

ОБЩИ УСЛОВИЯ

на застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Съгласно тези Общи условия ЗАД „Алианц България Живот“ сключва договори за медицинска застраховка по смисъла на Кодекса за застраховането, наричани по-нататък „застраховката“/“застрахователен договор“.

1.2. Настоящите Общи условия, заявлението за сключване на застраховката и другите подписани от страните и/или представени на Застрахователя документи са неразделна част от застраховката.

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. Застраховател: Застрахователно акционерно дружество „Алианц България Живот“, ЕИК: 040293319.

2.2. Застраховател /Договорител/: физическо или юридическо лице, което подава заявлението за сключване на застраховката, сключва застрахователния договор и придобива посочените права и задължения, с изключение на тези, които поради техния характер се отнасят само за Застрахования.

2.3. Застрахован (застраховано лице): физическото лице, посочено в застрахователната полица, чието здраве е застраховано по условията на съответния застрахователен договор и което може да се възползва от правата по застрахователния договор, но което също така поема задълженията по договора при отсъствието /в случай на неизпълнение на същите от Застрахователя.

2.4. Further: Further Underwriting International S.L.U. („Further“) е компания, която организира следните медицински услуги, свързани със застраховката: Второ медицинско мнение и Медицински консиерж:

2.4.1. Второ медицинско мнение: Второ медицинско мнение по отношение на покрити заболявания. Това включва предоставянето на доклад с второ медицинско мнение, изготвен от медицински специалист след събиране и подробен преглед на медицинската документация за пациента. Тази услуга се предоставя от Further.

2.4.2. Медицински консиерж: Услуга, при която Further във връзка с одобрена претенция организира всички детайли, свързани с медицинското лечение на застрахованото лице. Това включва наблюдаване на случая и съдействие при организиране на пътуването и настаняването на застрахования и неговия придружител.

2.5. Заявление за сключване на застраховката: формуляр по образец на Застрахователя, който Застрахованият/ите и/или Застрахователят е/са длъжни да попълнят и подпишат собственоръчно, за да кандидатстват за сключване на застраховката.

2.6. Здравна декларация: въпросник, представляващ неразделна част от Заявлението за сключване на застраховката, попълнен и подписан от кандидата/ите за застраховане преди сключване на застраховката и преди издаване на застрахователната полица, въз основа на който се извършва оценка на риска от страна на Застрахователя. Когато кандидатът за застраховане е непълнолетно лице, здравната декларация за това лице се попълва и подписва от негов законен представител.

2.7. Застрахователна полица /полица/: писменият документ, подписан от Застрахователя и Застрахователя, в който са уговорени индивидуалните условия по застраховката.

2.8. Застрахователен договор: застрахователната полица, заявлението за сключване на застраховката на Застрахователя, всички останали писмени изявления на Застрахователя и Застрахованите, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения към нея и останалите приложения и писмени съглашения.

2.9. Сертификат: документ, издаван от Застрахователя и съдържащ информация за условията на сключения застрахователен договор.

2.10. Предварителен медицински сертификат: писмено одобрение, издадено от Застрахователя или Further, което включва потвърждение на покритието по застраховката преди извършването на услугите в определена болница извън Република България за лечение, здравни услуги, стоки или предписания, свързани с претенцията.

2.11. Начало на застраховката: датата, на която застраховката влиза в сила, както е посочено в застрахователната полица.

2.12. Край на застраховката: датата, посочена в застрахователната полица, на която покритието на рисковете за Застрахования/ите изтича.

2.13. Застрахователна година: Всяка цяла година от срока на застраховката считано от началото на застраховката.

2.14. Период на изключване /Период на изчакване/: период от време, който започва от началото на застраховката или от датата на влизане на застраховката в сила за ново Застраховано лице, през който, както и през целия период на действие на застраховката, покритието по застраховката няма да е в сила по отношение на заболяване, диагностицирано или проявило първите си медицински документирани симптоми през този период на изключване.

2.15. Застрахователна премия: цената на застраховката, представляваща паричната сума, която Застрахователят е длъжен да плаща, за да поеме Застрахователят задълженията, произтичащи от застрахователния договор. Сроковете за плащане на застрахователната премия са посочени в застрахователната полица. Заедно със застрахователната премия се заплащат и всички евентуално дължими данъци, такси и други.

2.16. Застрахователно обезщетение: услугите и покритията, които Застрахованият има право да ползва по застраховката.

2.17. Застрахователна сума: максималният размер на задължението на Застрахователя, посочен в застрахователната полица, който се прилага по отношение на покритието съгласно Раздел V от настоящите Общи условия заболявания, медицински процедури и разходи.

2.18. Претенция (Застрахователно събитие): събитие, което води до последици, покрити изцяло или частично по настоящата застраховка. За дата на настъпване на застрахователно събитие се счита датата, на която съгласно процедурата, описана в Раздел X, Заболяването е потвърдено като Покрито заболяване или изисква извършването на Покрита медицинска процедура, което дава право на Застрахования на Застрахователно обезщетение по Застраховката. Последиците, произтичащи от една и съща причина се считат за една Претенция.

2.19. Партньор: съпруг или лице над 18 години, което не е встъпило в брак, живеещо във фактическо извънбрачно съжителство със Застрахования. Партньорът не може да бъде роднина на Застрахования, като Застрахованият може да посочи само едно лице за свой партньор. Това лице може да бъде от същия пол или от друг пол като Застрахования.

2.20. Свързани лица:

Свързано лице: (1) партньор на Застрахования или (2) невстъпило в брак материално зависимо дете на Застрахования или на партньор на Застрахования. Адресът по местоживее на съпруга или материално зависимото, невстъпило в брак дете трябва да е същия като на Застрахования, освен ако не е уговорено друго. Дефиницията „Свързано лице“ се определя от следните условия и ограничения:

2.20.1. В понятието „Свързано лице“ не се включват материално зависими, невстъпили в брак деца на възраст над 18 години, освен както е посочено в следващия параграф.

2.20.2. Понятието „Свързано лице“ включва всяко материално зависимо дете, което не е встъпило в брак и е на възраст над 18 години до 35 навършени години, ако:

- детето не работи на редовен пълен работен ден или не е самонаето лице; и
- детето се обучава в редовна форма за придобиване на образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ във висше училище, функциониращо по законоустановения ред; и
- детето разчита основно на Застрахования или на партньора на Застрахования за своята издръжка.

2.21. Изключение: условна ситуация или условие, които не са покрити по застраховката и за които Застрахователят не е длъжен да осигури покритие в случай на Претенция. Изключенията са посочени в Раздел VIII на настоящите Общи условия.

2.22. Заболяване: Всяка промяна в организма, в система, в структура или функция на орган, която може да бъде идентифицирана и охарактеризирана въз основа на съвкупност от прояви и симптоми или от последователни анатомични изменения. В допълнение към това, диагнозата трябва да е поставена от правоспособен лекар. Заболяването включва всички увреждания и последици, произтичащи от същата диагноза, както и всички заболявания, които се дължат на същата причина или на свързани причини. Ако едно заболяване се дължи на същата причина, довела до предишно заболяване, или на причини, свързани с нея (включително въздействия или усложнения, произтичащи от предишно заболяване), заболяването се счита за продължение на предишното, а не за отделно заболяване.

2.23. Предходжащо /предишно/ заболяване: Всяко заболяване или здравословно състояние на Застрахования, което е установено, диагностицирано, лекувано или е проявило медицински документирани симптоми в рамките на 10 години преди началото на застраховката или преди датата на влизане на застраховката в сила за ново Застраховано лице.

2.24. Лекар: лице с висше медицинско образование и необходима професионална квалификация, което е придобило по законоустановения ред и притежава правоспособността да практикува медицинска професия.

2.25. Болница: частно или държавно лечебно заведение, притежаващо законоустановено разрешение за осъществяване на дейност за медицинско лечение на заболявания или травми, оборудвано с материални/технологични средства и подходящ персонал за диагностициране и извършване на хирургични интервенции, в което е осигурено непрекъснато присъствие на лекари и друг медицински и немедицински персонал в продължение на 24 часа в денонощието.

2.26. Хоспитализация: престой с пренощуване в болница.

2.27. Хирургия: всички дейности с диагностична или терапевтична цел, извършени чрез разрез или чрез друг начин на проникване от хирург в болница и които обикновено изискват използването на операционна зала.

2.28. Експериментално лечение: лечение, процедура, курс на лечение, оборудване, медицински или фармацевтичен продукт, предназначен за медицински или хирургични цели, които не са общоприети като безопасни, ефективни или подходящи за лечението на заболявания или травми от различни научни организации, признати от международната медицинска общност или които са предмет на проучване, изследване, тестване или на някакъв етап на клинично изпитване.

2.29. Медицинска необходимост (наложителност): здравни услуги и стоки, които са:

- предписани на Застрахования за целите на лечение на Покрито заболяване или на извършването на Покрита медицинска процедура, като тези здравни услуги и стоки подобряват здравословното състояние на Застрахования, а не само облекчават симптомите на заболяването или подобряват качеството на живот на Застрахования; и
- последователни по тип, честота и продължителност по отношение на диагнозата за Заболяването в съответствие с научно установените медицински принципи в САЩ, Великобритания и/или Европа, основаващи се на указания (по-специално на Клиничното Ръководство по Онкология на National Comprehensive Cancer Network - клауза III-A в частта за лечение на злокачествени новообразувания); и
- доказано ефективни за подобряване на здравословното състояние, което е подкрепено с научни доказателства (медицински публикации и проучвания, публикувани в рецензирани издания) и са по-рентабилни в сравнение с алтернативните форми на лечение, включително и когато не се провежда лечение.

Обстоятелството, че Лекар е препоръчал, предписал, наредил или одобрил здравна услуга или стока, само по себе си не означава непременно, че е налице Медицинска необходимост (наложителност) от такава здравна услуга или стока по Застраховката.

2.30. Алтернативна медицина: Медицинско и здравно обслужване, практики, продукти, които към момента не са в обхвата на конвенционалната медицина или на стандартното лечение, включително, но и не само: акупунктура, ароматерапия, хиропрактична медицина, хомеопатична медицина, медицина с натурални продукти, остеопатична медицина.

2.31. Когнитивни нарушения: Нарушения, които значително понижават когнитивната функция на индивида до степен, при която нормалното функциониране в обществото е невъзможно без лечение, както е определено в последната версия на Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства (DSM-V).

2.32. Консултант кардиолог: Лекар, който официално е признат от местната съсловна организация и е специализиран в диагностицирането и лечението на заболявания или състояния на сърцето и кръвоносните съдове.

2.33. Лекарства: Всяка субстанция или комбинация от субстанции, която може да бъде използвана или прилагана на застрахованото лице с цел възстановяване, корекция или видоизменение на физиологичните функции чрез оказване на фармакологично, имунологично или метаболитно въздействие, или за поставяне на медицинска диагноза. Лекарствата следва да са предписани от лекар и закупени от лицензиран фармацевт. Предписане за медикамент с определено търговско наименование е валидно и за медикамент с генерично наименование, характеризиращ се със същите активни

компоненти, сила и дозировка като този с търговското наименование.

2.34. Промеза: устройство, което заменя изцяло или частично гаден орган или замества изцяло или частично функцията на неработеща или нефункционираща част на тялото.

2.35. Неинвазивен или "in situ" карцином: злокачествен тумор в прединвазивна фаза, който е ограничен до епитела, в който е възникнал, и който не навлиза в стромата на околните тъкани.

2.36. Терористични действия: действие, включително, но не само използване на сила или насилие и/или заплаха за такива, от лице или група(и) лица, действащи самостоятелно или от името на или във връзка с организация(и) или правителство(а), извършено за политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включително намерение да се окаже влияние на правителство или да се все страх сред обществото или част от обществото; или използването на биологични, химични, радиоактивни или ядрени вещества, материали, уреди или оръжия.

2.37. Застрахователен регулатор: Комисията за финансов надзор на Република България.

2.38. Лечение в чужбина: извършено по Медицинска необходимост лечение, организирано от Further извън Република България и покрито по Застраховката.

2.39. Последващо наблюдение: всяко медицинско обслужване, лечение, Лекарства или скрининг услуги, предоставени след Лечение в чужбина с цел:

- да бъде определено дали съществува вероятност на Застрахования да бъде установено заболяване или медицинско състояние в бъдеще или;
- предотвратяване възникването или повторното възникване на Заболяване или медицинско състояние в бъдеще, когато към настоящия момент не са налице клинични и/или явни симптоми и/или прояви (признаци).

2.40. Реконструктивна хирургия: Процедури, предназначени да възстановят структура, за да коригират нарушената ѝ функция.

III. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

3.1. Предметът на настоящата застраховка е осигуряването на покритие за услуги и медицински разходи във връзка с лечение на Застрахован извън Република България в страна(и), посочена(и) в Застрахователната полица. Застраховката покрива заболявания и медицински процедури, при условие че са изпълнени всички от изброените условия:

- 3.1.1. Процедурата се извършва през периода на действие на застраховката;
- 3.1.2. Съответното Заболяване или състояние не е диагностицирано, лекувано или какъвто свързани с него медицински документирани симптоми или прояви (признаци) не са установени преди изтичане на Периода на изключване, посочен в Раздел IX от Общите условия;
- 3.1.3. Лечението е наложително от медицинска гледна точка;
- 3.1.4. Разходите са в рамките на застрахователната сума и лимитите, посочени в застрахователната полица;
- 3.1.5. Лечението се урежда от Further след обработване на претенцията, както е посочено в Раздел X от Общите условия;
- 3.1.6. Медицинските разходи са направени извън територията на Република България, с изключение на разходите, посочени в т. 5.5., и са извършени след Периода на изключване, посочен в Раздел IX от настоящите Общи условия;
- 3.1.7. Разходите за всички медицински диагностични процедури, лечение, услуги, стоки или предписания се покриват от застраховката по начина, посочен в т. 5.3. от Общите условия.

3.2. По семейна застраховка могат да бъдат застраховани единствено и само свързани лица по смисъла на настоящите Общи условия.

3.3. Семейната и груповата застраховка се сключват с приложен поименен списък на застрахованите лица.

3.4. Застраховката се сключва на физически лица на възраст до 65 навършени години, като невстъпило в брак дете може да бъде застраховано или да бъде включено в застраховката след неговото раждане най-късно до навършването на 18-годишна възраст.

3.5. Едно лице може да бъде застраховано само по една медицинска застраховка при Застрахователя. Ако поради една или група причина едно и също лице е застраховано по повече от една такава застраховка, Застрахователят предоставя обезщетения само по едната застраховка.

IV. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

4.1. Срокът на застраховката е 1 година.

4.2. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ този, в който е издадена застрахователната полица, при условие че е платена първата дължима застрахователна премия. Застрахователната полица се издава след приключване на процедурите по оценка на риска от страна на Застрахователя.

4.3. Застрахователният договор е в сила до 24.00 часа на датата, посочена в застрахователната полица за край на застраховката, при условие че всички дължими застрахователни премии са редовно платени.

4.4. При изтичане срока на застраховката и при условие че е платена застрахователна премия, застраховката може да бъде подновена за срок от една година. При подновяване на застраховката без прекъсване оценка на риска не се извършва.

4.5. Застраховката не може да бъде подновена, ако към края на застраховката Застрахованият е навършил 85 години. В този случай, ако застраховката е семейна или групова, лицето, навършило 85-годишна възраст, се изключва от застраховката и тя продължава своето действие за другите застраховани лица.

4.6. При семейните и груповите застраховки, Застрахованият има право по всяко време да включва и изключва лица от списъка на Застрахования. При включване на ново лице в застраховката, същото се включва в застраховката от 00.00 часа на първия ден от следващия месец от срока на застраховката. При изключване на Застрахован от застраховката, действието на застраховката за това лице се прекратява считано от 24.00 часа на последния ден от текущия месец от срока на застраховката.

4.7. При сключване на групова застраховка всички членове на групата, които могат да бъдат застраховани, трябва задължително да бъдат включени в списъка на застрахованите лица. Ако в застраховката се включват и свързани лица, всички такива лица, които могат да бъдат застраховани, се включват задължително в застраховката.

4.8. По групова застраховка, сключвана от работодател върху неговите работници и служители, могат да бъдат застраховани само тези работници и служители, които работят по трудов договор с работодателя на пълен работен ден (най-малко 30 часа седмично). По такава застраховка за застраховани се считат лицата, които към началото на застраховката или към датата на включването им в застраховката, осъществяват активно трудова дейност. Активно осъществяване на трудова дейност е налице, когато работникът или служителят не е отсъствал от работа повече от два дни през последните три месеца и изпълнява всички свои обичайни служебни задължения в съответствие с условията на трудовия договор. Когато работникът или служителят отсъства от работа по причина, различна от заболяване или злополука, застраховката за това лице влиза в сила от началото на застраховката или от датата на включването му в застраховката. Ако към началото на застраховката или

към датата на включване в застраховката работникът или служителят отсъства от работа поради заболяване или злополука, застраховката за него не влиза в сила докато не започне активно да осъществява трудова дейност в продължение на непрекъснат период от време от най-малко три месеца.

4.9. Застрахователят има право да прекрати по всяко време застрахователния договор, като уведоми за това писмено Застрахователя. В този случай застраховката се прекратява считано от 24.00 часа на последния ден от текущия месец от срока на застраховката. При прекратяване на застраховката Застрахователят не дължи каквито и да било суми на Застрахователя или на други лица.

4.10. При промяна на Застрахованите лица, респ. при прекратяване на застраховката, Застрахователят е длъжен да подаде заявление за промяна, респ. да уведоми писмено Застрахователя, най-късно до 15-я ден на текущия месец от срока на застраховката. В противен случай промяната или прекратяването на застраховката може да бъдат извършени през следващия месец от срока на застраховката.

4.11. По смисъла на настоящите Общи условия, за месец от срока на застраховката се счита всеки цял месец от периода на нейното действие, като началото на първия месец от срока на застраховката е началото на застраховката, а на всеки следващ месец – същият ден на съответния месец. Когато началото на застраховката е 31-во число, тогава за начало на всеки месец от срока на застраховката се счита последният ден на съответния месец.

V. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

По сключени застрахователни договори Застрахователят предоставя покритие само за рисковете и до размерите, договорени в застрахователния договор.

5.1. Покрити заболявания и медицински процедури:

По застраховката се покриват единствено и само следните заболявания и медицински процедури:

5.1.1. Лечение на злокачествено новообразование:

- Лечение на всякакъв злокачествен тумор, включително левкемия, сарком или лимфом, характеризиращ се с неконтролиран растеж и разпространение на злокачествени клетки и инвазия на тъкани;
- Лечение на злокачествени тумори ин ситу, които се разполагат в епителуума, откъдето произлизат и не се разпространяват в стромата или околните тъкани;
- Лечение на всяка преканцерозна промяна на клетките, която е цитологично или хистологично класифицирана като високостепенна или тежка дисплазия.

5.1.2. Байпас на коронарната артерия (миокардна реваскуларизация):

Извършване на операция по препоръка на консултант кардиолог за коригиране на стеснение или блокаж на една или повече коронарни артерии с байпас графтове.

5.1.3. Смяна на сърдечна клапа:

Инвазивна смяна или реконструкция на една или повече клапи на сърцето по препоръка на консултант кардиолог, независимо от това дали се извършва чрез отворена гръдна хирургична интервенция, минимално инвазивна хирургия или сърдечна катетеризация.

5.1.4. Неврохирургия:

- Всяка хирургична интервенция на мозъка и/или други вътречерепни структури;
- Оперативни интервенции за лечение или премахване на доброкачествени тумори на гръбначния мозък (Medulla Spinalis).

5.1.5. Трансплантация на органи от живи донори:

Хирургична трансплантация, при която Застрахованият получава бъбрек, сегмент от

черен дроб, лоб от бял дроб или част от панкреас от друг жив съвместим донор.

5.1.6. Трансплантация на костен мозък:

Трансплантация на Застрахования на костномозъчни клетки чрез трансплантация на костен мозък (ВМТ) или на периферни стволови клетки (PBSCT) с произход от:

- Застрахования (автоложна трансплантация на костен мозък); или
- жив съвместим донор (алогенна трансплантация на костен мозък).

5.2. Услуги, покрити преди Лечението в чужбина:

Услугата Второ медицинско мнение: При предявяване на Претенция Застрахованият има право да поиска от Further да му бъде предоставена услугата Второ медицинско мнение за потвърждаване на диагнозата за Покрито заболяване или на Покрита медицинска процедура и за преценка относно оптималния план за лечение. Второ медицинско мнение може да бъде изискано само веднъж по една Претенция.

5.3. Медицински разходи, покрити по време на Лечение в чужбина:

Застраховката покрива следните разходи за Лечение в чужбина (до лимитите, посочени в застрахователната полица), възникнали във връзка с извършени по Медицинска необходимост лечение на Покрито заболяване или Покрита медицинска процедура в съответствие с условията, посочени в Предварителния медицински сертификат:

5.3.1. В болница, във връзка с:

- настаняване, хранене и общи сестрински грижи, предоставени по време на престоя на Застрахования в стая, отделение или секция на болницата или в отделение за интензивно лечение или за наблюдение;
- други болнични услуги, включително тези предоставени от амбулаторно отделение на болницата, както и разходи, свързани с осигуряването на допълнително легло или легло за придружител, ако болницата предоставя тази услуга;
- използването на операционна и всички свързани с това услуги.

5.3.2. В друг вид лечебно заведение, различно от болница (напр. специализирана клиника или център за социални грижи), но само ако лечението, операцията или процедурата се покриват по настоящата застраховка, ако са предоставени в болница.

5.3.3. При лекар, във връзка с преглед, лечение, медицинска грижа или операция.

5.3.4. За консултации на лекари по време на хоспитализация.

5.3.5. За следните медицински и хирургични услуги, лечения или предписания:

- за анестезия и прилагане на анестетици, при условие че това се извършва от квалифициран анестезиолог;
- лабораторен анализ и патология, рентгенография с цел подготовка за лечение, лъчетерапия, радиоактивни изотопи, химиотерапия, електрокардиограми, ехокардиография, миелограми, електроенцефалограми, ангиограми, компютърна томография и други подобни тестове и лечения, необходими за диагностицирането и лечението на покрито заболяване или медицинска процедура, когато са извършени от лекар или под медицински надзор;
- кръвопреливане, преливане на плазма и серум;
- разходи, свързани с използването на кислород, вливането на интравенозни разтвори и инжекции;
- Лъчетерапия: високоенергийната радиация с цел свиване на тумори и унищожаване на ракови клетки чрез рентгенови лъчи, гама лъчи и заредени частици са видовете радиационно облъчване, използвани за лечение на рак, било чрез

устройство извън тялото (лъчева терапия с външни лъчи), било чрез радиоактивен материал, поставен в тялото близо до раковите клетки (вътрешна лъчева терапия, брахитерапия).

- Реконструктивна хирургия за корекция или възстановяване на структура, увредена или отстранена по време на медицинските процедури, извършени и покрити по Застраховката.
- Лечение на усложнения или странични ефекти, пряко свързани с медицински процедури, извършени и покрити по Застраховката, които:
 - изискват незабавно медицинско обслужване в болница или в клиника;
 - изискват да бъдат претиранни, преди Застрахованият да бъде обявен за медицински годен да пътува, за да се върне в Република България след завършване на етапа Лечение в чужбина.

5.3.6. За лекарства, давани по лекарско предписание, докато Застрахованият е хоспитализиран за лечение на Покрито заболяване или за извършване на Покрита медицинска процедура. Лекарствата, предписани за следоперативно лечение се покриват за период от 30 дни от датата, на която е приключил етапът Лечение в чужбина и само тогава, когато са закупени преди завръщането в Република България.

5.3.7. За трансфери или превоз по земя или с въздушни линейки, когато тяхното използване е указано или предписано от лекар и е предварително одобрено от Further.

5.3.8. За услуги, предоставени на жив донор по време на процеса на отстраняване на орган, който ще се трансплантира на Застрахования, във връзка с:

- разходите за анализи и тестове, извършени за откриване на подходящия донор сред членовете на семейството на Застрахования;
- болнични услуги, предоставени на донора, включително настаняване в болнична стая, отделение или секция, хранене, общи сестрински грижи, редовните грижи, предоставяни от болничния персонал, лабораторни изследвания и използване на оборудването и други болнични съоръжения (с изключение на вещите за лична употреба, които не се изискват в процеса на отстраняване на органа или тъканта, която ще се трансплантира);
- за хирургични и медицински услуги за отстраняването на донорски орган или тъкани, които ще се трансплантират на Застрахования.

5.3.9. За услуги и материали, доставени за костно-мозъчни култури във връзка с тъканна трансплантация, която следва да се извърши на Застрахования. Обещание се предоставя единствено относно разходи, извършени от датата, на която се генерира първата покрити медицинска такса.

5.4. Немедицински разходи, покрити по време на Лечение в чужбина:

Застраховката покрива следните немедицински разходи (до лимитите, посочени в застрахователната полица), възникнали във връзка с пътуването и настаняването, организирани от Further, за да бъде осигурен достъп на Застрахования до медицинско лечение в съответствие с условията, посочени в Предварителния медицински сертификат.

5.4.1. Пътни разходи за Лечение в чужбина

За пътуване в чужбина на Застрахования и един придружител (включително жив донор в случай на трансплантация) с единствената цел да получи Лечение в чужбина, одобрено от Further.

Всички пътувания трябва да бъдат организирани от Further, като Застрахователят не заплаща разходи за каквито и да било други пътувания на Застрахования или на трето лице за сметка на Застрахования.

Further отговаря за вземането на решение за датите на пътуване въз основа на одобрена схема на лечение. Тези

дати се съобщават на застрахования своевременно, за да има достатъчно време да уреди всички свои необходими лични приготовления и ангажименти.

В случай че Застрахования промени датите на пътуването, определени и съобщени от Further, Застрахованият е длъжен да компенсират Застрахователя и/или Further за всички разходи, свързани с и произтичащи от организирането и осъществяването на ново пътуване, освен ако промените не са потвърдени от Further, като наложителни от медицинска гледна точка.

Покритието за организирано пътуване включва:

- Транспортът от постоянния адрес на застрахованото лице до посоченото летище или международна железопътна гара;
- Железопътен или самолетен билет икономична класа до града, в който ще се лекува Застрахованият, както и транспорт до определения хотел;
- Транспорт от определения хотел или болница до посоченото летище или международна железопътна гара;
- Железопътен или самолетен билет икономична класа и допълнителен транспорт до постоянния адрес на застрахованото лице.

Покритите пътни разходи не включват редовните трансфери от хотела до Болницата или до лекуващия Лекар по време на Лечението в чужбина.

5.4.2. Разходи за настаняване по време на Лечение в чужбина:

За настаняване на Застрахования и един придружител (включително жив донор в случай на трансплантация) по време на престоя в чужбина с единствената цел да получи Лечение в чужбина, одобрено от Further. Всяко настаняване трябва да бъде организирано от Further, като Застрахователят не заплаща разходи за каквото и да било друго настаняване на Застрахования или на трето лице за сметка на Застрахования.

Further отговаря за резервирането на датите за настаняване въз основа на одобрената схема за лечение. Тези дати се съобщават на Застрахования своевременно, за да има достатъчно време да уреди всички свои необходими лични приготовления и ангажименти.

Further резервира дата за връщане въз основа на завършването на лечението и потвърждение/одобрение от лекуващия Лекар, че Застрахованият може да пътува.

В случай че Застрахованият промени датите на пътуването, определени и съобщени от Further, Застрахованият е длъжен да компенсират Застрахователя и/или Further за всички разходи, свързани с и произтичащи от организирането и осъществяването на ново настаняване, освен ако промените не са потвърдени от Further, като наложителни от медицинска гледна точка.

Покритието за организирано настаняване включва:

- Резервации за двойна стая или стая с двойно легло в хотел от висока категория (в диапазона от 3-4 звезди), включително закуска, който да отговаря на критериите в интерес на Застрахования. (Изборът на хотел се извършва в зависимост от наличието на такъв в близост до Болницата или лекуващия Лекар в радиус от 10 километра.)

Хранения (с изключение на закуска) и непредвидени разходи в хотела не се покриват по застраховката. Промени по отношение на настаняването в хотела не могат да бъдат финансирани от Застрахования.

5.4.3. Разходи за репатриране:

В случай на смърт на Застрахования (и/или на жив донор в случай на трансплантация) извън територията на Република България, докато се осъществява лечение в съответствие с условията на застраховката, Застрахователят заплаща за репатрирането на тленните останки до Република България.

Това покритие е ограничено само до тези услуги и средства, необходими за подготвяне на тялото на починалия и за транспортирането му до Република България.

Покриват се:

- Услугите, предоставяни от погребалната агенция/компания, която предлага международно репатриране, включително и балсамиране и всички административни формалности;
- Обикновен ковчег;
- Транспортването на тленните останки от летището до място, определено за погребение в Република България.

5.4.4. Парични суми по време на Лечението в чужбина:

Дневна сума за хоспитализация: До лимитите, посочени в застрахователната полица за всеки пълен 24-часов период на престой в Болница, одобрен от Further/Застрахователя в Предварителния медицински сертификат и покрит по Застраховката за Лечение в чужбина на Покрито заболяване или за извършване на Покрита медицинска процедура.

5.5. Медицински разходи, покрити след връщане от Лечение в чужбина:

За стойността на лекарства, закупени на територията на Република България, след Лечение в чужбина с хоспитализация с продължителност над 3 генощия, одобрени от Further/Застрахователя в Предварителния медицински сертификат и покрити по Застраховката.

Сумата по този покрит риск по застраховката се възстановява само при следните условия:

- Лекарството е препоръчано чрез Further от Лекар в чужбина, който е лекувал застрахованото лице, като необходимо за продължаване на лечението;
- Лекарството е лицензирано и одобрено от съответни медицински институции и агенции в Република България и неговото предписване и прием са официализирани;
- Лекарството изисква предписание от Лекар в Република България;
- Лекарството може да бъде закупено в Република България;
- Всяка предписана доза не е по-голяма от необходимата за прием в продължение на два месеца.

Сумата не се възстановява в следните случаи:

- Лекарството се заплаща от Националната здравноосигурителна каса на Република България или се покрива по друга застраховка на Застрахованото лице;
- Разходите за администриране на лекарството;
- Лекарството е закупено извън територията на Република България;
- Фактурите са представени на Застрахователя след повече от 180 дни след закупуването на лекарството.

Финансиране и възстановяване:

Закупуването на лекарството по т.5.5. е необходимо да бъде уредено и заплатено от Застрахованото лице. Застрахователят възстановява на Застрахованото лице сумата след представяне на съответно предписание/рецепта/, оригинална фактура и доказателство за извършено плащане.

Когато стойността на лекарството се покрива частично от Националната здравноосигурителна каса или по друга застраховка, документът за възстановяване на сумата трябва ясно да разграничава сумата, изцяло изплатена от Застрахованото лице и тази, която е частично финансирана.

5.6. Последващо наблюдение след връщане от Лечение в чужбина:

Последващо наблюдение може да бъде организирано от Further по искане на Застрахования и да бъде осъществено от Лекар в чужбина или от неговия медицински екип, лекувал Застрахования.

Последващото наблюдение се покрива за период от 180 дни от датата, на която Застрахованият се е върнал в Република България след завършване на етапа Лечение в чужбина и само когато лечението е предписано или

препоръчано от Further и от Лекар в чужбина, който е лекувал Застрахования.

Ако Застрахованият отпрати такова искане, Further също така ще организира необходимото пътуване и настанияване на Застрахования и неговия придружител в съответствие с условията, посочени в т. 5.4.1 и т. 5.4.2.

5.7. Застрахователят може да включва и други рискове от видовете застраховки, за които е получил лиценз за извършване на застрахователна дейност.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

6.1. Застрахователните премии се плащат от Застрахования или от друго упълномощено от него лице в размера и в сроковете, посочени в застрахователната полица.

6.2. Застрахованият е отговорен за редовното плащане на застрахователните премии. За да бъде предоставяно покритие съгласно условията на застраховката, застрахованият е длъжен да прогължи да плаща редовно дължимата застрахователна премия и след настъпване на застрахователно събитие, в т.ч. да поднови застраховката без прекъсване, ако към края на застраховката застрахователната претенция не е окончателно уредена.

6.3. Първата застрахователна премия се плаща при попълване и подаване на заявлението за сключване на застраховката.

6.4. Застрахователните премии са месечни и се плащат най-късно до началото на месеца от срока на застраховката, за който се отнасят, като могат и да се предплащат за по-дълги периоди, както и за целия период до края на застраховката. При предплащане на месечните премии Застрахователят може да прилага отстъпки в размер, определен от него в зависимост от периода, за който се предплащат премията.

6.5. Плащането на застрахователната премия се извършва във валутите, одобрени от Застрахователя. Заплащането на застрахователните премии на Застрахователя се извършва по банков път по сметката на Застрахователя. Евантуално възникналите разходи във връзка с плащането на застрахователните премии са за сметка на платеца.

6.6. Размерът на дължимата застрахователна премия се определя от Застрахователя при сключване на застраховката, в зависимост от възрастта на Застрахования. По смисъла на настоящите Общи условия, възрастта на Застрахования се изчислява в навършени години.

6.7. По семейните и груповите застраховки дължимата обща месечна премия по застраховката се определя като сума на месечните премии за всички Застраховани. При застраховки с по-голям брой на Застрахованите, Застрахователят може да прилага отстъпки в размер, определен от него в зависимост от броя на Застрахованите.

6.8. Общата месечна премия по семейните и груповите застраховки е неделима и не може да се заплаща на части.

6.9. При подновяване на застраховката, Застрахователят има право да увеличава размера на месечната премия по застраховката в съответствие с възрастта на Застрахования/ите към датата на подновяването.

6.10. Ако дължимата застрахователна премия не бъде платена редовно, както е договорено, или най-късно в срок от два месеца, считано от датата, до която застрахователните премии са били платени, застрахователният договор се счита за нередовен и действието на застраховката по отношение на покритите рискове се прекратява, считано от 00.00 часа на деня, следващ този, в който са изтекли двата месеца от датата, до която застрахователните премии са били платени.

6.11. **Автоматично възстановяване:** Нередовните застрахователни договори могат да бъдат възстановени, като се платят всички неплатени (пропуснати) застрахователни премии в срок от два месеца, считано

от датата, до която застрахователните премии са били платени.

6.12. Възстановяване след извършване оценка на риска: Когато нередовен застрахователен договор не бъде възстановен в двумесечния срок по т. 6.11., той може да бъде възстановен най-късно до шест месеца, считано от датата, до която застрахователните премии са били платени, след представяне на Здравна декларация от Застрахования/ите на Застрахователя. Въз основа на Здравната декларация се извършва оценка на риска при възстановяване действието на застраховката. В случай че Застрахователят реши да възстанови застрахователния договор, действието му се възстановява след заплащането на всички неплатени (пропуснати) застрахователни премии. В този случай действието на застраховката по отношение на покритите рискове се възстановява, считано от 00.00 часа на деня, следващ този, в който Застрахователят е взел решението за възстановяване на застрахователния договор. В случай че застрахователният договор не бъде възстановен, застраховката се прекратява, платените по застраховката премии не се връщат, като не се дължат и не се изплащат каквито и да било суми по застраховката.

Възстановяване след извършване оценка на риска се допуска само веднъж в рамките на една застрахователна година. Прекратена застраховка не може да бъде възстановена след изтичане на шест месеца, считано от датата, до която застрахователните премии са били платени.

6.13. Застрахователят има право да променя тарифните премии, приложими за всяка отделна възраст, като това се извършва на основание на: технически и актюерски изчисления с цел гарантиране на финансовата и актюерската платежоспособност по застраховката; анализ на всяко увеличение на стойността на покритите медицински процедури; регистрираната честота на претенциите; анализ на всички технологични иновации, прилагани при покритите медицински процедури; или всякакви други промени или обстоятелства, които могат да окажат въздействие върху цената на осигуряваното покритие по застраховката.

VII. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

7.1. Задължение за обявяване:

7.1.1. За сключване на застраховката Застрахованият подава писмено заявление с лична здравна декларация на кандидата/ите за застраховане по образец на Застрахователя. Кандидатът/ите за застраховане е/са длъжен/и лично да отговори/ят пълно, точно и вярно на поставените въпроси и да подпише/ат личната здравна декларация;

7.1.2. Кандидатът/ите за застраховане и Застрахованият са длъжни да обявят всички съществените обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос. Кандидатът/ите за застраховане и Застрахованият са длъжни да предоставят всички данни, документи и/или информация и да отговорят пълно, точно и вярно на всички поставени от Застрахователя въпроси;

7.1.3. В случай че в периода между подписването на заявлението за сключване на застраховката и приемането му, съответно сключването на застрахователния договор, настъпят промени в обстоятелствата декларираны пред Застрахователя, то застрахованото/ите лице/а и/или Застрахованият е/са длъжен/и незабавно да ги съобщи/ят в писмен вид на Застрахователя;

7.1.4. Застрахователният договор се сключва с издаването и подписването на застрахователна полица, след приключване на процедурите по оценка на риска от страна на Застрахователя.

Застрахователната полица се връчва лично на Застрахования срещу подпис;

7.1.5. Застрахователят приема, че ако Застрахованият е изразил своето изрично съгласие в застрахователната полица и/или други писмени договорености между страните, че:

- правната сила на електронния подпис и на усъвършенствания електронен подпис е равностойна на тази на саморъчния подпис на лицето, правещо изявления по повод на Застраховката; и
- желае да бъде адресат на електронни изявления по смисъла на чл. 5 от Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги по повод на Застраховката, в случаите когато писмената форма на уведомяване по Застраховката е задължителна, съгласно Кодекса за застраховането, уведомяванията между страните по Застраховката могат да се извършват и чрез използването на електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 10 от Регламент (ЕС) № 910/2014 или на усъвършенстван електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 11 от Регламент (ЕС) № 910/2014.

7.1.6. Ако при извършване на процедурите по оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят има право да откаже сключването на застраховка, като в този случай платената застрахователна премия се връща, като от нея се удържат извършените от Застрахователя разходи;

7.1.7. По своя преценка Застрахователят може да изиска от кандидат/ите за застраховане и/или Застрахования и същите са длъжни да му предоставят валидна парола за достъп до електронното медицинско досие на съответния кандидат за застраховане, както и да извършат необходимите действия за получаване на тази парола от компетентния орган (в случай че не разполагат с такава). За целия срок на застраховката, Застрахованият и Застрахованият са длъжни да извършват всички необходими действия и да указват необходимото съдействие на Застрахователя, за да има последният непрекъснат достъп до електронното медицинско досие на съответния Застрахован, включително след прекратяване на застраховката.

7.2. Ако след сключването на застраховката се установи, че Застрахованият или Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е преувеличил обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката, ако е знаел за него, Застрахователят може да прекрати застраховката, като при укрити данни за здравословното състояние на Застрахования и за други съществени за застрахователния риск обстоятелства – Застрахователят задържа платените застрахователни премии.

7.3. Ако укритите обстоятелства са от такъв характер, че Застрахователят би сключил застраховката, но при други условия, последният може да поиска изменение на застраховката. Ако Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, застраховката се прекратява с последиците по т.7.2. от тези Общи условия.

7.4. При посочена възраст, пол и други данни за Застрахования, различни от действителните такива, Застрахователят има право, в случай че действителните данни на Застрахования съответстват на условията за сключване на застраховката, да измени същата съобразно действителните данни на Застрахования. В случай че действителната възраст на Застрахования не съответства на условията за сключване на застраховката, Застрахователят има право да прекрати

застраховката с последиците по т.7.2. от тези Общи условия.

7.5. Когато настъпи застрахователно събитие и е налице неточно обявено, премълчано или укриво обстоятелство от Застрахователя или Застрахования, Застрахователят може да откаже застрахователно обезщетение.

VIII. ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Разходи, които не се покриват по застраховката:

8.1. Общи изключения:

- 8.1.1. Разходи, свързани с всички заболявания или състояния, които не са изрично посочени в т.5.1. от настоящите Общи условия;
- 8.1.2. Всички разходи, свързани със заболяване или състояние, което е диагностицирано и/или е проявило първите си свързани медицински документиранни симптоми преди или по време на 180-дневния или 90-дневния Период на изключване, посочен в Раздел IX на настоящите Общи условия;
- 8.1.3. Всички разходи, свързани със заболявания или травми в резултат на война, терористични действия, сеизмични движения, бунтове, граждански въстания, вулканични изригвания, както и преки или непреки последствия от ядрена реакция и всякакви други извънредни или катастрофични събития; както и официално обявени епидемии;
- 8.1.4. Разходи, извършени за лечение на алкохолизъм, пристрастеност към наркотици и/или упойващи вещества и интоксикации, причинени от употреба на алкохол и/или използване на психотропни, наркотични или халюциогенни вещества. Изключват се също така последиците и заболяванията в резултат на опит за самоубийство и самонараняване;
- 8.1.5. Разходи, произтичащи от всички заболявания или състояния: причинени умишлено или с измамни намерения; произтичащи от действия или престъпна небрежност на Застрахования, в резултат на извършване, или опит за извършване на престъпление от Застрахования; в резултат на деяние (действие или бездействие) на Застрахования, което реализира състава на административно нарушение;
- 8.1.6. Претенция, при която Застрахованият преди, по време на или след процедурата по Оценкаване на претенцията, извършвана от Further:
- не е спазвал съветите, предписанията или определения план за лечение на лекуващия Лекар или;
 - отказва да получи каквото и да е медицинско лечение или да бъде подложен на допълнителни диагностични изследвания или тестове, необходими за установяване на окончателна диагноза или план за лечение.
- 8.2. Медицински изключения:**
- 8.2.1. Всички Преходящи /предишни/ заболявания;
- 8.2.2. Експериментално лечение, както и такива диагностични, терапевтични и/или хирургични процедури, чиято сигурност и надеждност не са надлежно доказани научно;
- 8.2.3. Медицински процедури, необходими поради наличие на СПИН (Синдром на придобита имунна недостатъчност), ХИВ (човешки имунодефицитен вирус) или състояние, произтичащо от тях (включително сарком на Капоши) или лечение на СПИН и ХИВ;
- 8.2.4. Всяка услуга, която не е наложителна от медицинска гледна точка за лечението на покрито заболяване или медицинска процедура, описани в т.5.1. от настоящите Общи условия;
- 8.2.5. Всяко алтернативно лечение, услуга, стока или медицинско предписание за Заболяване или здравословно състояние, за което най-доброто

лечение е органна трансплантация, покрито по Застраховката в съответствие с условията на т. 5.1.5. и т. 5.1.6.;

8.2.6. Лечение на дългосрочни нежелани реакции, облекчаване на хронични симптоми или рехабилитация (включително, но не само, физиотерапия, двигателна рехабилитация, езикова и логопедична терапия).

8.3. Изключени разходи:

- 8.3.1. Всички разходи, възникнали във връзка с или произтичащи от диагностични процедури, лечение, услуга, стока или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени в Република България, с изключение на разходите за медикаменти, посочени в т. 5.5.
- 8.3.2. Всички разходи, възникнали във връзка с или произтичащи от диагностични процедури, лечение, услуга, стока или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени навсякъде по света, когато Застрахованият към момента на обявяване на съответното застрахователно събитие не може да се счита за постоянно пребиваващ на територията на Република България и/или за ганъчно задължено лице в Република България в съответствие с местното законодателство и ако Застрахованият не отговаря на някои от следните критерии:
- Застрахованият има постоянен адрес в Република България;
 - Застрахованият пребивава на територията на Република България повече от 183 дни през всеки 12-месечен период;
 - Центърът на жизнените интереси на Застрахования се намира на територията на Република България.
- 8.3.3. Всички разходи, извършени преди издаването на Предварителен медицински сертификат.
- 8.3.4. Всички разходи, извършени в болница, различна от оторизираната и посочена в Предварителния медицински сертификат.
- 8.3.5. Всички разходи, извършени без да са спазени условията по Раздел X от настоящите Общи условия.
- 8.3.6. Разходи, извършени във връзка със социални грижи и услуги, санаторно-оздравителни комплекси, натуропатични центрове, здравна грижа у дома или услуги, предоставени в рехабилитационни центрове и други подобни, хоспис или дом за възрастни хора, дори когато тези услуги се изискват или са необходими в резултат на покрито заболяване или медицинска процедура.
- 8.3.7. Разходи, възникнали за покупката или наемането на даден вид протеза или ортопедични приспособления, корсети, превръзки, патерици, изкуствени крайници или органи, перуки (дори и когато тяхното използване се счита за необходимо при лечение с химиотерапия), ортопедични обувки, бандажи и друго подобно оборудване или материали с изключение на гръдни протези в резултат на мастектомия и протезни сърдечни клапи, които са необходими в резултат на оперативна интервенция, осъществена и покрита по Застраховката.
- 8.3.8. Разходи, възникнали за покупката или наемането на инвалидни столове, специални легла, климатични уреди, въздухоочистители или друго подобно оборудване.
- 8.3.9. Всички лекарства, които не са отпуснати от лицензиран фармацевт или които могат да се получат без лекарско предписание.
- 8.3.10. Разходи, извършени за Алтернативна медицина, дори и когато са специално предписани от лекар.
- 8.3.11. Разходи за медицинска помощ или социални грижи и услуги в случай на Когнитивни нарушения,

- напреднала възраст или мозъчни увреждания, независимо от степента на увреждането.
- 8.3.12. Хонорар на преводач, телефонни и други разходи по отношение на вещи за лично ползване или които не са с медицински характер или за други услуги, предоставяни на роднини или придружители.
- 8.3.13. Разходи, извършени от Застрахования или неговите роднини или придружители с изключение на тези, които са изрично покрити.
- 8.3.14. Необичайни и необосновани разходи.
- 8.3.15. Всякакви разходи, свързани с настаняване или транспортиране, организирани от Застрахования, придружител или жив донор.
- 8.4. Изключени заболявания и медицински процедури:**
- 8.4.1. В случай на лечение на злокачествено новообразувание:
- Всякакъв тумор при наличието на Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН);
 - Злокачествено новообразувание на кожата, което не е хистологично класифицирано като причиняващо инвазия извън епидермиса (външния слой на кожата), с изключение на злокачествен меланом.
- 8.4.2. В случай на байпас на коронарната артерия:
- Всяко коронарно заболяване, което се лекува с помощта на техники, различни от байпас на коронарните артерии, като всички видове ангиопластика.
- 8.4.3. В случай на трансплантация от жив донор:
- Трансплантацията се изключва, когато се налага вследствие на алкохолна чернодробна болест;
 - Трансплантацията се изключва, когато тя се извършва като автотрансплантация;
 - Трансплантацията се изключва, когато Застрахованият е донор на трето лице;
 - Трансплантация от мъртъв донор се изключва;
 - Трансплантация на органи, включваща стволови клетки се изключва;
 - Трансплантацията се изключва, когато е станала възможна чрез покупка на органи от донори.
- 8.4.4. В случай на трансплантация на костен мозък:
- Трансплантацията на хемопоеични стволови клетки с използване на кръв от пълна връв се изключва.

IX. ПЕРИОД НА ИЗКЛЮЧВАНЕ

Правото на обезщетение по застраховката възниква единствено, когато някое от покритите по застраховката заболявания или медицински процедури са диагностицирани или са проявили първите си медицински документиранни симптоми след изтичане на:

- периода от 180 дни - за индивидуалните, семейните или груповите застраховки, при които групата е формирана на доброволни начала;
- периода от 90 дни - за груповите застраховки, при които групата е формирана на задължителен принцип в съответствие с т. 4.7. и т. 4.8. от тези Общи условия,

считано от началото на застраховката или от датата на влизане на застраховката в сила за съответния Застрахован.

При подновяване на Застраховката без прекъсване Периодът на изключване за съответния Застрахован не се прилага.

X. ПРОЦЕДУРА ЗА УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

10.1. При диагностициране на покрито заболяване или медицинска процедура, посочени в т.5.1. от настоящите Общи условия, Застрахованият или неговият законен представител са длъжни да спазят настоящата процедура.

10.2. Спазването на процедурата за уреждане на претенции е необходимо условие за получаването на лечение, услуга, стока или медицинско предписание във връзка с покрито по застраховката заболяване или здравословно състояние.

10.3. Уведомление за претенция (Предявяване на претенция):

10.3.1. Further трябва да бъде уведомена възможно най-бързо за всяка потенциална Претенция. Застрахованият ще бъде информиран за нужните стъпки за предоставяне на Further на резултатите от всички съответни диагностични изследвания и медицински документи, необходими за оценяване валидността на претенцията.

10.3.2. Ако Застрахованият поиска услугата Второ медицинско мнение, тази услуга трябва да бъде предоставена преди потвърждаване на покритието във връзка с Претенцията съгласно условията на Застраховката.

10.3.3. Застрахованият е длъжен да съдейства на Further, предоставяйки на Further свободен достъп до медицинските документи, с които Застрахованият или ангажирани с лечението лекари, болници или други здравни заведения разполагат до датата, на която потенциалната Претенция е била предявена.

Валидността на всяка предявена Претенция по отношение на покритието по Застраховката се оценява, едва след като цялата необходима информация бъде предоставена от страна на Застрахования и съответните лекари, болници или други здравни заведения.

10.4. Оценяване на претенцията:

10.4.1. След получаване на резултатите от всички съответни диагностични изследвания и историята на заболяването, изискани от Further, Застрахованият ще бъде информиран относно валидността на Претенцията съгласно условията на Застраховката.

10.5. Избор на международна болница:

10.5.1. Ако Застрахованият желае да получи Лечение в чужбина, Further му предоставя списък с препоръчаните Болници.

10.6. Предварителен медицински сертификат:

10.6.1. След получаване потвърждението на Застрахования за неговото решение да получи Лечение в чужбина в Болница, избрана от списъка на препоръчаните Болници, Further организира посредством услугата Медицински консиерж необходимите логистични и медицински приготовления за правилния прием на Застрахования и издава Предварителен медицински сертификат, валиден само за тази Болница.

10.6.2. Списъкът с препоръчаните Болници и Предварителният медицински сертификат се издават въз основа на здравословното състояние на Застрахования към момента на издаването им. Тъй като здравословното състояние може да се промени във времето, двата документа имат валидност от три месеца.

10.6.3. В случай че Застрахованият не избере Болница от списъка с препоръчаните Болници или не започне лечение в одобрената и посочената в Предварителния медицински сертификат Болница в срок от три месеца от издаването им, тези документи могат да бъдат преиздадени отново въз основа на здравословното състояние на Застрахования по това време.

10.6.4. Доколкото условията на Предварителния медицински сертификат са спазени, Застрахователят покрива директно медицинските разходи по т.5.3. и разходите за необходимите пътувания и настанявания, подробно описани в т. 5.4.1. и 5.4.2., при спазване на ограниченията, изключенията и условията, посочени в застрахователната полица и настоящите Общи условия.

10.7. Връщане от Лечение в чужбина:

Етапът Лечение в чужбина приключва с потвърдението от Further, че Лекарят(ите) в чужбина не е(са) предписал(и) допълнително лечение по Медицинска необходимост.

След приключване на етапа Лечение в чужбина Further осигурява окончателното връщане на Застрахования и неговия придружител в Република България и предоставя на Застрахования указанията относно ползването на покритиите Медицински разходи след връщане от Лечение в чужбина, описано подробно в Раздел V. Тези указания се изготвят въз основа на препоръките на Лекаря(ите) в чужбина.

След връщането на Застрахования в Република България той има право:

- да му бъдат възстановени разходите за медикаменти, посочени в т. 5.5., и;
- да изиска от Further да организира Последващо наблюдение през следващите 180 дни, както е посочено в т. 5.6.

10.8. Оценка на Претенциите след връщане от Лечение в чужбина:

При окончателното връщане на Застрахования в Република България след Лечение в чужбина, описано в т. 5.3., проявата в здравословното състояние на Застрахования може да обуслови потребността от нова оценка за по-нататъшно лечение по Медицинска необходимост. При условие че Застрахователната полица на Застрахования е все още в сила, той има право да се свърже с Further, за да поиска извършването на тази оценка.

След това Further отново информира Застрахования за нужните стъпки за предоставяне на всички съответни диагностични изследвания и медицински документи на Further, необходими за извършването на тази оценка.

- В случай че оценката на Further потвърди, че е налице Медицинска необходимост за по-нататъшно лечение на същото Заболяване или извършване на Покрита медицинска процедура, които са били проведени по-рано по Застраховката, Further преценява това (както е посочено в т. 10.3. и т. 10.4.) и го удостоверява пред Застрахования с издаването на нов Преварителен медицински сертификат, съпроводен с последващ списък на препоръчани Болници за евентуално Лечение в чужбина (както е посочено в т. 10.5. и т. 10.6.), което се счита за продължение на същата Претенция.

В случай че от гледна точка на Further е медицински обосновано, оценката може да налага извършването на ново Второ медицинско мнение.

След окончателното връщане на Застрахования в Република България след приключване на този нов етап Лечение в чужбина, започва да тече нов период от 180 дни за Последващо наблюдение (както е описано в т. 5.6.).

- Ако оценката на Further установи, че това ново искане е свързано с различно Заболяване или медицинска процедура и поради това не може да бъде отнесено към предходната Претенция, този случай се счита за нова и отделна потенциална Претенция и трябва да бъде следван целият процес, описан подробно в този Раздел X.

10.9. Застрахованият и неговите роднини са длъжни да допускат посещения от лекари, работещи за Further и/или за Застрахователя и получаването на всякакви сведения, считани от Застрахователя за необходими, като за тази цел лекарите, които са посетили и прегледали Застрахования, се освобождават от задължението да пазят професионална тайна.

10.10. Негодускането на тези посещения и/или на получаването на сведения е основание за Застрахователя да откаже застрахователно обезщетение по съответната претенция, покритата по условията на застраховката.

XI. СЪБЩЕНИЯ

11.1. При сключване на застраховката Застрахованият посочва адрес за кореспонденция, на

който ще получава всички писмени съобщения, искания или съгласия, документи и други книжа във връзка със застраховката. Адресът за кореспонденция може да не съвпада с постоянния адрес на физическото лице (по документ за самоличност) или с адреса на управление на юридическото лице. Застрахованият заявява и адрес на електронна поща (e-mail адрес) и номер на мобилен телефон, на които Застрахователят може да изпраща електронни съобщения и/или кратки текстови съобщения (SMS), генерирани от специализирана интерактивна мобилна информационна система, относно дължими по застраховката застрахователни премии, нередовност на застраховката/застрахователната полица и/или нейното предсрочно прекратяване и други.

11.2. В случай че Застрахованият отсъства за повече от 30 дни от посочения в застрахователната полица адрес за кореспонденция, е длъжен да определи пълномощник в Република България, който да получава цялата кореспонденция, свързана със застраховката.

11.3. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователната полица адрес за кореспонденция, заявения номер на мобилен телефон или заявения e-mail адрес и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/номер на мобилен телефон/e-mail адрес. В случай че Застрахованият не уведоми писмено Застрахователя относно промяната на своя адрес/номер на мобилен телефон/e-mail адрес или не определи пълномощник, до получаването на съобщението за промяна на адреса/номера на мобилен телефон/e-mail адреса от страна на Застрахователя или до определянето на пълномощник с посочен адрес за кореспонденция, съобщенията изпратени от Застрахователя на адреса/номера на мобилен телефон/e-mail адреса на Застрахования, обявени в застрахователната полица, се смятат за връчени и получени от Застрахования с всички предвидени в закона или застрахователната полица правни последици.

XII. ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

12.1. Застрахователят е администратор на лични данни, който обработва личните данни при спазване изискванията на Закона за защита на личните данни и на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския Парламент и на Съвета от 27 април 2016 година 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.

12.2. Лични данни, събирани и обработвани от Застрахователя могат да бъдат имена, адрес, дата на раждане, пол, номер на документ за самоличност, телефонни номера, адреси на електронна поща, данни за банкова сметка и/или кредитни/дебитни карти, начин на живот и други.

12.3. Застрахователят използва лични данни за следните цели:

12.3.1. Подготвяне, сключване и администриране на договори за ползване на финансови услуги на лицето, чиито лични данни се обработват;

12.3.2. Предоставяне на услуги и продукти, които по-точно отговарят на потребности на лицето, чиито лични данни се обработват;

12.3.3. Изпълнение на законовите изисквания към Застрахователя, предоставящ финансови услуги;

12.3.4. Изпращане на информация, свързана с договори както и такава за продукти и услуги, които да отговарят на потребности на лицето, чиито лични данни се обработват;

12.4. Застрахователят може да предостави достъп до личните данни, които съхранява и обработва на следните институции/лица:

12.4.1. Държавни и други публични органи, дружества от групата на Алианс, други застрахователни и/или презастрахователни дружества, застрахователни посредници/брокери, банки и други;

12.4.2. Технически консултанти, адвокати, оценители на щети, сервизи, лекари, както и компании, на които

Застрахователят предоставя извършването на конкретна дейност;

12.4.3. При реорганизация и/или преобразуване на Застрахователя продажба на застрахователен портфейл, както и всякакво друго отчуждаване на част от дейността или активите на Дружеството, включително при производство по несъстоятелност;

12.4.4. Изпълнение на законово задължение, включително и при производство, инициирано по сигнал или жалба от страна на лицето, чиито лични данни се обработват.

12.5. Лицето, чиито данни се обработват, има следните права, касаещи личните му данни:

12.5.1. Достъп до информация, касаеща начина на обработване и разкриване на лични данни;

12.5.2. Ограничаване на обработването на лични данни;

12.5.3. Оттегляне на съгласието за обработването на лични данни;

12.5.4. Спиране на обработването на личните данни, включително за целите на директния маркетинг;

12.5.5. Корижиране или заличаване на лични данни;

12.5.6. Предоставяне на лични данни на друго дружество за предлагане на финансови услуги;

12.5.7. Подаване на жалба, касаеща обработката и съхранението на личните данни;

12.5.8. Лицето, чиито данни се обработват, може да осъществи горепосочените права с писмено заявление, изпратено до застрахователя.

12.5.9. Лицето, чиито данни се обработват, има право на информация и достъп, както и да поиска поправка, до отнасящите се за него лични данни, обработвани от Застрахователя, като информацията и достъпа до тях се предоставяват безплатно.

12.6. Съгласие за предоставяне, съхранение и обработка на лични данни:

С подписването на тези Общи условия, лицето се съгласява:

12.6.1. Застрахователят да събира, обработва и съхранява лични данни, отнасящи се до него, включително здравна и друга чувствителна информация, ако това е необходимо за целите на обслужване на застрахователния договор, както и за другите цели по т. 12.3.;

12.6.2. Застрахователят да събира информация от трети лица: здравна и друга информация от лекари, медицински сестри, здравни заведения, фондове за здравно застраховане/осигуряване, професионални организации, държавни органи и други, ако това е необходимо за целите на обслужване на застрахователния договор, както и за другите цели по т. 12.3.;

12.6.3. Застрахователят да предоставя личните му данни на трети лица, включително извън Европейското икономическо пространство при спазване на необходимите гаранции за защита, за обработване в същата степен и за същите цели като посочените в т. 12.3.;

12.6.4. Застрахователят да получава информация, относима към кредитната му история: да получава данни за извършени плащания и кредитна история от дружества, поддържащи такива данни за предоставянето на оферта и/или сключването и обслужването на застрахователния договор;

12.6.5. Застрахователят да използва личните му данни за целите на директния маркетинг: да обработва личните му данни, за да му предоставя рекламна информация относно продукти и услуги, които биха представлявали интерес за него и други;

12.6.6. Лицето може да оттегли съгласието си по т. 12.6. по всяко време чрез подаване на писмено съобщение до застрахователя за оттегляне на съгласието.

12.7. В случай, че лицето откаже да предостави личните си данни, Застрахователят може да откаже да сключи застрахователния договор и/или да прекрати обслужването му, ако липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на застрахователния риск или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси.

12.8. Застрахователят е предприел всички законово определени мерки за защита на личните данни, съгласно действащото българско и европейско законодателство. Подробна информация относно мерките за защита на данните, целите, за които се събират и лицата, на които могат да бъдат разкрити се съдържа на следния електронен адрес: www.allianz.bg.

XIII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

13.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на три години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

13.2. За погрешно или неправилно внесени застрахователни премии, както и за несвоевременно предоставени обезщетения, Застрахователят не дължи лихви.

13.3. Възникналите по застраховката спорове между Застрахователя, от една страна, и Застрахователя или застрахованите лица, от друга, се уреждат по доброволен начин и чрез преговори. Споровете между страните, които не могат да бъдат уредени чрез преговори, се отнасят за решаване към компетентния български съд по седалището на Застрахователя. Когато искът е срещу потребител по смисъла на Закона за защита на потребителите, спорът се решава от компетентния български съд, в района на който е постоянният адрес на отговорника.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на ЗАД "Алианц България Живот" на 09.10.2013 г. и са в сила от 10.10.2013 г., същите са изменени на 04.02.2015 г., 24.04.2018 г., 30.09.2020 г. и са в сила от 01.10.2020 година.

Застраховател: _____

Застрахован: _____

За Застрахователя: _____
