ЗАСТРАХОВКА „ГРУПАМА ВИТА“

Термините, представени с удебелен шрифт, са дефинирани в пар. XV от настоящите Общи условия.

I.Какво представлява застрахователният договор?

1.1.**Застрахователният договор** се сключва писмено във формата на застрахователна полица, подписана от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и ЗАСТРАХОВАЩИЯ или техни законни/упълномощени представители, вкл. застрахователен посредник. Неразделна част от договора са настоящите Общи условия по застраховката, писмени отговори на ЗАСТРАХОВАЩИЯ (или негов представител) на поставените от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ въпроси относно обстоятелствата, имащи значение за естеството и размера на риска, всяка промяна, извършена в писмена форма чрез добавъци/анекси към застрахователната полица и всички други писмени документи, създадени в процеса на сключване и изпълнение на **застрахователния договор**.

1.2.Договорът, сключен между ЗАСТРАХОВАЩИЯ и ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е Групов **застрахователен договор**.

1.3.**Застрахователният договор** се сключва въз основа на писмено предложение за застраховане по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, към което се прилагат следните документи:

- за групи до 10 лица – освен ако не е уговорено друго – здравна декларация и списък на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;

- за групи над 10 лица – списък на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

1.4.В предложението за сключване на застраховката ЗАСТРАХОВАЩИЯТ посочва избраните от него **здравни пакети**, съответното ниво и включените здравни стоки и услуги със съответните **лимити**.

1.5.Всеки служител на **юридическото лице** (ЗАСТРАХОВАЩ) или **член на семейството на** ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, който отговаря на изискванията на тези Общи условия може да бъде присъединен към групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА от ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

1.6.**Членовете на семейството** могат да бъдат включени към **застрахователния договор** до 2 месеца от началото на застрахователното покритие по него. Когато ЗАСТРАХОВАНИЯТ служител се включва през срока на **застрахователния договор**, **членовете на неговото семейство** могат да бъдат включени до 1 месец от началото на индивидуалното застрахователно покритие или до 1 месец от раждането за новородени деца.

Осиновени деца по време на срока на **застрахователния договор** могат да се застраховат до един месец от датата на осиновяване.

1.7.**Членове на семейство** се приемат за застраховане съгласно условията описани в офертата.

1.8.Възрастта на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ се определя в цели (навършени) години към началото на индивидуалното покритие.

1.9.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ си запазва правото да поиска в писмена форма допълнителна информация, която смята за необходима за оценката на риска преди подписване на **застрахователния договор**/добавък към него.

1.10.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да включи в Групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА по застраховката, но с увеличена **премия** и лице, за което въз основа на здравната декларация или друга информация е установено, че представлява повишен риск. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ също има право да откаже застраховка на такова лице.

1.11.Застраховката покрива уговорените в полицата рискове за **членове на семейството на** ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ само ако тяхната самоличност и родствена връзка е посочена в списъка със ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, **застрахователния договор** или списъка със ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА и в случай, че **премията** за тях е била платена, както и след предоставяне на доказателство (по образец или декларация), че те са здравноосигурени лица. На застраховане не подлежат **членове на семейството**,които не са здравноосигурени.

1.12.През срока на **застрахователния договор** ЗАСТРАХОВАЩИЯТ може да направи промени в групата от ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА като включи нови лица или изключи вече ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА. В тези случаи ЗАСТРАХОВАЩИЯТ подава писмено искане до ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ не по-късно от 5 работни дни преди следващата падежна дата по полицата при разсрочено плащане на **премията**. При годишно платена **премия**, искането може да бъде подадено във всеки един момент от действие на договора.

1.13.При изгубена, откраднатa, повредена или унищожена застрахователна полица, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ издава

дубликат след подадена писмена молба от ЗАСТРАХОВАЩИЯ и заплащане на административни разходи, в случай че такива са изрично предвидени в действаща към момента на искането тарифа на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

II. Какъв е обектът и предметът на застрахователния договор?

2.1.Обект на застраховане е здравето и телесната цялост на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ.
2.2. При заплащане на **застрахователна премия** от ЗАСТРАХОВАЩИЯ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ осигурява покритие на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА срещу рискове, произтичащи от **заболяване**, телесно увреждане при **злополука**, бременност и раждане, свързани с възстановяване на разходи на определени медицински услуги и стоки, и/или изплащане на фиксирани суми, които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ ще покрие в рамките на обхвата, категориите и **лимитите**, дефинирани в Раздел VI. Какво покриват и как се ползват здравните пакетите? на настоящите Общи условия и съответната застрахователна полица.
2.3.В съответствие с настоящите Общи условия ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ осигурява покритие за рискове със ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ в **периода на индивидуалното застрахователно покритие**, свързани с:
2.3.1. Финансово обезпечаване на разходи за извършени здравни услуги и стоки, произтичащи от **заболяване**, състояние или телесна увреждане;
2.3.2. Изплащане на фиксирани парични суми във връзка със **злополука**, **заболяване** или раждане.
2.4.Отговорността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ се определя под формата на индивидуална застрахователна сума/**лимит**, фиксирани еднократни плащания и като обем и обхват на здравни услуги и стоки, които се предоставят на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ за определен срок и се посочват в **застрахователния договор**.

III. Какво е териториалното покритие?

3.1. Застраховката предоставя покритие на територията на Република България.

IV. Какви лица могат да участват в застрахователното правоотношение?

4.1.Страни по **застрахователния договор** са ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ и ЗАСТРАХОВАЩИЯТ.
ЗАСТРАХОВАТЕЛ е „Групама Застраховане“ ЕАД, ЕИК 131421443 със седалище и адрес на управление Р. България, гр. София, бул.”Цариградско шосе” № 47А, бл. В, ет. 3, притежаващо лиценз за извършване на застрахователна дейност № 01-ОЗ от 05.05.2005 г. издаден от Комисията за финансов надзор.
ЗАСТРАХОВАЩ е **юридическо лице**, което сключва **застрахователния договор** и се задължава да плаща **застрахователната премия**.
ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ е лице, чието здраве и телесна цялост е обект на **застрахователния договор**, служител е на ЗАСТРАХОВАЩИЯ или е **член на семейството на** ЗАСТРАХОВАН **служител** на ЗАСТРАХОВАЩИЯ.
4.2.ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА могат да бъдат само физически лица, които са:
4.2.1. на възраст от 0 до 64 навършени години в началото на тяхното индивидуално застрахователно покритие. Лицата на възраст между 65 и 74 навършени години могат да бъдат приети за застраховане при условията на увеличена **премия**, освен ако не е уговорено друго;
4.2.2. български граждани или чуждестранни граждани със статут на постоянно пребиваващи в Р. България;
4.2.3. здравноосигурени лица по смисъла на КСО или друг нормативен акт, определящ осигуряването на чужди граждани;
4.2.4. приети за застраховане от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.
4.3.Не подлежи на застраховане лице, което е обект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН или икономически санкции, закони или наредби на Европейския съюз, негова страна-членка, Р. България, Съединените Американски щати или национален закон, предвиждащ подобни мерки.
4.4. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е длъжен да запознае ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА с правата и задълженията им по **застрахователния договор**, Общите и специални условия към него, договореностите със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за обработка и защита на личните им данни, условията и реда за ползване на здравни услуги и стоки, както и да им раздаде здравните карти срещу подпис от тяхна страна.

V. Какви рискове покриваме със застраховката?

5.1. Покритите рискове са обособени в застрахователни **(здравни) пакети** при различни нива, с които се регламентират по вид и обхват здравните услуги и стоки, които се покриват от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, както и съответните плащания, които се дължат от същият, при условията и по реда, определен в настоящите Общи Условия. Застраховката може да включва следните **здравни пакети**:
5.1.1. Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика) ;
5.1.2. Извънболнично лечение;
5.1.3. Болнично лечение;
5.1.4. Доплащане за услуги, свързани с битови и други допълнителни условия;
5.1.5. Дневни пари за болничен престой;
5.1.6. Дентално лечение;
5.1.7. Медицински средства;
5.1.8. Операции;
5.1.9. Здравни услуги, оказвани на бременни;
5.1.10. Физиотерапия и рехабилитация;
5.1.11. Второ медицинско мнение.
5.2.Всеки **здравен пакет** може да се сключи при различни нива/**лимити**, с които се регламентират обхвата и обема на покритите от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ здравни стоки и услуги.
5.3.**Пакетите** с покрити здравни стоки и услуги и нива/**лимити** се избират от ЗАСТРАХОВАЩИЯ и записват в застрахователната полица, като се спазват следните изисквания:
5.3.1.**Пакет „Извънболнично лечение“**, **пакет „Болнично лечение“** и **пакет** “Физиотерапия и рехабилитация“ са задължителни **пакети**.
5.3.2.Всички други **пакети „Профилактика”**, **“Доплащане**

за услуги свързани, с битови и други допълнителни условия”, **“Дневни пари за болничен престой“**, **„Дентално лечение”**, „Медицински средства”, **„Операции“**, „Здравни услуги, оказвани на бременни” и „Второ медицинско мнение“ могат да се закупуват само заедно със закупуване едновременно на задължителните **пакети**.

5.4.Освен ако не е уговорено друго, Застраховката се сключва при еднакви нива/**лимити** за отделните застрахователни **пакети**.

VI. Какво покриват и как се ползват здравните пакетите?

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

6.1.1.**Здравен пакет** „Подобряване на здравето и предпазване от **заболяване (Профилактика)**” се сключва само за групи с над 10 ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА на възраст над 18 години, освен ако не е договорено друго. Същият се предоставя за ползване от страна на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА само на принципа на абонаментно обслужване в предварително посочено от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ лечебно заведение. **Профилактиката** по този **пакет** се извършва веднъж годишно и се организира от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

6.1.2. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ подава заявка за провеждане на профилактичните прегледи, като посочва желания от него период за извършването им, който обхваща не повече от 60 дни и започва не по-рано от 90 дни след датата на получаване на заявката при ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Заявката се подава до ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ не по-късно от 90 дни преди края на покритието по **застрахователния договор**.

6.1.3. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ организира провеждането на прегледи и изследвания в **здравно заведение от мрежата** на Групама в обем, съответстващ на договореното застрахователно покритие, след предварителна заявка от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

6.1.4. В срок до 15 дни преди настъпване на заявения по горепосочената точка период за провеждане на **профилактиката**, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ предоставя на ЗАСТРАХОВАЩИЯ информация за адреса на изпълнителя/лите на **профилактиката** и минималния брой лица, които трябва да бъдат прегледани в един и същи ден.

6.1.5.В срок до 10 дни преди първата дата за **профилактика**, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ представя окончателен график за провеждане на **профилактиката**, съдържащ информация за конкретните дати, броя и териториално разположение на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА.

6.1.6.В срок не по-късно от 7 дни преди провеждане на **профилактиката**, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ изпраща на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ поименни списъци на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, подлежащи на профилактични прегледи.

6.1.7.ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е длъжен да уведоми и организира ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА за провеждане на профилактични прегледи, съобразно графика, представен на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

6.1.8.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да организира допълнителни (резервни) дати за профилактични прегледи за лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Резервните дати се определят от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в зависимост от броя на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА.

6.1.9.Ако ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА не се явят на профилактични прегледи на определените основни и резервни дати, както и в случай, че ЗАСТРАХОВАЩИЯТ не подаде заявка за провеждане на профилактични прегледи, задължението на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

6.1.10.По време на провеждане на профилактичните прегледи, ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА нямат право да ползват прегледи и изследвания от **пакет „Извънболнично лечение“** за медицинските специалности, по които се извършват профилактичните прегледи.

6.2.Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение”

Осъществява се на принципа на абонаментното обслужване или възстановяване на разходи.

6.2.1. Ползването на здравните услуги за **извънболнично лечение** от ЗАСТРАХОВАНИТЕ:

се организира в лечебни заведения от **мрежата** на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, като същият заплаща пълно или частично разходите директно на изпълнителя;

ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ може да избере **лечебно заведение и медицински специалисти от мрежата** на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ или извън този списък, на територията на цялата страна, като разходите се възстановяват директно на ЗАСТРАХОВАНИЯ, след предоставяне на всички изискуеми документи;

6.2.2. ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА имат право на един първичен и до три вторични прегледа по медицински показания за период от един месец за едно и също **заболяване** и/или неговите усложнения при специалист със същата специалност.

6.2.3. Прегледи и манипулации в дома на болен се заплащат само тогава, когато състоянието на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ не му позволява да посети лечебното заведение. Тези здравни услуги се ползват само след съгласуване със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на принципа на „Възстановяване на разходи".

6.2.4.Ако лечението се извърши от съпруг, съпруга, родители или деца на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, се възстановяват само доказаните материални разходи, но не и възнаграждението за извършеното лечение.

6.3. Здравен пакет „Болнично лечение”

Осъществява се на принципа на абонаментното обслужване или възстановяване на разходи.

6.3.1.Болничното лечение включва разходите за медицинско лечение или терапия, проведени в здравно заведение или неговите отделения, което е регистрирано като **болница**, съгласно българското законодателство, в което ЗАСТРАХОВАНИЯТ заема легло с цел медицинско лечение в продължение на повече от 24-часов непрекъснат престой, освен в случаите, когато се касае за еднодневни хоспитализации под 24 часа. В последния случай същите попадат в обхвата на описаното застрахователно покритие за **Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение”**.

6.3.2.ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен при приемането му в **болница** да представи Направление за хоспитализация на здравно осигурено лице. Ако такова направление не бъде представено, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща 60% от дължимото **обезщетение**.

6.3.3. Ако при постъпване в **болница**, ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е с прекъснати здравноосигурителни права, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща само **обезщетение** за избор на екип, консуматив и стая, при условие, че са включени в покритието.
6.3.4. Ако при постъпване в **болница**, ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е с непрекъснати здравноосигурителни права, но постъпи за лечение в **болница**, която не изисква направление за хоспитализация, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща 80% от дължимото **обезщетение**.
6.3.5.Болничното лечение не включва настаняването на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ в/за:
6.3.5.1.Здравни заведения за извънболнична помощ, дори и когато изследването, наблюдението или лечението, което трябва да се извърши, изисква краткосрочно настаняване до 24 часа;
6.3.5.2.**Еднодневна хоспитализация** в здравни заведения за **болнично лечение**;
6.3.5.3.Заведения за лечение на зависимости;
6.3.5.4.Психиатрични лечебни заведения;
6.3.5.5.Почивни станции, домове със специален хранителен режим, санаториуми и СПА центрове, освен в случаите, когато същите са регистрирани като лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения;
6.3.5.6.Домове за медико-социални грижи и хосписи.
6.3.6. Болничният престой не се счита за необходим по медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на ЗАСТРАХОВАНИЯ.
6.3.7.Стационарно лечение поради **дентално лечение** и зъбно протезиране, както и интервенции чрез зъбна и челюстна хирургия се приемат като необходими от медицинска гледна точка само тогава, когато поради медицински причини амбулаторно лечение не е възможно.
6.3.8.Битовите условия, при които се настаняват ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА в лечебни заведения, са в зависимост от обхвата на договореното застрахователно покритие и възможностите на избраната от ЗАСТРАХОВАНИЯ **болница**.
6.3.9. При болничен престой на застрахованите деца под 18 години се възстановят в пълен размер разходите за настаняване на придружител, съгласно **лимитите** на избрания **здравен пакет**, при условие, че хоспитализирането на детето отговаря на условията, описани в настоящите Общи условия.
6.3.10.Не се възстановяват разходи за закупени от аптека **лекарства** и медицински консумативи, с изключение на скъпоструващи медицински консумативи, с единична цена над 25.56 евро, които не се покриват по линия на задължителното здравно осигуряване, предписани във връзка и по време на болничното лечение и след предварително съгласуване със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

6.4. Здравен пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия”

Осъществява се на принципа на абонаментното обслужване или възстановяване на разходи.
6.4.1.Застрахователното покритие включва предоставяне на допълнителни услуги и условия, като например: сестринско наблюдение и рутинни сестрински грижи, подпомагане на болен с тежък физически недостатък, храна по избор.
6.4.2.Медицинска необходимост от индивидуален сестрински пост по време на **болнично лечение** се определя от завеждащия отделението.
6.4.3.Покриват се разходи за необходим от медицинска гледна точка транспорт с линейка на хоспитализирано ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, при преместване в друго лечебно заведение за провеждане на специализирани медицински процедури, както и за транспорт до дома, когато състоянието на лицето изисква транспортиране със специализиран медицински транспорт.

6.5.Здравен пакет „Дневни пари при болничен престой“

6.5.1.Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква при **болнично лечение**, при което ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е хоспитализирано в лечебно заведение вследствие **заболяване**, **злополука** или раждане, включително и медицинско лечение по време на бременност, когато е закупен **пакет** „Здравни услуги, оказвани на бременни“.
6.5.2.При стационарен болничен престой ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща фиксирано **обезщетение** на ден на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ за всеки ден, в който ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие. Размерът на дневното **обезщетение** се посочва в полицата.
6.5.3.Фиксираното **застрахователно обезщетение** се изплаща за не повече от 5 дни **болнично лечение** по повод на **заболяване** или раждане и 10 дни болничен престой по повод на **злополука**, независимо от броя пролежавания.
6.5.4.Размерът на дължимото **застрахователно обезщетение** се определя на база реално пролежани пълни дни в болнично заведение. При определянето на продължителността на болничния престой не се включва деня на изписването.
6.5.5. В случай на смърт по време на болничен престой, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща дължимото **обезщетение** на законните наследници на ЗАСТРАХОВАНИЯ.

6.6.Здравен пакет „Дентално лечение”

Осъществява се САМО на принципа на възстановяване на разходи.
6.6.1.Покритието включва разходи за **дентално лечение** по медицински показания, предоставено на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ под формата на амбулаторно или **болнично лечение** в рамките на самостоятелен **лимит**, посочен в полицата.
6.6.2.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ **не носи** отговорност за следните стоматологични услуги:
6.6.2.1.Избелване на зъби;
6.6.2.2.Лечение на пародонтит, с изключение на почистване на зъбен камък;
6.6.2.3.Средства за дентална хигиена и козметика.
6.6.3.**Лекарствени средства** и медицински изследвания, предписани от **лекар** по дентална медицина, освен в случаите, когато е договорено покритие по **пакет „Дентално лечение”**.

6.7.Здравен пакет „Медицински средства”

Осъществява се само на принципа на възстановяване на разходи.
Застрахователното покритие включва поемане на разходи за предписани от правоспособен **лекар лекарства**, медицински консумативи, офталмологични средства и помощни средства, предназначени за **извънболнично лечение**, като резултат от **заболяване**, **злополука** или бременност.

6.7.1. Лекарствени средства

Възстановяват се разходи за **лекарствени средства**, предписани от правоспособен медицински специалист и

закупени не по-късно от 10 дни след датата на изписването им, с изключение на **лекарствени средства** при **хронични заболявания**. **Лекарствени средства** за многократна употреба следва да бъдат закупени не по-късно от 6 месеца от тяхното назначение**.** При болни с **хронични заболявания**, както и при лечения по схема за срок, по-дълъг от един месец, с рецепта за многократно изписване не се изисква спазване на десетдневния срок при повторното закупуване на **лекарствата**. Допуска се да бъде изписано такова максимално количество **лекарства** наведнъж, което да осигурява дозировката, необходима за пълния курс на лечение, който може да е по-дълъг от един месец.
Не се възстановяват разходи за лекарствени средства, изписани и заплащани изцяло от НЗОК.

6.7.2. Медицински консумативи

Покриват се разходи за медицински консумативи, контрастни вещества и медицински материали, изписани във връзка с лечение на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ.

6.7.3. Диоптрични стъкла, рамки за очила и контактни лещи

Покриват се един път за срока на договора разходи за диоптрични стъкла/рамки за тях/ или контактни лещи със срок на ползване 1 година (два пъти за контактни лещи със срок за ползване по-кратък от 1 година), предписани от **лекар - специалист** до размера на **лимита**, посочен в **застрахователния договор** и при условие че диоптърът на изписаните стъкла или лещи е минимум 0,5. Офталмологичните средства трябва да са закупени не по-късно от 60 дни от датата на предписанието. При повторно закупуване на контактни лещи, срокът от 60 дни не се прилага.
ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не покрива разходи за слънчеви очила, очила за работа с компютър, освен ако същите нямат и коригираща компонента, съгласно предходната точка, както и очила, предназначени за защита на очите от факторите на работната среда.

6.7.4. Помощни средства

Възстановяват се разходи за предписани от **лекар** медицински помощни средства (терапевтични средства) като: патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични корсети, бандажи и ортези.
Не се покриват разходите за медицински съоръжения и помощни средства (средства за обслужване и обгрижване) като: иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, орални душове, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, както и апарати и помощни средства, служещи за грижа за тялото и обгрижване на болния, ортопедични стелки и еластични / компресивни изделия вкл. чорапи, ръкави и др.
6.7.5.Ако ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е възстановил разходи за медицински помощни средства, предявяването на нова претенция за **обезщетение** може да се направи едва след изтичане на обичайния срок на износване, освен ако по-ранното закупуване се налага по медицински причини.
6.7.6.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява разходите след представяне на платени оригинални фактури (приемат се и сканирани копия, като оригинала се пази за срок от 5 години и се предоставя при поискване), рецепти и епикризи.
6.7.7.Не се възстановяват разходи за **лекарствени средства**, консумативи и медицински изделия, които се възстановяват по линия на задължителното здравно осигуряване или на друго нормативно основание, както и такива, които не са включени в Списъка на Изпълнителна агенция по **лекарствата**.
6.7.8.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява разликата от сумата, която се реимбурсира по линия на задължителното здравно осигуряване или друго нормативно основание, и заплатената от ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ сума до размера на **лимита**.
6.7.9.Максималният размер на обезщетението, т.е. лимитът на разходите за предписани медицински средства, е посочен в избрания застрахователен пакет за един ЗАСТРАХОВАН**.**

6.8. Обезщетение за риска „Операции“

6.8.1. Застрахователно събитие по смисъла на това покритие е необходимото от медицинска гледна точка **хирургическо лечение** на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ поради болест или **злополука**. Прекъсване на бременност по медицински причини след петия лунарен месец и спешно родоразрешение по медицински показания (Цезарово сечение) също се считат за застрахователно събитие, наложено от **заболяване**.
6.8.2. При **болнично лечение**, при което ЗАСТРАХОВАНИЯТ претърпи **хирургическа интервенция**, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща **обезщетение** под формата на фиксирана еднократна сума на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, която се определя като процент от предварително договорена застрахователна сума, посочена в полицата.
6.8.3. Процентът на **обезщетението** се определя от Застрахователно-медицинската комисия на Групама съгласно Хирургическата таблица на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за определяне размера на **обезщетението**, който размер зависи от сложността на проведеното оперативно лечение, но не е по-голям от посочения в Таблицата максимален процент.
6.8.4.Ако извършената **операция** не фигурира в Хирургическата таблица за оперативно лечение, приложена към договора, Застрахователно-медицинската комисия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ определя процента на **обезщетение** на база включена в Таблицата **операция** с подобен характер и сложност.
6.8.5.В случай на смърт по време на **хирургическото лечение**, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща дължимото **обезщетение** по това покритие на законните наследници на ЗАСТРАХОВАНИЯ.

6.9.Здравен пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни”

Осъществява се САМО на принципа на възстановяване на разходи.
6.9.1.**Пакетът** включва здравни услуги,предоставени на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ за наблюдение и медицински обосновано лечение при бременност и раждане над или равен на обема по програма “Майчино здравеопазване” на НЗОК. Покриват се разходи в рамките на **лимита,** посочен за този **здравен пакет**.
6.9.2. Отговорността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, свързана със здравните услуги за бременни, започва след края на отлагателния период от 270 дни. Това условие няма да бъде в сила, ако ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е било застраховано за покритието бременност и раждане в предходна застрахователна полица при Групама и ако не е имало прекъсване повече от 30 (тридесет) дни при подновяване на изтекла застраховка.
6.9.3.При всички случаи, ако по време на **застрахователния период**, ново лице бъде включено в

застраховката като съпруга или законен брачен партньор на ЗАСТРАХОВАНИЯ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не носи отговорност за здравни услуги, използвани от това ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ за раждането или по време на бременността, ако бременността е започнала преди влизане в сила на застраховката.
6.9.4.Разходите за предплатени пакети се възстановяват след предоставяне на всички медицински документи за извършените прегледи и изследвания включени в предплатения пакет, направени при един наблюдаващ бременността **лекар**.

6.10. Здравен пакет „Физиотерапия и рехабилитация” с покритие за психотерапевтична грижа

Осъществява се само на принципа на възстановяване на разходи.
6.10.1.**Пакетът** включва разходи за физиотерапия по медицински показания, предоставена на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ под формата на амбулаторно или **болнично лечение**, проведено в рамките на шест седмици от назначаването му.
6.10.2.Физиотерапевтичният курс на лечение на определено **заболяване** включва първоначален преглед от **лекар** специалист по Физикална и рехабилитационна медицина или специалист с правоспособност да назначи физиотерапия (рехабилитация) с назначен общ брой процедури от всички групи, както и заключителен вторичен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение. Покриват се разходи в рамките на **лимита**, посочен за този **здравен пакет** в полицата.
6.10.3.Физиотерапевтичния курс следва да се провежда в регистрирано лечебно заведение, съгласно изискванията за физиотерапия.
6.10.4.Необходимостта от физиотерапия и рехабилитация се установява от **лекар-специалист**, провеждащ лечението на основното **заболяване**, като лечението се извършва по предписан от **лекар-специалист** по „Физикална и рехабилитационна медицина” физиотерапевтичен курс на лечение.
6.10.5.Болничното покритие включва разходи за рехабилитация по лекарско предписание, което е продължение на възстановителния процес след проведено интензивно **болнично лечение**. Рехабилитационното лечение трябва да е назначено в епикризата за проведеното **болнично лечение** при изписването на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ и трябва да е започнало не по-късно от три месеца след приключване на интензивното лечение.
6.10.6.**Психотерапевтичната грижа** включва разходи за извършени консултации (прегледи и/или терапевтични сесии), в случай на здравен проблем от психологичен и/или психиатричен характер. **Осигурява се покритие за консултации,** които следва да са извършени от квалифициран специалист по психично здраве (**лекар-психиатър** или психолог-психотерапевт), притежаващи съответната регистрация (за **лекарите** - по ЗЛЗ, за психолозите-психотерапевти - в съответния националния Регистър на психотерапевтите, поддържан от асоциацията БАП).

6.11. Второ медицинско мнение

Второ медицинско мнение е консултация по документи с лечебно заведение, посочено от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ до **лимита** посочен в **здравния пакет**, неразделна част от полицата.

VII.Кои рискове са изключени от застрахователното покритие и какви ограничения има то?

7.1.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не носи отговорност и не дължи **застрахователно обезщетение** за изключени рискове, които са пряко или косвено в резултат на:
7.1.1.Всички видове ваксинации и имунизации, както и възникнали реакции във връзка с тях, освен ако не е уговорено друго;
7.1.2.Психични и психиатрични **заболявания**, депресии, стрес, анорексия, булимия или всяко състояние на психо-невротична основа и техните последствия, както и разходите за психотерапевт, психолог, семеен терапевт или консултант, с изключение на прегледите, когато изрично са поети от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ (психотерапевтична грижа). Не се покриват разходите за медикаментозно лечение (включително предписани и закупени **лекарства**) във връзка с горепосочените състояния;
7.1.3.Спешна медицинска помощ;
7.1.4.Трансплантация на органи и тъкани, хронична бъбречна недостатъчност, провеждането на хемодиализа и хемотрансфузия, с изключение на остри бъбречни кризи изискващи неотложна помощ;
7.1.5.Всяко състояние на ЗАСТРАХОВАНИЯ, пряко или непряко свързано със СПИН /Синдром на придобитата имунна недостатъчност/, ХИВ /Човешки имунодефицитен вирус/, свързания със СПИН комплекс (ARC) и всякакви подобни инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тях независимо как са били причинени;
7.1.6. Вродени или придобити в детската възраст **заболявания**, аномалии и/или дефицити;
7.1.7. Епилепсия, множествена склероза;
7.1.8. Прегледи и изследвания, свързани със затлъстяване, медикаменти, свързани с проблеми с теглото, продукти за отслабване или продукти за контрол върху теглото. Не се покриват разходи за **лекарствени продукти**, принадлежащи към групата на GLP-1 рецепторните агонисти и сродните на тях медикаменти, включително, но не само: семаглутид (Ozempic, Wegovy, Rybelsus), тирзепатид (Mounjaro), ликсисенатид, лираглутид (Victoza, Saxenda) и други медикаменти със сходен механизъм на действие;
7.1.9. **Медицински разходи** за лечение, които са покрити от Министерство на здравеопазването и/или НЗОК;
7.1.10. Сънна апнея, както и всички други разстройства на съня;
7.1.11. Косопад, акне, изследване на космен фоликул;
7.1.12. Склеротерапия и лазерна аблация на повърхностни вени, плазмафереза, хипербарна оксигенация;
7.1.13. Репродуктивни проблеми, контрацепция, фертилизация,сексуални дисфункции, вазектомия, полово предавани инфекции, промяна на пола или каквато и да е друга форма на свързано с пола състояние, или форма на асистирана репродукция;
7.1.14. Прекратяване на бременност (аборт) и последствия от него с изключение на спонтанен аборт,

извънматочна бременност, аборти по медицински причини или раждане на мъртво дете;
7.1.15. Намирането на донорски органи, както и всякакви разходи, направени за отстраняване на донорски орган и/или за самия донорски орган, и/или транспортни разходи за доставянето на такъв, както и всички свързани с това административни разходи;
7.1.16. Имплантация на изкуствено сърце;
7.1.17. **Операции** и/или лечение по лично желание, поставяне на импланти и извършване на корективни медицински услуги и технически процедури като:
7.1.17.1. **Операции** и процедури по лично желание, терапии и/или **операции**, които не са наложителни по медицински причини;
7.1.17.2. Козметични и пластични **операции** и техните последствия, правени с естетическа цел, с изключение на **операции** за отстраняване на груби увреждания вследствие **злополука**;
7.1.17.3. Стоматологични естетични терапии и/или лечения, както и последствията от тях, с изключение на **операции** за отстраняване на груби увреждания вследствие **злополука**;
7.1.17.4. Отстраняване на доброкачествени кожни лезии, като: липоми, атероми, невуси, бенки, кокоши трън, брадавици, картографиране на бенки, дигитално изследване вкл. с fotofinder и други, освен ако не е уговорено друго както и всички здравни услуги, ползвани с козметична цел;
7.1.17.5. Обрязване / фимоза – освен в случаите по медицински причини;
7.1.18. Настаняване в психиатрични лечебни заведения – клиники, **болници** и дневни стационари, старчески домове и хосписи;
7.1.19. Услуги или терапии в хидро и СПА заведения, клиники за отслабване и/или природосъобразен живот, здравна ферма или други подобни институции, както и стационарни заведения, специализиращи рехабилитация (spa центрове), санаториуми и други, които не са регистрирани като лечебни заведения;
7.1.20. Домашни грижи, които не са под надзор на лице с медицинско образование (**лекар**, фелдшер или медицинска сестра), както и мерки за гериатрично и рехабилитационно лечение и лечебна педагогика, освен в случаите когато се касае за продължаващо лечение;
7.1.21. Естетично зъбопротезиране, поставяне на импланти, реимпланти и подготовка за тях, както и терапии, които са в причинна връзка с тях, доколкото те не служат за отстраняване на последици от **злополука**;
7.1.22. Терапевтични процедури за лечение на зависимости, от какъвто и да е вид, както и болести и злополуки (последици от злополуки), настъпили или влошили се поради злоупотреба с алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони или други вещества с характер на допинг или чието лечение се влоши вследствие на злоупотреба с тях, както и за мерки и лечение за отказ от тях;
7.1.23. Медицинско лечение, свързано с вземането, съхранението и имплантирането на стволови клетки;
7.1.24. Осигуряване на ортопедични обувки, ортопедични стелки или други помощни средства за долните крайници, както и всички помощни средства и материали, във връзка с диагноза за слаби, преуморени, нестабилни или плоски ходила или паднал свод, таралгия или метатарзалгия;
7.1.25. Отслабване, **операции** за имплантиране на вътрестомашен балон, прегледи и/ или съвети от диетолози, диетични обучения;
7.1.26. Подмладяващи терапии;
7.1.27. Всички видове масажи, освен когато същите са част от рехабилитация и физиотерапия при болнични и извънболнични условия и са назначени от **лекар-специалист**;
7.1.28. Терапии чрез тренировки, с изключение на кинезитерапия или лечебна физкултура, независимо дали са назначени от правоспособен **лекар**;
7.1.29. **Обезщетение** за разходите за лечение, проведено от лица, които нямат разрешение за практикуване на съответна медицинска специалност;
7.1.30. Здравни услуги, изследвания и **лекарствени средства**, неотговарящи на поставената диагноза и описаните анамнестични данни, които не са предписани от правоспособен **лекар-специалист** по профила на конкретното **заболяване** по надлежния ред и след проведен преглед или които не са назначени с цел оказване на медицинско лечение на ЗАСТРАХОВАНИЯ;
7.1.31. Разходи за плазмотерапия;
7.1.32. Разходи за изследвания, ако същите са извършени след изтичане на срок от три месеца от датата на тяхното назначаване, освен ако не е описано друго;
7.1.33. Експериментално медицинско лечение или всякакъв вид лечения, които не съответстват на медицинските стандарти;
7.1.34. Лечение с методите на нетрадиционната медицина, акупунктура, ирисова диагностика, нутриционизъм;
7.1.35. Други разходи, включващи:
7.1.35.1. Разходи, надвишаващи **разумните или обичайните разходи** за съответното лечение в България. В този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да намали размера на **застрахователното обезщетение**;
7.1.35.2.Всички разходи за допълнителни застрахователни покрития, които не са договорени и за които не е заплатена **застрахователна премия**;
7.1.35.3.Разходи за закупуване на продукти за лична хигиена;
7.1.35.4.Освен ако не е уговорено друго, разходи за предписани **лекарствени средства** и консумативи като: витамини, хранителни добавки и медицински изделия. Покриват се разходи за пробиотици в комбинация с антибиотично лечение. Не се покриват билки, слабителни средства и **лекарства** за отслабване, противозачатъчни средства /с изключение на случаите, когато противозачатъчните средства се използват за лечение на **заболяване**/, нерегистрирани в Р. България и/или страна членка на Европейския съюз **лекарства**, медицинска козметика, както и лечебна и минерална вода, лечебно вино и тонизиращи средства.
7.1.35.5.Всички немедицински разходи;
7.1.35.6.Медицинско-технически средства от типа на помощни средства и санитарни уреди за постоянна употреба по време на амбулаторно лечение като: инсулинови помпи, електрически инвалидни колички или легла за инвалиди, болнични легла с трапецовидни рамки, допълнителни колела, подемници в болнични стаи, антидекубитални дюшеци, колани, предмети с цел осигуряване на по-добър комфорт (като поставки за телефони и таблички за хранене над леглото), предмети, използвани за промяна на качеството на въздуха или температурата (като климатици, овлажнители, изсушители

на въздуха и уреди за прочистване на въздуха), материали за еднократна употреба, велоергометри, кварцови лампи или нагревателни лампи, нагревателни торбички, бидета, тоалетни чинии, приспособления за сядане по време на къпане, сауни, асансьори, джакузита, оборудване за тренировки и сходни продукти;
7.1.35.7.Ортодонтско лечение вкл. неправилна захапка;
7.1.35.8.Прегледи и изследвания за застраховане, такси за представяне на ТЕЛК комисии, съдебно-медицинска експертиза, тест за СПИН/HIV (освен в случай на предоперативна подготовка), административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи за извършени изследвания (CD, DVD), издавани от лечебните заведения, разходи за прегледи и изследвания за издаване на медицински удостоверения, в т. ч. и болнични листове;
7.1.35.9.Разходи, възникнали във връзка с медицинско лечение след изтичане срока на полицата, възникнали вследствие на **злополука**, **заболяване** или бременност по време на застрахователната година, освен ако полицата не е продължена или застрахователното покритие не е продължено за следващ **застрахователен период**;
7.2.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не носи отговорност и не дължи **застрахователно обезщетение** и в следните случаи**:**
7.2.1.Ако лечението е започнало преди първото влизане в сила на **застрахователния договор** и продължава към момента на сключване на **застрахователния договор**, по силата на който ЗАСТРАХОВАНИЯТ е придобил статута си на ЗАСТРАХОВАН, или лечението продължава след прекратяване на **застрахователния договор**;
7.2.2.За разходи за лечение (прегледи, изследвания и последваща терапия), възникнало в резултат на **предварително съществуващо заболяване** или болестно състояние, както и неговите усложнения и/или рецидиви, за което ЗАСТРАХОВАНИЯТ е получил медицинско консултиране, диагностициране и/или лечение преди датата на влизане в сила на застрахователното покритие, и което не е декларирано в предложението и/или здравната декларация при сключване на застраховката или не е уговорено изрично в застрахователната полица, освен в случаите на остро проявление на същото;
7.2.3.За извършени рутинни/профилактични прегледи, изследвания и медикаменти без медицинска необходимост и без анамнестични данни за обективни оплаквания;
7.2.4.За разходите за високоспециализираните изследвания като, но не само: компютърна томография /скенер/, магнито-резонансна образна диагностика, позитронемисионна томография, радиоизотопни, ендоскопски /като гастроскопия, колоноскопия, аноскопия и други/, ангиографски изследвания и други, когато са извършени без получено предварително потвърждение от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Съгласуването се извършва след изпращане на назначаването към ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и получаване на писмено потвърждение;
7.2.5.За настаняване, медикаментозно, хирургично, санаториално и физиотерапевтично лечение, както и манипулации и изследвания, извършени извън заведенията, регистрирани по Закона за лечебните заведения;
7.2.6.За разходи във връзка с бременност – нейното първоначално установяване, последващо проследяване и раждане, както и свързаните с тях усложнения, освен в случаите когато е закупен **пакет** Здравни услуги, оказвани на бременни;
7.3.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не носи отговорност и не дължи **застрахователно обезщетение**, ако застрахователното събитие настъпи в резултат на:
7.3.1.Военни действия и/или учения, неприятелско нахлуване, революция, въстание, метеж, вътрешни смутове и размирици, граждански вълнения, вкл. стачки, работнически протести, бунтове, гражданско неподчинение, както и терористичен акт или антитерористична операция, независимо от това дали ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е бил пасивен или активен участник в такива действия.
7.3.2.Природни бедствия и всички други подобни събития с масови последици (например изригване на вулкани, земетресения и др.);
7.3.3. Замърсяване на околната среда;
7.3.4. Йонизиращо лъчение (радиация) или радиоактивно замърсяване, причинено от каквото и да е ядрено гориво, ядрен отпадък или ядрено съоръжение (реактор, инсталация и др.), негов компонент, както и замърсяване, причинено от оръжие или устройство, използващо делене/синтез на атоми или атомни ядра или друга подобна реакция;
7.3.5.Опит за умишлено извършване или умишлено извършване на престъпление от общ характер по смисъла на НК (пр: кражба, грабеж и др.), умишлено извършване или опит за умишлено извършване на физическо насилие, участие в сбиване или на друг незаконосъобразен акт,
участие в незаконосъобразна дейност, престъпление, потвърдено от съответните органи, включително **злополука** при задържане на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ от органите на реда и правосъдието, или докато ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е задържан или е в затвора.
7.3.6. Други събития, настъпили вследствие на излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), самонадеяност или груба небрежност от/на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, както и при физическа саморазправа (освен в случай на доказана самозащита);
7.3.7.Лечение или медицински грижи, причинени на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ при участието му в облози и залагания и/или сбивания /освен при самозащита/;
7.3.8.Управление на превозни средства от лице, което към момента на застрахователното събитие:
не притежава валидно свидетелство за управление или разрешение за управление на МПС от съответната категория и вид;
е лишено от правото да управлява МПС;
- притежава свидетелството за управление с изтекъл срок на валидност над 30 дни;
е с изчерпан лимит от наказателни точки;
е с влязло в сила наказателно постановление /акт на съд е лишен от право да управлява МПС, независимо дали свидетелството е иззето от компетентните органи. Управление на МПС с концентрация на алкохол в кръвта над законоустановената норма, респ. управление на МПС под въздействието на наркотични вещества и техни аналози.
7.3.9.Събития, причинени от епидемии/пандемии, освен ако не е уговорено друго;
7.3.10.Самолечение или неспазване на лекарски предписания/препоръки;
7.3.11.Самоубийство или опит за самоубийство;
7.3.12.Злоупотреба с алкохол, опиати и други упойващи вещества или алкохолна зависимост, зависимост към наркотични вещества или техни аналози и породените от тях увреждания на здравето или **злополука**, възникнала,

докато ЗАСТРАХОВАНИЯТ е бил под въздействието на наркотици, алкохол (над допустимата концентрация по Закона за движение по пътищата), опиати или други упойващи вещества, освен ако те не са били официално предписани от регистриран **лекар**, както и от процедури по дезинтоксикация и лечения на алкохолизъм или наркотични зависимости;
7.3.13.Практикуване на опасен спорт или високорискови дейности, които са свързани с употребата на моторни, летателни, въздухоплавателни и подводни средства, скокове от високо, катерения, спелеология или такива, които включват участие на животни, вкл. ловни мероприятия от всякакъв вид. За "опасен спорт" се считат следните спортове: спортове, включващи употреба на двигател (включително ралита), бокс, подводно гмуркане с кислороден апарат, гмуркане повече от 20 пъти годишно или на дълбочина повече от 40 метра, изследване на подземни пещери, бобслей, спускане със шейни, спускане с тобоган, ски или скокове от трамплин, въздушни състезания, спортни въздушни боеве, фигурно летене, скално катерене, скокове с парашут и скайдайвинг, небесна акробатика, безмоторно летене, ултралайт или микролайт летене, парапланеризъм, скокове с бънджи, управление на балони, парасейлинг, спортове, изискващи пълен контакт; каньонинг, рафтинг, каране на водни ски, скелетон, спортове, включващи моторни шейни, скокове, изложения на коне, лов и др.
7.4.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не дължи **обезщетение** на лица, които не са служители на ЗАСТРАХОВАЩИЯТ или **членове на семейство** на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА.
7.5.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не осигурява покритие за събития, настъпили извън срока на индивидуалното застрахователно покритие.
7.6.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не осигурява покритие за изключените рискове.
7.7.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не осигурява покритие, ако рискът настъпи вследствие на умишлени действия от страна на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ.
7.8.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не дължи застрахователно плащане, когато установи, че са му представени подправени или неверни документи и/или информация.
7.9.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не дължи застрахователно плащане, когато ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ не отговаря на всички изискванията, посочени в тези Общи Условия, независимо дали застрахователната полица е била издадена и връчена на ЗАСТРАХОВАЩИЯ или не.

VIII. Кой има право на застрахователно обезщетение?

8.1.Лицата, имащи право на **застрахователно обезщетение** могат да бъдат доставчика на медицински стоки и/или услуги, ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ/неговите законни представители/настойници и/или неговите наследници.

IX. Какви са задълженията на ЗАСТРАХОВАЩИЯ и ЗАСТРАХОВАНИЯ?

9.1.Преди сключване на **застрахователния договор** ЗАСТРАХОВАЩИЯТ/ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да отговори на всички писмено поставени му от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ въпроси и да разкрие пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ всички съществени обстоятелства, които са му известни и имат значение за оценката на риска и условията, при които може да се сключи **застрахователният договор**. За съществени за риска обстоятелства се смятат всички, за които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е задал изричен писмен въпрос. При съзнателно/несъзнателно неточно обявени и/или премълчани пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ съществени за риска обстоятелства се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховане.
9.2.По време на действието на **договора,** ЗАСТРАХОВАЩИЯТ/ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен незабавно след узнаването им да обяви пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ всички новонастъпили обстоятелства, за които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ писмено е поставил въпрос преди сключване на застрахователния договор.
9.3.Задължения при настъпване на застрахователно събитие и за неговото доказване:
9.3.1. При настъпване на покрит риск, ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, Лицата, имащи право на **застрахователно обезщетение** или всяко друго лице, което има застрахователен интерес (доверени лечебни заведения, част от **мрежата** на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ) за изплащане на **застрахователното обезщетение**, трябва да докаже по безспорен начин претенцията си към ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по основание и размер, като представи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ всички документи, пряко свързани с установяването на причините и обстоятелствата за събитието и размера на претенцията, които документи са изискуеми, съгласно **застрахователния договор** и настоящите Общи условия или са писмено поискани от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ във връзка с дадени от него предписания или във връзка с предявената към него претенция.
9.3.2. Всяко задържане на информация или умишлено невярно деклариране от страна на претендиращия **застрахователното обезщетение** или представянето на неверни или фалшиви документи, с цел да удостоверят дата, обстоятелство или последствия от застрахователно събитие, ще доведе до отказ за покриване на какъвто и да е риск по застраховката, както и незабавно уведомяване на Прокуратурата на Р. България.
9.3.3. Датата на предявяване на претенцията е датата, на която ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е бил писмено уведомен за нея.
9.3.4. Когато не са представени всички доказателства съгласно Кодекса за застраховането, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ ще се произнесе не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията.

X. Какъв е срокът на застрахователния договор, застрахователния период, периода на застрахователно покритие и отлагателен период по полицата?

10.1.Срок на **застрахователния договор**. **Период на застрахователното покритие**. **Период на индивидуалното застрахователно покритие**.
10.1.1.Срокът на договора, началото и края на **застрахователния период** и на **периода на застрахователно покритие** се посочват изрично в застрахователната полица.
10.1.2.**Застрахователният договор** влиза в сила след подписването му от всички страни, ако е платена дължимата годишна **застрахователна премия** или

първата вноска от нея, когато е договорено разсрочено плащане
10.1.3. Ако страните по **застрахователния договор** не са уговорили друго, **периодът на застрахователното покритие** започва да тече от 00,00 часа на деня, следващ деня на плащане на дължимата за съответния **застрахователен период застрахователна премия** или първата вноска от нея /при разсрочено плащане/.
10.1.4.**Периодът на застрахователното покритие** завършва на часа и датата, посочени в полицата за негов край или в момента на предсрочното му прекратяване.
10.1.5. В срока на **застрахователния договор** се включва един **застрахователен период** от една година, освен ако не е уговорен по-кратък срок. В случаите, когато ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ се включи в групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА след началото на **Периода на застрахователното покритие**, застрахователното покритие за него е до изтичане на този период.
10.1.6. За лица, включени в групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА при сключването на **застрахователния договор**, **периодът на индивидуалното застрахователно покритие** е една година, освен ако не е уговорено друго, и започва при условието, определено в горепосочената точка.
10.1.7.**Периодът на индивидуалното застрахователно покритие** може да бъде по-кратък от **Периода на покритие** на първоначално застрахованата група, когато това ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ се включи в Списъка на ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА (Списъка на **членовете на семейството**, когато е относимо) след началото на **Периода на застрахователно покритие** или ако бъде изключено от съответния списък преди края на **Периода на застрахователно покритие**.
10.1.8.Освен ако е уговорено друго, за лицата, постъпващи в групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА след сключването на **застрахователния договор**, началото на **периода на индивидуалното застрахователно покритие** започва от 00:00 часа на датата, дефинирана в съответния добавък при условие, че е платена дължимата **премия** за тези лица.
10.1.9.**Периодът на индивидуалното застрахователно покритие** за всеки от групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА се прекратява с настъпване на края на **периода на застрахователното покритие**, посочен в застрахователната полица.
10.1.10.**Периодът на индивидуалното застрахователно покритие** за конкретния ЗАСТРАХОВАН се прекратява предсрочно в следните случаи:
при напускане на групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА от ЗАСТРАХОВАНИЯ - прекратяване на трудовите правоотношения или **членството на** ЗАСТРАХОВАНИЯ при ЗАСТРАХОВАЩИЯ - от 00:00 часа на датата, следваща датата на напускането;
при получаване от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на писмено възражение от ЗАСТРАХОВАНИЯ срещу застраховането му – от 00:00 часа на датата на получаване на възражението;
при прекратяване на **застрахователния договор** – от 00:00 часа на датата на прекратяване на **застрахователния договор**;
ако ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ фигурира или бъде включено в списък за икономически санкции, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, България, Съединените Американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки – от 00:00 часа на датата на узнаване за това обстоятелство от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;
за лицата, включени в Списъка на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, навършили 75 години, към датата на сключване на полицата или добавъка, индивидуалното застрахователно покритие не влиза в сила и платената за тях **премия** подлежи на възстановяване, освен ако писмено е уговорено друго.
с настъпване на смъртта на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ;
в други случаи, предвидени в нормативен акт или в **застрахователния договор**.
при неплащане на **застрахователната премия** в сроковете съгласно **застрахователния договор**;
10.1.11.При прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на дадено ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ – работник/служител на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, от същия момент се прекратява и застраховката за **членовете на семейството му**, ако такава е била сключена, независимо от основанието за прекратяването.
10.2.Началото на **застрахователния период** се посочва в полицата и съвпада с началото на застрахователното покритие на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, включени в групата на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА при сключване на застраховката.

10.3.Отлагателен период

10.3.1.Отлагателният период е период от време, през който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че **застрахователният договор** е влязъл в сила.
10.3.2.Отлагателният период започва от началната дата на **застрахователния договор** или началната дата на индивидуалното застрахователно покритие за ново ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ, при условие че е била платена първата дължима по договора **премия** преди тази дата или първата дължима **премия** за НОВОЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, освен ако не е уговорено друго.
10.3.3.За полици с над 10 ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА не се прилагат каквито и да е отлагателни периоди.
10.3.4.За полици с до 10 ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА включително се прилага 30 дневен отлагателен **период** за **здравни пакети „Извънболнично лечение”**, **“Болнично лечение“** и „Физиотерапия и рехабилитация“ и 270 дневен отлагателен период за **здравен пакет** „Здравни услуги, оказвани на бременни“.
10.3.5. В случай, че по време на действие на отлагателния период ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ бъде лекувано в **медицинско заведение от мрежата на** ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на принципа на „абонаментно обслужване”, разходите, направени за лечението на това лице, са за негова сметка.
10.3.6.Не се прилага отлагателен период при лечение, наложено от **злополука**. Коремни, ингвинални, дискови хернии, причинени или влошили се поради **злополука**, не се считат като последици от **злополуката** и при тях се прилага отлагателен период, както при **заболяване**;
10.3.7.Не се прилага нов отлагателен период при подновяване на **застрахователния договор** след неговото изтичане, когато между датата на изтичане и датата на подновяване на **застрахователния договор** са минали по-малко от 30 (тридесет) дни.

XI. Как и кога се прекратява целият застрахователен договор?

11. **Застрахователният договор** може да бъде прекратен:
11.1. с изтичане на срока, за който е сключен;
11.2. предсрочно в следните случаи:
11.2.1.При неплащане от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на дължимата разсрочена вноска от **застрахователна премия**, **застрахователният договор** се счита за прекратен от датата на изтичане на 15-дневен срок след датата на падежа на разсрочената вноска, като допълнително изрично писмено изявление от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ до ЗАСТРАХОВАЩИЯ не е необходимо.
11.2.2. По взаимно съгласие между Страните по Договора;
11.2.3. Когато ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е субект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Република България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки в списък за санкции на ЕС, България или САЩ, то ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право едностранно и без предизвестие да прекрати незабавно **застрахователния договор**;
11.2.4.При писмено предизвестие от всяка страна изпратено до другата страна поне 1 месец преди датата на прекратяване;
11.2.5.При обявяване на несъстоятелност или ликвидация на **юридическото лице** ЗАСТРАХОВАЩ – от датата на обявяването им.
11.2.6.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да предложи изменение на условията по **застрахователния договор** или да го прекрати с едномесечно предизвестие.
11.2.7. Предсрочното прекратяване на **застрахователния договор** прекратява предсрочно **периода на застрахователното покритие** за всички ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА.

XII. Как се определя и заплаща застрахователната премия?

За осигуряване със застрахователна защита, съгласно настоящите Общи условия, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ дължи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ **застрахователна премия**.
12.1.**Застрахователната премия е годишна**. Годишната **премия** се заплаща еднократно или разсрочено на вноски по банков път по сметката на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. **Заедно с разсрочената вноска се заплаща и данък в размер на 2%, съгласно ЗДЗП.**
12.2.Всички допълнителни данъци и вноски се добавят към размера на **застрахователната премия** и се плащат от ЗАСТРАХОВАЩИЯ.
12.3.**Застрахователната премия** се определя на база броя ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА, избраните от ЗАСТРАХОВАЩИЯ застрахователни **пакети** и нива/**лимити**, съгласно Тарифата на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по тази застраховка. Тарифообразуващи фактори могат да бъдат и здравословното състояние, възрастта на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, както и здравноосигурителния статус на чуждестранните граждани.
12.4.Размерът, периодичността и падежите на годишната **премия**/разсрочените вноски от нея се определят в полицата.
12.5.Падежът на годишната **премия** /първата разсрочена вноска от нея при разсрочено плащане, е датата на сключване на застраховката.

ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕТО НА ПРЕМИЯТА

12.6.При неплащане на **застрахователната премия**/първата вноска от нея при разсрочено плащане в уговорения срок и/или размер, **застрахователния договор** не влиза в сила.
12.7.При неплащане в уговорения срок на дължима разсрочена премийна вноска, **застрахователният договор** се прекратява автоматично в 23.59 часа на 15-я ден от датата на падежа на вноската, като допълнително изрично писмено изявление от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ до ЗАСТРАХОВАЩИЯ не е необходимо. Настоящото да се счита за писмено уведомление по смисъла на Кодекса за застраховането.
12.8.При настъпило застрахователно събитие след 15-дневния срок, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не дължи **застрахователно обезщетение**.

XIII. Как се установяват обстоятелствата, касаещи застрахователното събитие, при предявяване на претенция за обезщетение?

ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ или Лицата, имащи право на **застрахователно обезщетение**, трябва да представят на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ следните документи, в зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие:
13.1. Когато застрахователната претенция се подава от страна на ЗАСТРАХОВАНИЯ или негов упълномощен представител:
13.1.1. искане за възстановяване на направени разходи за ползвани здравни услуги;
13.1.2. фактура, издадена на името на ЗАСТРАХОВАНИЯ, съдържаща всички необходими атрибути, съгласно действащото законодателство, в това число детайлно описание на оказаната услуга/закупените средства.
13.1.3. Фактури с посочена пакетна цена за услуги следва да бъдат придружени от служебна бележка, описваща обхвата на услугите, включени в пакетната цена, както и единичните цени на всяка от тях.
13.1.4. документ, доказващ, че сумата, описана във фактурата е заплатена (касов бон, платежно нареждане, квитанция);
13.1.5. медицински документ – амбулаторен лист, друг релевантен медицински документ, съдържащ трите имена на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, данни за специалиста, извършил услугата, диагноза, обективно състояние, анамнеза, проведени (назначени) изследвания, терапия, а в случаите на офталмологичен преглед – описание на предходен визус, актуални лещи за корекция и ясна препоръка за нова корекция.
13.1.6. При претенция за възстановяване на разходи за изследвания – документ с поставена диагноза и назначение на съответното изследване, резултат от извършеното образно, инструментално и/или лабораторно изследване, както и разчитането на същите.
13.1.7. При претенция за възстановяване на разходи за **лекарствени средства** или други терапевтични средства – копие от рецептата със съответното назначение, отговарящо на описаната в документа терапия. Допуска се замяна на медикаменти, ако те са изписани с търговското си название и при условие, че е закупено сходно **лекарствено средство** с идентична генерична съставка.

13.1.8. При претенция за възстановяване на разходи за оптични средства – диоптрични стъкла, рамки и лещи - амбулаторен лист от медицински преглед, копие от рецептата, с която е изписана корекцията, копие от опаковката на диоптричните стъкла или лещите, а така също и отделно посочена във фактурата цена на рамката. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не покрива разходите направени за изработка на очилата.
13.1.9. При претенция за възстановяване на разходи за **болнично лечение** – направление или друг документ за насочване към хоспитализация и даващ информация за медицинската необходимост от нея, както и епикриза от проведеното **болнично лечение**.
13.1.10. При претенция за възстановяване на разходи за скъпоструващи консумативи при **болнично лечение** – копие от епикриза, от която става видно, че е вложен консумативa, с поставени на нея стикери, фактура за закупуването на консумативa, както и документ за заплащането на същия.
13.2. Когато застрахователната претенция се подава от страна на лечебно заведение, част от **мрежата** на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:
спецификация (отчет) по образец за предоставените през отчетния период услуги от доставчика на здравни услуги, съгласно договореностите със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;
документи, удостоверяващи предоставените услуги – амбулаторни листове, епикризи, направления, резултати от проведени изследвания и др.;
фактура за стойността на предоставените и описани в спецификацията услуги;
13.3.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да изиска от страна на претендиращия **застрахователно обезщетение** допълнителни документи, необходими за доказването на основателността и размера на застрахователната претенция;
13.4.ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е длъжно да пази в оригинал всички документи, предоставени във връзка със застрахователни претенции за срока на давностния период и при поискване от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е длъжен да ги предостави незабавно. При непредоставяне на изискан от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ оригинал на документ, ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ носи имуществена отговорност за всички вреди нанесени на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

XIV. Как се определя и изплаща застрахователното обезщетение?

14.1.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща или отказва изплащането на **застрахователното обезщетение** в срок до 15 (петнадесет) работни дни от представянето на всички необходими и изискани от него документи и данни, необходими за установяване основанието и размера на претенцията.
14.2.При настъпване на застрахователно събитие съгласно настоящите Общи условия, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща **обезщетение** за извършените разходи за медицински стоки и услуги, възникнали във връзка с лечение на ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ, на доставчика на медицински услуги или на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ /неговите наследници/ до **лимита** на отговорност, посочен в **застрахователния договор** за съответното лице и за събития, настъпили през **периода на застрахователното покритие**, за които са направени **разумни и необходими разходи**. Всички разходи за стоки и услуги, свързани с лечението или услугите, които надвишават **лимитите** за съответния **здравен пакет** и ниво, са за сметка на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право на регресен иск при надвишаване на **лимита** или доказване на обстоятелство, което определя разходите като **неразумни и ненужни**.
14.3.При настъпване на застрахователно събитие съгласно настоящите Общи условия, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ /неговите наследници/ фиксирана сума по **здравни пакети „Дневни пари за болничен престой“ и „Операции“**.
Изплащането на обезщетения по тези два **пакета** не зависи от размера на извършените разходи за **болнично лечение**.
Размерът на **обезщетението** за **операции** е определен предварително съгласно Таблицата за **хирургично лечение** (приложение към настоящите ОУ).
14.4. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изпълнява задълженията си в следните форми:
14.4.1. чрез абонаментно обслужване – ползването на здравни услуги и стоки от страна на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ в **мрежата от доверени лечебни заведения** на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ заплаща предоставените здравни услуги и стоки директно на изпълнителя на здравната услуга или доставчика на съответната стока, като в случаите, когато доставчикът на здравни услуги е посочен в списък на изпълнителите на медицинска помощ, при които е необходимо доплащане от страна на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ заплаща здравната услуга в размер, намален с процента/сумата на доплащане. Актуалният списък на изпълнителите на медицинска помощ, при които е необходимо доплащане от ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, се публикува на Интернет страницата на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да преразглежда списъка на изпълнителите на медицинска помощ, при които е необходимо доплащане. При промяна на списъка ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ уведомява ЗАСТРАХОВАЩИЯ и ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА чрез публикуване на актуализирания списък на своята официална страница заедно със съобщение за промяната.
14.4.2. чрез възстановяване на извършените разходи на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ - ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ частично или изцяло възстановява направените от ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ разходи за здравни услуги и стоки към избрани от него изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключен договор за медицинско и дентално обслужване;
14.4.3. изплащане на фиксирани парични суми – ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изплаща на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ фиксирана сума при настъпване на покрит риск по **застрахователния договор**.
14.4.4. Формата на изпълнение на задължението на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е посочена в застрахователните **пакети**.

14.4.5. Застрахователното покритие се удостоверява с поименна карта, издадена на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и правата по него не могат да бъдат преотстъпвани.

XV. Какво означават термините и дефинициите, които използваме в тези Общи условия?

АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ - **заболяване**, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ и в зависимост от тежестта си изисква спешна и неотложна медицинска намеса.

БОЛНИЦА - лечебно заведение за **болнично лечение**, създадено и регистрирано съгласно Закона за лечебните заведения в Р .България.

БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ (ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ) - непрекъсваем, минимум 24-часов престой на ЗАСТРАХОВАНИЯ в болнично заведение по лекарско предписание за извършване на изследване, наблюдение или лечение.

ДЕНТАЛНО ЛЕЧЕНИЕ - система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, предоставяни на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ от **лекар** по дентална медицина, които са изрично описани в **здравния пакет**.

ДНЕВНИ ПАРИ ЗА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ - фиксирано **обезщетение** на ден, изплащано на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ за всеки ден, в който ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие. Размерът на дневното **обезщетение** се посочва в полицата.

ДОПЛАЩАНЕ ЗА УСЛУГИ, СВЪРЗАНИ С БИТОВИ И ДРУГИ ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ - допълнително предоставени услуги и условия на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ по време на болничния му престой като сестрински грижи, храна по избор, транспорт с линейка на хоспитализирано ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ при преместване в друго лечебно заведение за провеждане на специализирани медицински процедури и др. услуги, посочени в **здравния пакет**.

ЕДНОДНЕВНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ - прием, диагностика и лечение в болнични условия до 24 часа, при които не е нужно пренощуване в лечебното заведение за болнична/амбулаторна помощ. Еднодневната хоспитализация се приема за **извънболнично лечение** по смисъла на тези Общи условия.

ЗАБОЛЯВАНЕ - съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на **заболяването** се приема датата на първичното му диагностициране.

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР (ДОГОВОР) за здравна застраховка “Групама Вита” се състои от предложение за застраховане, здравна декларация (в случаите, в които такава се попълва), Групов **застрахователен договор** (полица), списък на ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА, тези Общи условия, Споразумение за обработка и защита на лични данни и Добавъци, когато има издадени такива.

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД - периодът, за който се определя **застрахователната премия**.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ, наричана по-нататък **„Премия”** - сумата, която ЗАСТРАХОВАЩИЯТ дължи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ срещу поетите от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ задължения по **застрахователния договор**.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ - сумата, платима съгласно настоящите Общи условия от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на лицата, имащи право на **застрахователно обезщетение**, при условие, че в **периода на индивидуалното застрахователно покритие** със ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ настъпи покрит риск.

ЗДРАВЕН ПАКЕТ - съвкупност от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се ангажира да предостави на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ съгласно настоящите Общи условия, застрахователната полица и приложенията към тях, ако има такива.

ЗЛОПОЛУКА със ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ - всяко телесно нараняване, което е непреднамерено, възникнало случайно, непредвидено, внезапно и с външен за ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ произход и което е настъпило в **периода на индивидуалното застрахователно покритие** по съответната застраховка.

ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ - съвкупността от медицински услуги, предоставяни на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ от лечебни заведения за доболничната помощ, упражняващи дейността си по смисъла на Закона за лечебните заведения във връзка с медицински обосновано лечение, което не налага приемане в **болница**, в това число и малки оперативни намеси в рамките на амбулаторията.

ЛЕКАР - всяко лице, притежаващо диплома от лицензиран медицински университет, което е получило разрешение за упражняване на лекарска професия и е законно оправомощено да практикува медицина в Република България в съответствие с обхвата на своя лиценз и обучение.

ЛЕКАРСТВА/ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА - всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на **заболявания** при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора за **профилактика**, диагностиране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологичните функции на човека, но само тези **лекарства/лекарствени средства**, които са предписани от **лекар**, намират се в пряка причинно-следствена връзка с поставената диагноза и са одобрени и регистрирани за употреба на територията на Република България от Изпълнителната агенция по **лекарствата** в България (https://www.bda.bg/bg) или разрешени за употреба на територията на Европейския съюз, съгласно действащото общностно право.

ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ /ЛИМИТ/ - посочената в съответната застрахователна полица максимална сума и/или максимален обем от здравни услуги и стоки, представляваща горната граница на отговорност на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ: - всички **разумни и обичайни разходи**, направени във връзка с каквито и да е прегледи, диагностика и лечение на състояние, **заболяване** и/или телесно увреждане, оказано от **лекар- специалист** или друго правоспособно медицинско лице.

МРЕЖА ОТ ДОВЕРЕНИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ - здравни, медицински и диагностично-консултативни центрове, **болници**, лаборатории, частни индивидуални или групови медицински практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които са сключили договор за предоставяне на същите със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, който е

в сила и в които ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ използва услугите, съгласно полицата и по начина, установен от настоящите Общи условия и Указанията за ползване на услугата.

НОВОДОБАВЕНО ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ - лице, което е присъединено в застрахованата съвкупност по съответната застраховката през срока на действие на **застрахователния договор**.

ПЕРИОД НА ИНДИВИДУАЛНОТО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ - периодът от време, през който, ако настъпи покрит риск с конкретно ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен, в съответствие с Общите условия да плати на лицата, имащи право на **застрахователно обезщетение**. Началната дата и краят на индивидуалното застрахователно покритие се определят съгласно Общите условия и се посочват в застрахователната полица.

ПРЕДВАРИТЕЛНО СЪЩЕСТВУВАЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ИЛИ СЪСТОЯНИЯ - всяко здравословно състояние, което е последствие от някое предишно диагностицирано **заболяване** или настъпила **злополука** или което е изисквало **болнично лечение** или предписани **лекарствени средства** преди влизане в сила на **застрахователния договор** по застраховка „Групама Вита“.

ПРОФИЛАКТИКА - комплекс от прегледи и изследвания, целящи превенция на **заболявания**, както и за постигане на по-добро здраве и качество на живот.

РАЗУМНИ, ОБИЧАЙНИ И НЕОБХОДИМИ РАЗХОДИ - разходите за медицински дейности (прегледи, изследвания, лечение, услуги или помощ), които не са по-високи от средното ниво на разходи в подобни институции в Република България за същата или подобна медицинска дейност, за сходно **заболяване**, състояние или нараняване. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ прилага утвърден списък с медицински дейности, съгласно който има право да редуцира претендираните от ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ разходи. Същият е публикуван на сайта на компанията, актуализира се регулярно и е валиден за всички разходи, извършени след датата на публикуването му.

При всички случаи цените на медицинските услуги не следва да надвишават повече от пет пъти определените цени съгласно Националния рамков договор (НРД).

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

ХИРУРГИЧЕСКА ИНТЕРВЕНЦИЯ (ОПЕРАЦИЯ) - означава всяка медицинска процедура, извършена от **лекар – специалист** с правоспособност да извърши процедурата, документирана с епикриза от история на **заболяване** (ИЗ) и/или оперативен протокол/протокол за инвазивна процедура.

ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ - **заболяване** или съвкупност от всякакви нарушения или отклонения от нормата, които имат една или повече от следните характерни черти: персистиращи са, продължителни във времето – над 6 месеца, могат да рецидивират, предизвикани са от необратими патологични промени (нямат акутно начало) и може да доведе до инвалидност (намаляване на работоспособността).

ЧЛЕН НА СЕМЕЙСТВОТО НА ЗАСТРАХОВАН - всяко едно от следните лица, свързани със ЗАСТРАХОВАНИЯ, а именно: съпруг/съпруга, партньор, с който ЗАСТРАХОВАНИЯТ живее на семейни начала, техни деца, ненавършили 18 г. (включително осиновени деца, деца поставени под настойничество, попечителство или в приемна грижа), както и родители (с попълване на здравна декларация). За **членове на семейството** се приемат и деца на възраст над 18 г. до 26 г., които са редовни студенти. За да бъде ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ, като **член на семейството**, той следва да е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на влизане в сила на неговото застрахователното покритие.

ЮРИДИЧЕСКО ЛИЦЕ - образувания, създадени по предвидения в закона ред, за да придобиват права, да поемат задължения и да извършват правни действия/да отговаря по тях чрез своите правни органи, които имат 6 или повече работници/служители, в това число управителите.

XVI. Какво още е необходимо да знаете за застраховката?

ЛИЧНИ ДАННИ:

16.1.„Групама Застраховане“ ЕАД обработва предоставените от ползвателите на застрахователни услуги лични данни в качеството си на администратор на лични данни и в съответствие с Общия регламент за защита на данните (Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО) и действащото българско законодателство.

16.2.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е публикувал на своя официален сайт www.groupama.bg „Уведомление за поверителност“, неразделна част към Общите условия по застраховката.

ПРОМЯНА НА АДРЕСА НА НЯКОЯ ОТ СТРАНИТЕ. УВЕДОМЯВАНЕ:

16.3.ЗАСТРАХОВАЩИЯТ/ЗАСТРАХОВАНИЯТ следва писмено да уведоми ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за всяка промяна в адреса си. В случай, че се установи извън територията на Република България, следва да посочи име и адрес на лице за кореспонденция в Република България, като същият ще се счита за адрес на ЗАСТРАХОВАЩИЯ/ЗАСТРАХОВАНИЯ.

16.4.Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към ЗАСТРАХОВАЩИЯ / ЗАСТРАХОВАНИЯ се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Счита се, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес/електронна поща на ЗАСТРАХОВАНИЯ/ЗАСТРАХОВАЩИЯ с всички предвидени в закона или договора правни последици.

16.5.Съобщенията към ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ трябва да се изпращат / депозират в писмена форма на адреса на управление на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. При промяна на адреса на управление на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, той уведомява ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА чрез информация в средствата за масова информация.
16.6.За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Това правило не се прилага, когато ЗАСТРАХОВАЩИЯТ / ЗАСТРАХОВАНИЯТ не е уведомил ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за последния си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема датата на изпращане на съобщението.

ДАВНОСТ:

16.7.Правата и задълженията по застрахователния договор се погасяват с изтичането на **пет години от датата на настъпването на застрахователно събитие**.

ДАНЪЦИ И ТАКСИ:

16.8.Всички данъци, такси и други подобни, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото **застрахователно обезщетение** са за сметка на лицата, които получават **застрахователното обезщетение**.

16.9.ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не дължи лихва за неправилно или погрешно заплатени премии, както и за несвоевременно искано или получено **застрахователно обезщетение**.

СПОРОВЕ МЕЖДУ СТРАНИТЕ. ЮРИСДИКЦИЯ:

16.10.За неуредените с настоящите Общи условия въпроси се прилагат разпоредбите на действащото българско законодателство.
16.11.Споровете между страните по **застрахователен договор**, сключен на базата на настоящите Общи условия, се решават доброволно по пътя на преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентен български съд.

СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ:

16.12.Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани и/или изменяни със специални условия, включени в застрахователната полица или добавък.

Настоящите Общи условия са приети с Решение на Съвета на директорите (СД) на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ от 21.06.2022 г., в сила от 01.07.2022 г., изменени на 05.10.2023 г., в сила от 08.12.2023 г., последно изменени и допълнени с Решение на Управителен съвет от 27.10.2025 г., в сила от 01.01.2026 г., последно изменени и допълнени с Решение на Управителен съвет от 19.12.2025 г., в сила от 19.02.2026 г.