите обем и обхват на здравните услуги и стоки, групирани в клаузи, както и условията за прилагане на отстъпки и увеличение на премията в зависимост от броя на пакетите, броя и средната възраст на Застрахованите лица по договора, здравословното състояние на Застрахованите лица и други фактори.

25. **“Хронични заболявания”** са тези заболявания с прогресивен ход и чести обостряния, включени в списъка на хроничните болести на Министерството на здравеопазването (МЗ) и Световната здравна организация (СЗО) и диагностицирани преди сключването на Застрахователния договор.

### **XIII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ**

**Чл.57.** (1) Настоящите Общи условия могат да бъдат изменени и/или допълвани по реда, по който са приети.

(2) По отношение на заварените Застрахователни договори, промените в настоящите Общи условия ще имат сила за Застрахователя/Застрахованото лице и застрахователният договор ще се счита за продължен при действието на новите общи условия, само след като му бъдат дадени и той ги потвърди писмено. Ако в срок от 15 (петнадесет) календарни дни от получаването им, Застрахователят/Застрахованото лице не потвърди писмено, че ги приема, застрахователният договор ще се счита за прекратен по право.

**Чл.58.** Съгласно настоящите Общи условия по медицинско застраховане и сключения Застрахователен договор, Застрахованият се счита уведомен и приема личните му данни да бъдат събирани, администрирани и анализирани за целите на договора и основната дейност на Застрахователя. Застрахователят, в качеството си на Администратор на лични данни, регистриран в Комисията за защита на личните данни, има право да предоставя личните данни на Застрахования, данни от Застрахователния договор и правата си по него, на трети страни и агенции за събиране на вземания.

**Чл.59.** Настоящите Общи условия по „Медицинска застраховка“ са приети от Управителния съвет на «ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС» АД на 20.05.2014 г. и влизат в сила от 01.06.2014 г.