

Общи условия

за здравна /медицинска/ застраховка „УНИКА за нашето здраве“

РАЗДЕЛ I. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Общи положения

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, по-нататък наричана застраховател, по тези Условия за здравна /медицинска/ застраховка (наричани по-нататък: Условия/Условията), застрахова с Договор за медицинска застраховка, физически лица, по-нататък наричани застрахован, в случай на злополука и/или заболяване за рисковете и при условията, посочени по-долу.

Здравната застраховка се базира върху:

1. разпоредбите на Закона за здравното осигуряване;
 2. разпоредбите на Кодекса за застраховането и други норми на българското законодателство във връзка с положения, които не са уредени в тези Условия;
 3. специално договорени условия, изложени в полицата и нейните приложения (ако има такива);
 4. писмените изявления на кандидата за застраховане, изложени в предложението за сключване на застраховка и във всички останали документи, имащи отношение към случая.
- (2) Териториалният обхват на застрахователното покритие включва застрахователни събития, настъпили на територията на Република България, освен в случаите на изплащане на обезщетение под формата на фиксирани парични суми.

Понятия и дефиниции

Член 2. Понятията, използвани в настоящите Условия и застрахователните договори, ще имат следното значение:

1. **Застраховател:** Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, с адрес: гр. София 1000, бул. „Тодор Александров“ № 18, ЕИК 831626729, оторизирана от Националния съвет по застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност № 27/10.08.1998 г., допълнителен лиценз № 1034-ЖЗ/24.10.2012г.
2. **Застрахован/Застраховано лице:** Физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор.
3. **Застраховач:** Физическо или юридическо лице, както и всяка друга организация, която от името на и в интерес на застрахования и/или от свое име сключва договор за медицинска застраховка със застрахователя и която поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия.
4. **Членове на семейството:** Съпруг, съпруга или лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство в общо домакинство, на общ постоянен адрес, биологични и/или осиновени деца на застрахования, които съгласно закона са зависими лица до навършване на 18 или до 26 годишна възраст, в случай на студент редовно обучение. Възрастовата граница не е приложима за деца, които не са способни да живеят самостоятелно поради степен на физически или душевни увреждания, които не им

позволяват извършването на нормалните двигателни или физически функции.

5. **Ново застраховано лице:** Лице, което е включено в обхвата на застраховката през срока на действие на застрахователния договор.

6. **Застрахователен договор:** Състои се от тези Условия, застрахователна полица, здравни пакети, предложение за сключване на застраховка, здравен въпросник, списък на застрахованите лица и Специални условия и добавъци, ако има издадени такива.

7. **Застрахователна полица:** Част от документите по договора, която съдържа имената на страните по застрахователния договор, адреси, застрахователни покрития, лимити и условия, застрахователната премия, срокове по застраховката, както и подписите на страните по договора.

8. **Добавък:** Неразделна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

9. **Застрахователно покритие:** Рискове, произтичащи от заболяване, телесно увреждане при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с финансовото обезпечаване на определени медицински услуги и стоки, както и фиксирани суми за загуба на доход, които застрахователят поема да покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, дефинирани в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите условия и застрахователната полица.

10. **Лимит на отговорност:** Посочените в застрахователната полица максимална сума и/или максимален обем от здравни услуги и стоки, представляващи горната граница на отговорност на застрахователя за всеки вид медицински обосновано лечение в рамките на обхвата на приложимото продуктово ниво за всяко застраховано лице, за застрахователната година.

11. **Здравен пакет:** Съвкупност от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които застрахователят се ангажира да предостави на застрахованото лице с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве, при условията, определени в настоящите Условия, застрахователния договор и приложенията към тях.

12. **Продуктово ниво:** Опция или ниво на покритие на застрахованите рискове и застрахователни плащания, посочени в застрахователната полица като действащи за съответен застрахователен договор.

13. **Застрахователен период:** Периодът от 12 (дванадесет) месеца, считано от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор.

14. **Лекар:** Всяко лице, притежаващо диплома от общопризнат 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.

15. Болест: Анормално според общопризнатото ниво на медицинската наука телесно или душевно състояние.

16. Злополука: Събитие, настъпило за първи път в срока на застраховката, независимо от волята на застрахованото лице, което, в резултат на непредвидени действия или причини от външен произход, внезапно оказва механично или химично въздействие отвън върху неговото тяло и води до телесно увреждане. За злополука се считат и следните събития, независимо от волята на застрахованото лице:

16.1. удавяне;

16.2. изгаряне, попарване с течности, последствие от удар от мълния или от електрически ток;

16.3. отравяне от храна, химикали или поради вдишване на газове или токсични пари, освен в случаите, когато тези ефекти настъпват постепенно;

16.4. счупване на здрави кости, изкълчвания на крайници, разтягания и разкъсвания на мускули, сухожилия, връзки и капсули;

16.5. застрахователната защита се разпростира и върху злополуки, причинени от сърдечен инфаркт, и такива, предизвикани от инсулти, с изключение на такива, които се дължат на ефектите на наркотици или алкохол. При никакви обстоятелства, обаче, инфаркт на миокарда не може да се счита за последствие от злополука.

17. Медицинско лечение: Лечение или медицинска терапия е всякаква медицинска или хирургическа процедура, която отговаря на общоприетите норми на медицинската наука и е подходяща за облекчаване на симптомите на заболяване, подобряване на здравето или предотвратяване влошаване на здравето, или лечение на заболяване и телесно увреждане от злополука с цел възстановяване на здравето.

18. Медицински обосновано лечение: Здравна услуга, медицинско-технически помощни средства, импланти, медицински принадлежности или лекарство, което е медицински обосновано, в случай че:

18.1. е подходящо и необходимо за диагнозата и лечението на заболяване или нараняване, имащи покритие по полицата и определено съгласно настоящите Условия;

18.2. е необходимо за предотвратяването на заболяване (превантивна здравна услуга), лечение, подобряване на здравословно състояние или предотвратяване влошаване на здравето на застрахованото лице;

18.3. не надвишава по отношение на обема, продължителността или интензивността нивото на защита, необходима за предоставяне на безопасно и подходящо лечение;

18.4. е предписано от правоспособен лекар;

18.5. е настъпило през срока на действието на застрахователния договор;

18.6. е в съответствие с общоприетите професионални стандарти за медицинска практика в Република България;

18.7. не е основно предназначено за личен комфорт или удобство на пациент, семейство, лекар или друг доставчик на здравни услуги;

18.8. не е част от образователно или професионално обучение на пациент и лекар, нито в каквато и да било връзка със същото;

18.9. не е експериментално или не се намира в стадий на изследване.

19. Спешно състояние: Спешно състояние е остро 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 на

остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма, оказвана в рамките на 12 (дванадесет) часа от момента на приемане на застрахованото лице в здравното заведение, за да бъде избегнато очакваното развитие на състоянието.

20. Предварително съществуващи заболявания или състояния: Означава всяко здравословно състояние, което е последствие от някое предишно установено заболяване или злополука, или което е изисквало лечение, или лекарствени средства преди влизането в сила на застрахователния договор, т.е. преди началото на застраховката, с което застрахованият е бил запознат към момента на сключване на застрахователния договор или не е спазил медицински препоръки за установяване на медицинско състояние.

21. Хронично заболяване: Означава нараняване, болест или състояние, което се характеризира с една или повече от следните характеристики:

21.1. за него не е известно общопризнато средство за лечение;

21.2. продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;

21.3. изисква палиативно лечение;

21.4. изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;

21.5. лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено, за да се справя със заболяването;

21.6. води до загуба на работоспособност.

22. Извънболнично лечение: Медицински услуги, предоставяни на застрахованото лице в амбулаторни условия, в съответствие с медицинските стандарти, извършени в лечебни заведения за извънболнична помощ, регистрирани съгласно Закона за Лечебните заведения.

23. Болница: Лицензирано здравно заведение за болнично лечение, създадено и регистрирано съгласно Закона за лечебните заведения за лечение и предоставяне на медицинска терапия на болни и лица, пострадали при злополука, в болнични условия.

24. Болнично лечение/Хоспитализация: Медицински услуги, предоставяни на застрахованото лице в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, лечение или наблюдение.

25. Рехабилитационен център: Лечебно заведение, регистрирано съгласно българското законодателство, за лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето, и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние, както и лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна или психическа рехабилитация, балнео, климатотерапия или таласолечение.

26. Хирургическа интервенция (операция): Означава всяка медицинска процедура, извършена от лекар специалист по профилна специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти, при която се нарушава анатомичната цялост на тялото и/или вътрешен орган, изпълнявана, за да бъде поставена диагноза или да се предостави лечение на застрахованото лице, вследствие заболяване или телесно увреждане. Интервенцията трябва да е документирана с оперативен протокол и епикриза.

27. 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.

28. Медицински разходи: Всички разумни и необходими разходи, направени във връзка с медицинско или хирургическо лечение на медицинско състояние, оказано от лекар-специалист, към когото застрахованото лице е било насочено.

29. За разумни и обичайни разходи се считат разходите, чиято стойност не надвишава средната цена, за същата или подобна медицинска терапия (прегледи, изследвания, лечение, услуги), по цените на лечебните заведения, с които застрахователят има сключен договор.

Списък с най-често използваните здравни стоки и услуги е качен на сайта на компанията и се актуализира в началото на всяка година.

30. Застрахователно обезщетение: Общата дължима сума от застрахователя, за лечение на всяко отделно телесно нараняване или заболяване на застрахованото лице.

31. Самоучастие: Частта от разходите, за които застрахованото лице поема отговорност в случай на настъпване на застрахователно събитие, при условията, посочени в застрахователния договор. Застрахованото лице лично заплаща самоучастието за всяка отделна щета.

32. Мрежа от лечебни заведения: Здравни и медицински центрове, болници, лаборатории, частни практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които имат действащ договор за предоставяне на услуги със застрахователя, и в които застрахованото лице използва услугите съгласно застрахователната полица и по начина, установен от настоящите условия.

33. MedUNIQA SOS център: Центърът за телефонно обслужване на застрахователното дружество, чрез който застрахованите лица се свързват с представители на застрахователя, които им оказват съдействие при реализиране на правата по застраховката по установения в настоящи условия начин.

34. Второ медицинско мнение: Услугата второ медицинско мнение предоставя възможност на застрахования при диагностициране на заболяване, неизискващо спешно лечение, да получи експертна препоръка за най-подходящото лечение от водещи световни специалисти. Ползването на услугата се реализира със съдействието на компания партньор MediGuide.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Предмет на застраховката

Член 3.(1) По настоящите застрахователни условия, срещу получаване на застрахователна премия, Застрахователят се задължава да поеме рискове, произтичащи от заболяване, телесно увреждане при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с финансовото обезпечаване 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 „Застрахователно покритие“ на настоящите условия и застрахователната полица. Взаимоотношенията между застрахования, застрахователя и застрахования се уреждат на базата на сключен писмен застрахователен договор при тези Условия и всички приложения към тях.

(2) Със сключването на застрахователния договор застрахованият се задължава да плаща премия на застрахователя в уговорените срокове, а в случай на настъпване на събитие със застраховано лице, с осигурено покритие от застраховката, застрахователят се задължава да компенсира разходите за медицински обосновано лечение или да изплати обезщетение в съответствие с настоящите условия и договора.

(3) Застрахователят изпълнява задълженията си в следните форми:

1. абонаментно обслужване – предоставяне на застрахованото лице ползването на здравни услуги и стоки от изпълнители на медицински услуги и доставчици на медицински стоки, с които застрахователят е сключил договор. Финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и стоки се уреждат директно между застрахователя и изпълнителя на здравни услуги;

2. възстановяване на разходи – при настъпване на застрахователно събитие застрахователят частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на застрахованите лица от свободно избрани от тях изпълнители на здравни услуги;

3. изплащане на фиксирани парични суми – застрахователят изплаща на застрахованото лице фиксирана сума при настъпване на предвидените в застрахователния договор случаи, независимо от направените разходи;

4. формата на изпълнение на задължението на застрахователя е посочена в застрахователните пакети, неразделна част от застрахователния договор. В случай че към застрахователния договор не се прилагат здравни пакети, формата на изпълнение на задължението на застрахователя се посочва в застрахователната полица или специалните условия на застраховката.

(4) Застрахователят предлага два типа здравно застраховане:

1. „Допълнително здравно осигуряване“ е застраховка, която надгражда правата на застрахованите лица по отношение на задължителното здравно осигуряване. Застраховат се лица с валидни непрекъснати здравноосигурителни права. При този тип застраховане се използва формата на абонаментно обслужване на застрахованите лица в мрежата от лечебни заведения на УНИКА и формата възстановяване на разходи със самоучастие на застрахованото лице при свободен избор за лечение, в здравни заведения извън мрежата на УНИКА;

2. „Частно здравно осигуряване“ е застраховка, която не е обвързана с покритието съгласно правата по задължителното здравно осигуряване. При този тип застраховане се използват и двете форми на обслужване, без прилагане на самоучастие при избор на здравно заведение за лечение извън мрежата на УНИКА.

(5) Застрахователят предоставя здравно застраховане въз основата на сключен застрахователен договор за избран тип здравно застраховане, избран здравен пакет и избрано продуктово ниво. Застрахованият избира типа здравно застраховане, застрахователния пакет и продуктово ниво, като изборът се отразява в застрахователната полица.

(6) Размерът на обезщетението на разходи за лечение, предоставяно от застрахователя, не може да бъде по-високо от максималните лимити, предвидени в договора за съответните здравни пакети.

(7) Застрахованото лице е задължено да използва медицински обосновани лечения от изпълнители на медицинска помощ, регистрирани на територията на Република България.

(8) Здравните застраховки са поименни и правата по тях не могат да бъдат преотстъпвани.

РАЗДЕЛ III. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Видове застрахователни договори

Член 4. (1) Застрахователните договори биват:

1. Индивидуален застрахователен договор – съгласно който се застрахова едно физическо лице. По тези застраховки застраховател може да бъде застрахованото лице или друго физическо или юридическо лице. Ако застрахованият и застрахованият не са едно и също лице, застрахованият трябва да даде писмено съгласие за застраховането си, за да може договорът да влезе в сила. Ако застрахованият е непълнолетно дете, предложението за застраховане трябва

да бъде подписано от неговия родител или настойник. Писменото съгласие се отразява на определените за това места в Предложението за сключване на застраховката.

2. Семейен застрахователен договор – съгласно който се застраховат всички членове на едно семейство (съпрузи или лица, живеещи на семейни начала, деца). Застраховач може да бъде член на семейството или друго физическо или юридическо лице. Застрахованите лица трябва да предоставят писмено съгласие за застраховането им. Ако някое от децата е непълнолетно, застраховката се сключва с писменото съгласие на родителите. Писменото съгласие се отразява на определените за това места в Предложението за сключване на застраховката.

3. Групов застрахователен договор – съгласно който се застрахова група лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирана с незастрахователни цели:

3.1. списъкът с лицата, на които е предоставено застрахователно покритие, представлява неразделна част от груповия застрахователен договор;

3.2. при груповия застрахователен договор всяко застраховано лице може да включи членовете на своето семейство по застраховката и да заплаща дължимата застрахователна премия за членовете на семейството;

3.3. включване на членове на семейство към груповата застраховка може да бъде извършено само ако те са с непрекъснати здравно осигурителни права по отношение на задължителното здравно осигуряване;

3.4. включването на членове на семейството към груповата застраховка може да бъде извършено чрез добавяне в списъка на застрахованите лица на съществуващата групова полица на застраховачия или чрез издаване на отделна полица, която ще предоставя покритие само за членовете на семейството на застрахования. Ако е издадена отделна полица, застраховач е физическото лице, застраховано с груповата полица, което включва членовете на своето семейство по застраховката. Включване за членове на семейството може да бъде извършено най-късно до 60 дни след влизането в сила на застраховката. За новоназначени лица към груповата застраховка, срокът за включване на членове семейство е до 30 дни от влизането в сила на застраховката за съответното застраховано лице;

3.5. полицата за членове на семейството се издава с дата на край на полицата, както на груповата полица, независимо от началната и дата, след получаване на подписано предложение за застраховане, като застраховачият заплаща цялата дължима годишна премия.

Форма на застрахователния договор

Член 5. (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(2) Предложението за застраховане, здравният въпросник, евентуални медицински заключения и резултати от медицинските изследвания, застрахователната полица, общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към застраховката, са неразделна част от договора за застраховка.

(3) Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни само ако са сключени в писмена форма.

(4) Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица или писмото за покритие са подписани от застраховачия и застрахователя.

Срок и прекратяване на застрахователния договор

Член 6. (1) Застраховката се сключва за срок от 1 (една) година, като за индивидуални и семейни застраховки началото е винаги 1-во число на месеца, следващ месеца на предложението.

(2) При предсрочно прекратяване на договор, преди края

на текущия застрахователен период, застрахователят има право на цялата дължима премия за лицата, за които са предявени или изплатени застрахователни претенции. За лицата, за които няма предявени или изплатени претенции, застрахователят задържа съответната премия, само частта от застрахователния период, през който е носил отговорност. Договорът може да бъде прекратен от всяка една от страните по договора с едномесечно писмено предизвестие.

(3) Независимо от срока на действие на застрахователния договор, застраховката ще бъде прекратена за всеки застрахован, в случай на:

1. смърт на застраховачия или обявяване на несъстоятелност или ликвидация на юридическото лице, когато то се явява страна по договора, ако в срок от 30 (тридесет) дни след смъртта/несъстоятелността на застраховачия застрахованите лица не са уговорили със застрахователя продължаване на застраховката чрез определяне на нов застраховач, с изключение на застрахованите лица по договори, за които премията за оставащата част от срока на действие на застрахователния договор е била платена;

2. смърт на застраховано лице по отношение на това лице;

3. с изтичане на годината, в която застрахованото лице навършва 70 години, по отношение на индивидуални, семейни застраховки и членове семейства към групови договори. За застрахованите с групови застраховки с навършване на 80 години;

4. прекратяване на трудовите правоотношения или членството на застрахования при застраховачия, или ако спре да бъде потребител на услугите, предоставяни от застраховачия, когато това е било основанието за получаване на статут на застраховано лице към групов застраховка;

5. настъпване на други събития, определени съгласно Условията.

(4) При всеки случай след прекратяване на застраховката за застрахован с групов застраховка се прекратява и застраховката за членовете на семейството му, ако такава е сключена, независимо от основанието за прекратяване на застраховката на застрахования, освен в случая, определен съгласно ал. 3, точка 1 от настоящия член.

Начало и край на застрахователния договор и застрахователното покритие

Член 7. (1) Застрахователният договор влиза в сила в 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска по премията е била платена, освен ако не е договорено друго.

(2) Ако първата договорена премия не е била платена до датата, отбелязана в полицата, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е била платена първата договорена премия в нейния пълен размер.

(3) Застрахователното покритие и отговорността на застрахователя влизат в сила от 24:00 часа на датата, на която изтича съответният отлагателен период, при условие че е платена премията или първата вноска от нея, освен ако не е договорено друго. За покритията, за които не са предвидени отлагателни периоди, отговорността на застрахователя влиза в сила от 00:00 часа на датата, на която влиза в сила застрахователният договор.

(4) Отговорността на застрахователя в случая, определен съгласно член 10 ал. (5) от настоящите Условия, ще започне от 24:00 часа на датата, когато изтече срокът от 10 (десет) дни от датата, на която застрахователят е получил заявлението за застраховане, при условие, че премията или вноската по премията е била платена, освен ако не е уговорено друго.

(5) Отговорността на застрахователя се прекратява от момента на изтичането на 24-я час на датата, отбелязана в полицата като дата на край на застраховката.

(6) Застрахователят няма да изплати обезщетение

за разходите, направени вследствие на медицинско лечение или терапия, извършена след прекратяване на отговорността на застрахователя в съответствие с ал. (5) от настоящия член, независимо дали лечението е започнало по време на срока на действие на застрахователния договор.

Сключване на застрахователния договор

Член 8. (1) Застраховат се здрави лица със стандартен застрахователен риск. Лица със завишен застрахователен риск се приемат за застраховане по условията на чл. 10 от настоящите Условия.

(2) С Индивидуални застрахователни договори, както и членове семейство към групови договорисе застраховат лица на възраст до 69 години към датата на сключване на застраховката.

(3) С Групови застрахователни договори се застраховат лица, на възраст до 79 години към датата на сключване на застраховката.

(4) Възрастта на застрахованото лице се определя като разлика между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.

Член 9. (1) Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение за застраховане, съставено по образец на застрахователя, към което се прилагат следните документи:

1. при индивидуално и семейно застраховане – здравен въпросник по образец на застрахователя;
2. при групово застраховане с численост на групите до 10 лица – здравен въпросник по образец на застрахователя и списък на застрахованите лица. За групи от 10 и повече лица, когато се застраховат всички членове на групата, застрахователят може да сключи застраховката без представяне на здравен въпросник;
3. при групово застраховане с численост на групите над 30 лица – списък на застрахованите лица. В случай че се застраховат само част от членовете на предварително формираната група застрахователят има право да изиска представяне и на здравен въпросник за всички или част от кандидатите за застраховане;
4. независимо от големината на групата здравен въпросник се представя и от кандидатите за застраховане, представляващи повишен риск по смисъла на чл. 10;
5. здравен въпросник се предоставя и за членовете семейство към групов застраховка, освен ако не е договорено друго.

(2) В предложението за сключване на застраховката застрахованият посочва избория от него тип застраховане, здравни пакети и продуктово ниво.

(3) Въпросникът за здравословното състояние се попълва при първо включване към застраховката.

(4) Здравен въпросник се попълва и в случаите на възстановяването на прекратен договор или продължаването му за следващ застрахователен период, когато между датите на прекратяване/изтичане на застрахователния договор и датата на продължаването или възстановяването му са изминали повече от 30 (тридесет) дни.

(5) Кандидатът за застраховане е задължен да предостави вярна информация на застрахователя за своята истинска възраст и здравословно състояние.

(6) Застрахователят има право да изисква от страната, за която е било установено, въз основа на въпросника, че даден кандидат представлява повишен риск, да извърши допълнителни медицински прегледи и изследвания, за да се даде пълнота на картината за неговото здравословно състояние при сключване на застраховката. Разходите за тези прегледи и изследвания са за сметка на кандидата за застраховане.

(7) Застрахователят си запазва правото да поиска в

писмена форма допълнителна информация, която смята за необходима, за оценката на риска при подписване на застрахователния договор.

(8) Застрахователят има право да включи в застраховката с увеличената премия, по начина, определен в член 10 от настоящите Условия, лице, за което въз основа на здравния въпросник е установено, че представлява повишен риск. Застрахователят също има право да откаже застраховка, ограничи или изключи определени покрития за такова лице или да предложи изменени условия.

(9) Застраховката покрива членове на семейството на застрахования само ако тяхната самоличност и родствена връзка е посочена в полицата, застрахователния договор или списъка със застраховани лица и в случай че премията за тях е била платена.

(10) След като застрахователният договор влезе в сила, в обхвата на застрахователното му покритие може да се включи ново лице, само ако новото лице отговаря на един от следните критерии:

1. в случай на групов застраховка, ако придобие статут на нов служител или ако лицето промени условията на работа със застрахования, потребител на услуги на или стане член на дружеството на застрахования;

2. съпруг/а или брачен партньор на застрахования. В този случай се предоставят на застрахователя документи като удостоверение за граждански брак, доказващо, че съпругът/ та е станал такъв/такава след влизането в сила на застрахователния договор или предоставяйки документи, които доказват адресната регистрация на застрахования, в случай на брачен партньор при фактическо извънбрачно съжителство;

3. новородено дете на застрахования, при условие, че застрахованият е включил всички свои деца (ако има такива) по застрахователното покритие и ако предостави удостоверението за раждане на застрахователя, доказващо, че детето е родено след влизането в сила на застрахователния договор, или решение за осиновяване, получено от социалните служби като доказателство, че детето е осиновено след влизането в сила на застрахователния договор.

(11) За да придобият статут на застраховани лица в случаите, изложени в ал. 11 от настоящия член, застрахованият е длъжен да уведоми писмено застрахователя и да му предостави посочените документи в срок до 30 (тридесет) дни от настъпването на промяната. Застрахователното покритие има същия обхват като на първоначално застрахованото/ните лице/а. Ако новото застраховано лице е с повишен риск, застрахователят може да го застрахова при специални условия или да отхвърли застраховането му.

(12) В случаите, определени в член 6 от настоящите Условия, застрахованите лица се изключват от застраховката преди края на срока на действие на застрахователния договор, при което застрахованият е длъжен да уведоми застрахователя за прекратяването на застраховката на конкретно застраховано лице и да върне здравната карта (наричана по-нататък: Картата) за това застраховано лице, ако е издадена такава под формата на пластика.

(13) Включването или изключване на застраховани лица в/от застрахователното покритие се извършва след като застрахованият е уведомил писмено застрахователя за промяната и е издаден съответен добавък при групови договори и нова застрахователна полица при индивидуални и семейни договори за това по ред, определен от застрахователя.

(14) В случай на злоупотреба с картата, която не е била своевременно върната на застрахователя след изключването на конкретен застрахован от застраховката, разходите, направени за медицинско лечение или терапия от това лице след датата на изключване от застраховката, ще бъдат платени от застрахования.

(15) При всеки случай на включване или изключване на лице от/към застрахователния договор, след началото на срока на действие на същия, застрахователят си запазва правото да поиска допълнителни документи, доказващи основанията за прекратяването или началото на действието на застраховката.

(16) При груповите и семейни застраховки застрахователят е длъжен да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по застрахователния договор, условията и реда за получаване на здравни услуги и стоки.

(17) Ако по време на действие на застрахователен договор от типа „Допълнително здравно осигуряване“, застраховано лице загуби здравно осигурителните си права по задължителното здравно осигуряване, то е длъжно да поиска от застрахователя трансформиране на застрахователния договор в тип „Частно здравно осигуряване“. В случай че това не бъде направено и настъпи застрахователно събитие, то застрахователят ще намали дължимото обезщетение с 50%.

Приемане за застраховане при повишен риск

Член 10. (1) Застрахователят има право да одобри приемането към застраховката при изменени условия на лице, за което е установено, че съществуват здравословни проблеми, свързани с неговото предходно или настоящо здравословно състояние, които представляват повишен риск при това лице.

(2) Стандартен риск се прилага при лице, което към момента на представяне на въпросника няма никакви заболявания или телесни увреждания или има такива с минимален риск по мнение на застрахователя.

(3) Повишен риск се прилага при лице с незначителни субективни физически или психически проблеми, което извършва всички свои житейски и работни дейности при периодично или редовно медицинско лечение. Нивото на повишения риск се определя от оценяващия лекар на застрахователя, въз основа на данните от въпросника и в съответствие с процедурата по оценка на риска.

(4) В случай че застрахователят установи, че дадено лице представлява повишен риск, застрахователят е задължен в срок от 10 (десет) дни от получаване на въпросника да изпрати на застрахователя писмено предложение за застраховане с изменените условия и да уведоми кандидата за застраховане за същото.

(5) Изменените условия за сключването на застрахователен договор за лицата, представляващи повишен риск, могат да бъдат както следва:

1. ограничаване или изключване на конкретно застрахователно покритие и/или заболяване, като се имат предвид нарушенията в здравословното състояние или последствията от предходното здравословно състояние;

2. прилагане на специални отлагателни периоди за изплащане на обезщетение за лечение по отделни покрития, определени съгласно процедурата за оценка на риска;

3. увеличаване на премията за лицето, представляващо повишен риск.

(6) Изключване на конкретни покрития за лицето, представляващо повишен риск, трябва да бъдат посочени в полицата.

(7) Ако застрахователят не приеме писмено/в писмена форма предложеното изменение на условията на договора в срок от 10 (десет) дни от получаването на нарочно писмо, изпратено от застрахователя, ще се счита, че е оттеглил предложението за застраховане за това лице, представляващо повишен риск.

Отлагателен период

Член 11. (1) Отлагателният период е периодът от време, през който застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че застрахователният договор е в сила.

(2) Отлагателният период започва от началната дата на застрахователния договор или началната дата на застраховката за ново застраховано лице, при условие, че е била платена първата дължима по договора премия преди тази дата, освен ако не е договорено друго.

(3) Ако дължимата премия не е била платена преди началната дата на застрахователния договор, отлагателният период започва от 24:00 часа на датата, на която първата премия по договора е била платена.

(4) Общият отлагателен период е 60 (шестдесет) дни, с изключение при случаите, определени в член 11 (6) от настоящите условия, освен ако не е дефинирано друго в застрахователната полица.

(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 от това лице, ще бъдат платени от застрахователя.

(6) Не се прилага общ отлагателен период в следните случаи:

1. 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;

2. при включване в обхвата на съществуваща застраховка на съпруг/съпруга, когато тази застраховка е била валидна най-малко три месеца и застраховането на новото лице е заявено в рамките на един месец след сключването на брака. Застрахователното покритие влиза в сила от първо число на месеца, следващ месеца на уведомяването на застрахователя;

3. при включване в обхвата на съществуваща застраховка на новородено дете, когато тази застраховка е била валидна най-малко три месеца и застраховането на новороденото дете е заявено в рамките на един месец след изписването му от болница. Покритието за детето влиза в сила от датата на изписването му от болница.

4. При ползване на услугата „Второ медицинско мнение“, ако е включено в покритието по полицата.

(7) Специални отлагателни периоди се посочват в полицата.

(8) За болести, които са били лекувани по време на отлагателните периоди, с изключение на случаите по чл. 11 (5), застрахователно покритие се предоставя след изтичане на отлагателните периоди.

(9) Не се прилага нов отлагателен период при подновяване на изтекъл срочен договор, както и в случаите на възстановяване на прекратен договор, когато между датата на изтичане/прекратяване и датата на продължаване, подновяване или възстановяване са минали по-малко от 30 (тридесет) дни.

Застрахователна премия

Член 12. (1) Застрахователната премия е годишна и се определя от застрахователя:

1. при индивидуални и семейни застраховки - в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованото лице, избрания тип застраховане, застрахователен пакет и продуктово ниво по тарифи за индивидуално застраховане;

2. при групови застраховки - в зависимост от здравословното състояние на застрахованите, големината на групата, избрания тип застраховане, застрахователен пакет и продуктово ниво по тарифи за групово застраховане;

3. групи от 2 до 5 лица могат да се застраховат с групова полица като застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.

(2) При включване на нови застраховани лица в договора се заплащат застрахователни премии, изчислени на месечна база, пропорционално за остатъчния срок на застраховката. При изключване на застраховани лица

от застрахователния договор преди изтичане срока на застраховката, предвиден в договора, застрахователят има право на премия, до датата на прекратяване на застраховката за това лице

(3) Застрахователната премия се заплаща:

1. при групови договори – еднократно или на вноски – шестмесечно, тримесечно или месечно плащане на вноските,

2. при индивидуални, семейни договори и членове семейство към групови договори – еднократно или на шестмесечни вноски. При определени случаи застрахователят може да се съгласи премията за член семейство към групов договор да бъде платена на месечни вноски.

(4) Застрахователната премия се заплаща от застрахователя или от всяко друго лице, което има законово право за плащане на задължението, в размерите и сроковете, посочени в полицата. Годишната застрахователна премия или първата разсрочена вноска се заплащат най-късно до датата, определена за начало на застрахователния договор. Следващите разсрочени вноски се заплащат най-късно до 00:00 часа на датите, посочени за падеж. Заедно със застрахователните премии се заплащат и дължимите данъци и такси. Плащанията могат да се извършат:

1. в брой, срещу разписка по образец на застрахователя, в офис на дружеството или при упълномощен за това от застрахователя застрахователен посредник;

2. по безкасов път, чрез банков превод, картово плащане през корпоративния сайт на компанията, Е-рау или друг вид електронно разплащане.

(5) Когато премията се заплаща безкасово, преводът се счита за направен от датата на заверяване на сметката на застрахователя или застрахователния посредник. Таксите за преводи са за сметка на застрахователя.

(6) Застрахователят си запазва правото да актуализира застрахователната премия или условията на договора към началото на всеки нов застрахователен период:

1. в съответствие с промените в цените на услугите в здравеопазването и на договорните партньори;

2. в съответствие с променената възраст на застрахованото лице, като актуализирането на премията се извършва спрямо валидната за тази възраст премия;

3. като се отчитат промените в честотата на изплащаните обезщетения и разходите по тях;

4. при настъпване на законодателни промени в здравната система или валидните законови разпоредби, които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователната защита.

(7) В случай че през съответния застрахователен период комбинираната квота на щетимост надхвърли 150%, застрахователят има право да предложи повишаване на застрахователната премия. В случай че застрахователят не приеме предложението, застрахователят има право да прекрати предсрочно застрахователния договор без да дължи неустойки.

Комбинираната квота на щетимост е съотношението между платената застрахователна премия и разходите на застрахователя.

Последствия от неплащане на премия

Член 13. (1) Ако дължимата застрахователна премия или първа вноска от разсрочената премия не бъде заплатена до датата на падежа не е налице застрахователно покритие и договорът не поражда действие.

(2) Ако дължима текуща вноска от разсрочена премия не бъде платена до 24:00 часа на петнадесетия ден от датата на падежа на вноската или не бъде постигната договореност между страните за удължаване срока за плащането ѝ, застрахователят прекратява договора без допълнително писмено уведомяване на застрахователя от застрахователя.

(3) Ако настъпи застрахователно събитие в периода на изчакване плащането на премията по чл. 13 ал. 1 и към датата на настъпване на застрахователното събитие премията все още не е платена, ще се счита, че договорът не е породил действие и застрахователят не дължи изплащане на обезщетение.

(4) Ако премията не е платена своевременно, застрахователят има право да начисли лихва за забава.

(5) Вземането на застрахователя за застрахователна премия се погасява в срок от три години, считано от датата на съответния падеж.

(6) Ако в срок до 30 (тридесет) дни след прекратяването на полицата или ако прекратяването е обвързано с определен срок, в рамките на 30 (тридесет) дни след изтичане на срока за плащането, застрахователят внесе просрочените премии и в случай че през този период не е настъпило застрахователно събитие, застрахователят може да възстанови действието на застрахователния договор. В този случай покритието се възстановява от датата на постъпване на премията по банкова сметка на застрахователя.

РАЗДЕЛ IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Застрахователно покритие

Член 14. (1) По тези Условия застрахователят покрива рискове на застрахованото лице, свързани с:

1. финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, произтичащи от заболяване или злополука;

2. финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, свързани с профилактика, бременност и раждане;

3. финансовото обезпечаване на стоки и услуги за медицински транспорт, специализирано обгрижване, палиативни грижи и други;

4. изплащане на фиксирани парични суми във връзка със злополука, заболяване или раждане;

5. предоставяне на услугата „Второ медицинско мнение“;

6. други рискове, упоменати в застрахователната полица.

(2) Отговорността на застрахователя се определя под формата на индивидуална застрахователна сума/лимит на покритие, фиксирани еднократни или периодични плащания и/или като обем и обхват на здравни услуги и стоки, които се предоставят на застрахованото лице за определен срок и се посочват в застрахователния договор. При групови застраховки се допуска сключването на застраховката по общ агрегатен лимит за цялата група, като в тези случаи индивидуални лимити не се посочват.

(3) Покритите рискове са обособени в застрахователни пакети и продуктови нива, с които се регламентират по вид и обхват здравните услуги и стоки, които се покриват от застрахователя, както и еднократните и периодични плащания, които се изплащат от застрахователя, при условията и по реда, определен в настоящите Условия.

Обособени са следните здравни пакети:

1. Профилактика (на абонаментен принцип) - Приложение 1;

2. Извънболнично лечение - Приложение 2;

3. Болнично лечение - Приложение 3;

4. Здравни услуги, оказвани на бременни - Приложение 4;

5. Физиотерапия и рехабилитация - Приложение 5;

6. Дентално лечение - Приложение 6;

7. Медицински средства - Приложение 7;

8. Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия - Приложение 8;

9. Телемедицина (MedUNIQa) - Приложение 9;

10. Профилактика (възстановяване на разходи);

11. Психотерапевтична помощ;

12. Дневни пари за болничен престой;

13. Обезщетение за операции;

14. Второ медицинско мнение.

(4) Във всеки пакет от Приложение №1 до 9 са обособени три продуктови нива, с които се регламентират обхвата и обема на покритието от застрахователя здравни стоки и услуги:

1. Продуктово ниво „Стандарт“;
2. Продуктово ниво „Комфорт“;
3. Продуктово ниво „Престиж“.

(5) Подробно описание на покритието здравни стоки и услуги в съответните пакети и продуктови нива се съдържат в съответните приложения, неразделна част от застрахователния договор.

Член 15. (1) При сключване на застрахователния договор в Таблицата със застрахователните покрития се посочва типа здравно застраховане, пакетите и нивото на застрахователно покритие, по които се сключва застрахователния договор.

(2) Застрахователят има право на свободен избор за тип здравно застраховане, вид на пакетите и продуктови нива, които да бъдат включени в застрахователния договор при спазване на следните изисквания:

1. Пакет „Болнично лечение“ е основен пакет;
 2. Пакетите „Профилактика“, „Здравни услуги, оказвани на бременни“, „Физиотерапия и рехабилитация“, „Дентално лечение“ и „Медицински средства“, „Второ медицинско мнение“ и „Психотерапевтична помощ“ могат да се закупуват само заедно със закупуване едновременно на пакет „Болнично лечение“ и пакет „Извънболнично лечение“.
 3. Пакет „Физиотерапия и рехабилитация“ е неразделна част от пакет „Болнично лечение“ и „Извънболнично лечение“.
 4. Лимитите по пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни“ и „Физиотерапия и рехабилитация“ се определят, като подлимит към пакети „Извънболнично лечение“ и „Болнично лечение“.
 5. Пакет „Телемедицина“ е допълнение и неразделна част към пакет „Извънболнично лечение“ и пакет „Медицински средства“ и използването на здравни стоки и услуги по него се приспада от лимита на пакет „Извънболнично лечение“ и „Медицински средства“.
 6. Покритие „Дневни пари за болничен престой“ и „Обезщетение за операции“ може да се закупи отделно независимо от останалите здравни пакети.
- (3) Застраховката се сключва при еднакви продуктови нива за отделните застрахователни пакети, освен ако не е договорено друго.

Застрахователно събитие

Член 16. (1) Застрахователно събитие представлява бъдещо непредсказуемо събитие, при което застрахованото лице, в резултат на влошаване на здравето (заболяване или злополука) бива подложено на медицински обосновано лечение, което е предмет на застрахователния договор и разходите за което следва да бъдат платени на изпълнител на медицинска услуга и или на застрахованото лице.

(2) Влошаването на здравето, както е посочено в ал. (1) на настоящия член, трябва да бъде установено от правоспособен лекар.

(3) Раждането, включително медицинските прегледи, необходими поради бременността, както и свързаното с това необходимо от медицинска гледна точка лечение, също се счита за застрахователно събитие.

(4) Застрахователното събитие започва с диагностициране на заболяването или увреждането и приключва в момента, когато, от медицинска гледна точка, няма повече нужда от лечение, защото здравословното състояние е възстановено или стабилизирано и неговото понататъшно подобряване или влошаване не е сигурно.

(5) Застрахователното събитие приключва с прекратяването на застрахователния договор и/или отпадане на застрахованото лице от полицата, независимо дали лечението е приключило.

Застрахователно обезщетение

Член 17. (1) При настъпването на застрахователно събитие, при условията на чл. 14 (3) т. 1, 2, 3, 4 (проследяване на бременност), 5, 6, 7, 8, 9, 10 и 11, застрахователят изплаща обезщетение за извършените медицински разходи, възникнали във връзка с лечение на застраховано лице, на доставчика на медицински услуги или на застрахованото лице до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор за съответното застраховано лице, за събития, настъпили през застрахователния срок, за които са направени разумни и необходими разходи. Всички разходи, свързани с лечението или услугите, които надвишават застрахователната сума и лимити на покритие са за сметка на самия застрахован.

(2) При настъпването на застрахователно събитие, при условията на чл. 14 (3) т. 4 (раждане), т.12 и т. 13, застрахователят изплаща еднократна фиксирана сума под формата на дневни пари за болничен престой, фиксирана сума за операция или други. Размерът на обезщетението е определен предварително и не зависи от размера на извършените разходи за лечение. Изплаща се независимо от обезщетението за възстановяване на разходи за лечение.

(3) При настъпване на застрахователно събитие, при условията на чл. 14 (3) т.12, застрахователят осигурява покритие за ползване от застрахования на услуги, предоставени му от първокласни водещи световноизвестни медицински клиники за получаване на професионално лекарско мнение и независима оценка на поставена му вече диагноза и/или предписан план за лечение.

Здравен пакет „Профилактика (абонаментно обслужване)“

Член 18. (1) Ползването на здравните услуги от застрахованите при пакета „Профилактика“ се организира от MedUNIQA SOS центъра на застрахователя.

1. Застрахователят съставя заявка за провеждане на профилактичните прегледи, като посочва желания от него период за извършването им, който обхваща не повече от 60 (шестдесет) дни и започва не по-рано от 30 (тридесет) дни след датата на получаване на заявката при застрахователя. Заявката се подава до MedUNIQA SOS центъра на застрахователя по електронна поща, не по-късно от 90 (деветдесет) дни преди края на покритието по застрахователния договор.

2. Застрахователят организира провеждането на прегледите и изследванията в здравно заведение, предложено от него в обем, съответстващ на договореното застрахователно покритие;

3. В срок до 15 (петнадесет) дни преди настъпване на заявления по т. 1 период, застрахователят предоставя на застрахователя информация за адреса на изпълнителя/лите на профилактиката и минималния брой лица, които трябва да бъдат прегледани в един и същи ден;

4. В срок до 10 (десет) дни преди първата дата за профилактика застрахователят представя окончателен график за провеждане на профилактиката, съдържащ информация за конкретните дати, броя и териториално разположение на застрахованите;

5. В срок не по-късно от 7 (седем) дни преди началото на профилактичните прегледи, застрахователят изпраща на застрахователя поименни списъци на застрахованите, подлежащи на профилактични прегледи и датите, на които ще преминат според окончателния график.

(2) Застрахователят е длъжен да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактични прегледи съобразно графика, представен на застрахователя.

(3) 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. Броят на резервните дати се определя от застрахователя в зависимост от броя на застрахованите лица. В случай че броят на застрахованите, които ще ползват резервните дати, е повече от 10% от общия брой на застрахованите по съответния договор, застрахователят дължи допълнителна застрахователна премия в размер на 5% от първоначалната премия за покритието „Профилактика“.

(4) Ако застрахованите лица не се явят на профилактични прегледи на определените основни и резервни дати, както и в случай че застрахователят не подаде заявка за провеждане на профилактични прегледи, в сроковете определени по-горе, задължението на застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

(5) По време на провеждане на профилактичните прегледи, застрахованите нямат право да ползват прегледи и изследвания от пакета „Извънболнично лечение“ за медицинските специалности, по които се извършват профилактичните прегледи в лечебното заведение, в което се извършват профилактичните прегледи.

Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение“

Член 19. (1) Пакетът включва здравни услуги, предоставяни на застрахованото лице за лечение в амбулаторни условия. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за договореното продуктово ниво.

(2) Застрахованите имат право на един първичен и до два вторични прегледа по медицински показания за период от един месец за дадено заболяване при съответен специалист.

(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 с MedUNIQA SOS центъра на застрахователя на принципа „Възстановяване на разходи“.

(4) Медицински изследвания, извършени във връзка с диагностициране и/или лечение на заболяване трябва да бъдат извършени най-късно до 30 (тридесет) дни от датата на назначението им, освен ако в амбулаторния лист не е изписано друго.

(5) 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) Ползването на здравните услуги за извънболнично лечение от застрахованите лица се извършва по един от следните начини:

1. абонаментно обслужване - лечението се организира, чрез записване на час от застрахованото лице през приложението MedUNIQA или от MedUNIQA SOS центъра на застрахователя в лечебни заведения, включени в мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга. Застрахованото лице може свободно да избере лечебно заведение и медицинските специалисти измежду включените в мрежата на застрахователя в цялата страна;

2. възстановяване на разходи - разходите за лечение се възстановят на застрахования, намалени с 20% самоучастие. Самоучастие не се прилага при ползване на услугата от застраховани със застрахователни договори от типа „Частно здравно осигуряване“.

Здравен пакет „Болнично лечение“

Член 20. (1) Пакетът включва здравни услуги, предоставяни на застрахованото лице за лечение в болнични условия. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за договореното продуктово ниво.

(2) Пакет „Болнично лечение“ се ползва само като надграждащ основния пакет по задължителното здравно осигуряване.

(3) По пакет „Болнично лечение“ не се покриват разходи за здравни услуги, включени в Основния пакет дейности, гарантиран от НЗОК, и не включва стойността на клиничната пътека.

(4) При приемането му в болница застрахованият е длъжен да представи Направление за хоспитализация на здравно осигурено лице.

(5) При следните случаи застрахователят ще редуцира дължимото застрахователно обезщетение с 50%:

1. ако при постъпването си в болница застрахованият не предостави Направление за хоспитализация на здравно осигурено лице.

2. ако при постъпването си в болница застрахован по условията на „Допълнително здравно осигуряване“ е с прекъснати здравно осигурителни права.

3. ако застрахованото лице е с непрекъснати здравно осигурителни права, но постъпва за лечение в болница, която не изисква направление за хоспитализация.

(6) Изискванията по ал. 2, 3, 4 и 5 не се прилага при ползване на услугата от застраховани със застрахователни договори от типа „Частно здравно осигуряване“.

(7) Ползването на здравните услуги за болнично лечение от застрахованите лица се извършва по един от следните начини:

1. абонаментно обслужване - лечението се организира от MedUNIQA SOS центъра на застрахователя в лечебни заведения, включени в мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга. Застрахованото лице може свободно да избере лечебно заведение и медицинските специалисти измежду включените в мрежата на застрахователя в цялата страна;

2. възстановяване на разходи - разходите за лечение се възстановят на застрахования, намалени с 20% самоучастие. Самоучастие не се прилага при ползване на услугата от застраховани със застрахователни договори от типа „Частно здравно осигуряване“.

3. не се прилага самоучастие, ако спешността на болничното лечение не позволи осъществяване на контакт с MedUNIQA SOS център преди началото на лечението.

4. не се прилага и самоучастие в случаите на редуцирано обезщетение съгласно чл. 20 (5).

(8) При хирургическа операция всички извършени разходи за лечение се покриват, само ако обемът на извършената операция е включена в застрахователния пакет по полицата.

(9) Битовите условия, при които се настаняват болните, са в зависимост от обхвата на договореното застрахователно покритие и възможностите на избраното от застрахования лечебно заведение.

(10) При болничен престой на застраховани деца под 18 години се възстановят в пълен размер разходите за настаняване на придружител, при условие че хоспитализирането на детето отговаря на условията на чл. 20 (7) т. 1 и чл. 20 (7) т.3. Ако детето е било хоспитализирано при условията на чл. 20 (7) т. 2 се прилага самоучастие в размер на 20%.

(11) Разходи за закупени от аптека лекарства и медицински консумативи, предписани във връзка и по време на болничното лечение се възстановяват до лимитите и по условията на пакет „Медицински средства“.

Изключение правят медицински консумативи и импланти при хирургическо лечение, които не се покриват по линия на задължителното здравно осигуряване. Те се покриват до лимитите определени в пакет „Болнично лечение“.

(12) Болничното лечение не включва настаняването на

застрахованото лице в:

1. заведения за лечение на зависимости;
2. психиатрични болници;
3. почивни станции, домове със специален хранителен режим, санаториуми и СПА центрове;
4. домове за медико-социални грижи и хосписи.

(13) Болничният престой не се счита за необходим от медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на застрахования.

(14) Стационарно лечение поради дентално лечение се приемат като необходими от медицинска гледна точка само тогава, когато се налага хирургично лечение.

Здравен пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни“

Член 21. (1) Пакетът включва:

1. здравни услуги, предоставени на застрахованото лице за наблюдение и медицински обосновано лечение при бременност. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за договореното продуктово ниво.

2. Изплащане на фиксирано обезщетение в случай на раждане. Размерът на дължимото обезщетение е предварително определен и посочен в застрахователната полица, независимо от направените разходи.

(2) Отговорността на застрахователя, свързана със здравните услуги за бременни, започва след края на отлагателния период от 9 (девет) месеца.

(3) Приема се, че бременността е настъпила след влизане в сила на застраховката, ако наблюдаващият бременността гинеколог определи, че датата на термина е след края на девет месеца, считано от датата на първоначалното включване.

на застрахованото лице в застраховката, или от датата, на която е била заплатена дължимата премия, в случай че плащането не е било извършено преди датата на влизане в сила на застрахователния договор.

(4) Ал. (2) и (3) от настоящия член няма да бъдат в сила, ако застрахованото лице е било застраховано за покритието бременност и раждане в предходна застрахователна полица при ЗК „УНИКА Живот“ АД и ако не е имало прекъсване повече от 30 (тридесет) дни при подновяване на изтекла застраховка или при продължаване на застраховката за следващ застрахователен период.

(5) 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 бременната жена за раждането или по време на бременността, ако бременността е започнала преди влизане в сила на застраховката.

(6) Услугите за това покритие са обособени като подлимити към лимитите за извънболнично и болнично лечение.

(7) Разходите за предплатени пакети за наблюдение на бременност се възстановяват след предоставяне на медицински документ с подробно описание на всички медицински дейности, включени в предплатения пакет.

Здравен пакет „Физиотерапия и рехабилитация“

Член 22. (1) Пакетът включва разходи за физиотерапия и рехабилитация по медицински показания, предоставена на застрахованото лице под формата на извънболнично или болнично лечение, проведено в рамките на шест седмици от назначаването му.

(2) Физиотерапевтичният курс при извънболнично лечение на определено заболяване включва първоначален преглед от лекар специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“ 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 договореното продуктово ниво.

(3) Застрахованият има право на 10 (десет) броя процедури от една група за едно застрахователно събитие.

(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.

(5) Болничното покритие включва разходи за физиотерапия, рехабилитация и санаториално лечение по лекарско предписание, което е продължение на възстановителния процес след проведено интензивно болнично лечение.

(6) Лечението по чл. 22. ал. 5, трябва да е назначено в епикриза 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.

(7) Услугите за това покритие са обособени като подлимити към извънболнично и болнично лечение.

Здравен пакет „Дентално лечение“

Член 23. (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 Таблицата със застрахователните покрития.

(2) Застрахователят не носи отговорност за следните стоматологични услуги:

1. козметични и пластични стоматологични корекции;
2. избелване на зъби;
3. средства за дентална хигиена и козметика.

(3) Ползването на здравните услуги за дентално лечение от застрахованите лица се извършва по един от следните начини:

1. абонаментно обслужване - лечението се организира от MedUNIQA SOS центъра на застрахователя в лечебни заведения, включени в мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга. Застрахованото лице може свободно да избере лечебно заведение и медицинските специалисти измежду включените в мрежата на застрахователя в цялата страна;

2. възстановяване на разходи - разходите за лечение се възстановят на застрахования, намалени с 20% самоучастие. Самоучастие не се прилага при ползване на услугата от застраховани със застрахователни договори от типа „Частно здравно осигуряване“.

Здравен пакет „Медицински средства“

Член 24. (1) Застрахователното покритие включва поемане на разходи за предписани от правоспособен лекар лекарства, медицински консумативи, офталмологични средства и помощни средства, предназначени за извънболнично и/или болнично лечение, наложено от заболяване, злополука или бременност.

1. Лекарствени средства

Възстановяват се разходи за лекарствени средства, за лечение на застрахованото лице, отпускани по лекарско предписание, закупени не по-късно от 10 (десет) дни след датата на издаване на рецептата. При болни с хронични заболявания не се изисква спазване на десетдневния срок при повторно закупуване на лекарства, ако в медицинския документ е отразен срок за лечение по-дълъг от един месец или е издадена рецепта за многократно предписание.

Съгласно чл. 6, (4) от НАРЕДБА № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, валидността на рецептите за многократно употреба е до 6 месеца от датата на издаване.

Не се покриват разходи за лекарства, предписани във връзка с лечение, което не е включено в застрахователното покритие по полицата.

2. Медицински консумативи

Покриват се разходи за медицински консумативи, контрастни вещества и медицински материали, изписани във връзка с лечение на застрахованото лице. Не се покриват луксозни аналози, предназначени за удобство на пациента, ако изрично не е договорено.

3. Диоптрични стъкла за очила и контактни лещи

Услугите за това покритие са обособени като подлимит към пакет „Медицински средства“.

Покриват се разходи за диоптрични стъкла и контактни лещи, предписани от лекар, един път в застрахователната година, при условие че диоптърът на изписваните стъкла или лещи е минимум 0,75. Офталмологичните средства трябва да са закупени не по-късно от 60 (шестдесет) дни след датата на издаване на рецептата.

Застрахователят не покрива разходи за слънчеви очила, рамки, цветни лещи, очила за работа с компютър, както и очила, предназначени за защита на очите от факторите на работната среда.

4. Помощни средства

Възстановяват се разходите за предписани от лекар медицински помощни средства (терапевтични средства) като например за: патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични корсети, бандажи и корсети. Не се покриват разходите за медицински съоръжения и помощни средства (средства за обслужване и обгрижване) като например за: иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, орални душове, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, тест ленти за кръвна захар, както и апарати и помощни средства, служещи за грижа за тялото и обгрижване на болния.

Ако застрахователят е възстановил разходи за медицински помощни средства, нова претенция за обезщетения може да се направи едва след изтичане на обичайния срок на износване, освен ако по-ранното закупуване се налага по медицински причини.

(2) Застрахователят възстановява извършените разходи след представяне на платени оригинални фактури, рецепти и епикризи, намалени с 20% самоучастие. Стойността на самоучастието се приспада от стойността на претенцията.

(3) Не се възстановяват разходи за лекарствени средства, консумативи и медицински изделия, които се реимбурсират 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.

(4) 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.

(5) Разпоредбите на ал. 2, 3 и 4 от настоящия член не се прилагат за застрахователни договори от типа „Частно здравно осигуряване“.

(6) Максималният размер на обезщетението посочен в пакет „Медицински средства“ е общ лимит за всички описани покрития по ал.1, т. 1,2,3 и 4.

Здравен пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“

Член 25. (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 и други.

(2) Покриват се разходи за необходим от медицинска гледна точка транспорт с линейка, на хоспитализиран болен, във връзка с провежданото лечение при преместване

за хоспитализиране в друга болница, за провеждане на специализирани медицински процедури в болница, различна от тази, в която е бил хоспитализиран, както и за транспортиране до дома, когато състоянието му изисква транспортиране със специализиран медицински транспорт.

Здравен пакет „Телемедицина“

Член 26. (1) Застрахователното покритие включва поемане на разходи за медицински консултации, предоставени от правоспособен лекар, назначени от него изследвания и препоръчани лекарства, чрез онлайн платформата MedUNIQA, във връзка със злополука, заболяване или симптоми на заболяване.

(2) Здравен пакет „Телемедицина“ се предлага като час от здравен пакет „Извънболнично лечение“ и здравен пакет „Медицински средства“ и не може да бъде продаван самостоятелно. За предлаганите чрез него услуги се обособяват подлимити под формата на брой и видове услуги, които могат да бъдат ползвани чрез онлайн платформата MedUNIQA.

(3) Актуалният вид на специалностите и специалистите, които могат да бъдат ползвани за онлайн консултация от застрахованите лица чрез платформата MedUNIQA, са посочени в самото приложение.

Застрахователят покрива и предписаните от лекаря във връзка с предоставената консултация медицински изследвания и лекарствени средства. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен в договореното продуктово ниво.

(4) Информацията относно предоставени медицински консултации, назначени медицински изследвания и препоръчани лекарства се регистрира и съхранява в онлайн приложението. Въз основа на нея:

1. се изплащат хонорарите на лекарите директно от застрахователя;

2. се възстановяват разходите за медицински изследвания, назначени от лекарите във връзка с предоставена консултация. Извършването на медицински изследвания може да бъде организирано:

а) от MedUNIQA SOS центъра на застрахователя в лечебни заведения от мрежата на застрахователя, като застрахователят заплаща разходите директно на изпълнителя на здравната услуга;

б) или самостоятелно от застрахованите лица на принципа на възстановяване на разходи. Разходи за изследвания могат да бъдат възстановявани на база копие от фактура или фискален бон, в които са посочени видът и единичната цена на извършените изследвания.

3. се възстановяват разходи за медицински средства, които могат да бъдат закупени без рецепта и препоръчани от лекаря във връзка с консултацията. Разходи за медицински средства могат да бъдат възстановявани на база предоставено копие от фактура и фискален бон, в които са посочени видът и единичната цена на лекарствата.

(5) Отговорността на застрахователя, свързана с предоставяните от лекари консултации започва с влизането в сила на застрахователния договор, а за назначените изследвания и препоръчани медицински средства след изтичане на отлагателните периоди, ако има договорени такива.

Здравен пакет „Психотерапевтична помощ“

Член 27. (1) Застрахователят покрива консултации/прегледи извършени от квалифициран специалист по психично здраве (психиатър, психотерапевт или психолог-психотерапевт) до определен лимит, посочен в застрахователната полица.

(2) Броят на консултациите е ограничен до 3 (три) броя в рамките на посочения лимит

(3) Стойността на извършените разходи се изплащат в пълен

обем до лимита на пакета, без да се прилага редуциране, съгласно чл.2, т. 29 от настоящите условия.

(4) Услугата може да се използва на принципа на възстановяване на разходи или при възможност, като онлайн консултация през приложението MedUNIQ.

(5) Застрахователят покрива извършената консултация/преглед, както и предписаните медикаменти от психиатър, по време на консултацията/прегледа, като част от лимита по пакет „Медицински средства“, в случай че застрахованото лице има включен пакет „Медицински средства“ в обхвата на застрахователния договор.

Здравен пакет „Профилактика (възстановяване на разходи)“

Член 28. (1) Покриват се всички видове профилактични прегледи и изследвания, направени от застрахованото лице, до лимита, записан в застрахователната полица.

(2) Стойността на извършените разходи се изплаща в пълен обем до лимита на пакета, без да се прилага редуциране, съгласно чл.2, т. 29 от настоящите условия.

(3) Услугата се ползва само на принципа на Възстановяване на разходи.

Дневни пари при болничен престой

Член 29. (1) Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква при болнично лечение, при което застрахованото лице е хоспитализирано в болница за минимум 24 (двадесет и четири) часа вследствие заболяване, злополука или раждане, включително и медицинско лечение по време на бременност.

(2) При стационарен болничен престой застрахователят изплаща фиксирано обезщетение на ден, за всеки ден, в който застрахованото лице е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие. Размерът на дневното обезщетение се посочва в Таблицата със застрахователните покрития.

(3) Минималният и максималният размер на застрахователното обезщетение е определен в застрахователната тарифа:

(3) Размерът на дължимото застрахователно обезщетение се определя на база реално пролежани пълни дни в болнично заведение. При определяне на продължителността на болничния престой не се включва денят на изписването.

Обезщетение за операции

Член 30. (1) Застрахователно събитие по смисъла на това покритие е необходимото от медицинска гледна точка хирургическо лечение на застрахован 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.

(2) Застрахователят изплаща обезщетение под формата на фиксирана еднократна сума, която се определя като процент от предварително договорена застрахователна сума. Размерът на застрахователната сума, от която се определя обезщетението за хирургическо лечение, се посочва в Таблицата със застрахователните покрития.

(3) Минималният и максималният размер на застрахователната сума е определен в застрахователната тарифа:

(4) Процентът на обезщетението се определя от Застрахователно-медицинската комисия на ЗК „УНИКА Живот“ АД 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.

(5) 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.

Второ медицинско мнение

Чл. 31. (1) Услугата включва:

1. потвърждение, отхвърляне или промяна на вече поставена диагноза;

2. оценка на назначения курс на лечение с препоръки за продължаването му или предложение за алтернативни лечения.

(2) Застрахователното покритие „Второ медицинско мнение“ може да се ползва от застрахования за поставена му диагноза и план за лечение.

(3) Застрахованият има право да се възползва от покритието „Второ медицинско мнение“ толкова често, колкото е необходимо, включително и за заболявания, диагностицирани за първи път преди сключване на застраховката. За една диагноза покритието може да се използва един път.

(4) Ползването на услугата Второ медицинско мнение се извършва при спазване на следната последователност:

1. Лице, което е застраховано с настоящата застраховка, е диагностицирано със заболяване включено в списъка за „Второ медицинско мнение“ и диагнозата е отразена в официален медицински документ;

2. Ако застрахованият желае да получи второ мнение, лекуващият го лекар или друг негов представител, трябва да се свържат с MediGuide на безплатен телефон 00800 118 1134, за да заявят „Второ медицинско мнение“;

3. MediGuide определя 3 /три/ водещи световноизвестни медицински клиники, които могат да дадат мнение и да изготвят доклад и предоставя имената им на застрахованото лице/негов представител;

4. Застрахованият и/или неговият представител избират, измежду предложените им, медицинската клиника, от която желаят да получат второ медицинско мнение;

5. Пациентът и MediGuide събират медицинската документация за застрахования и я изпращат до избраната медицинска клиника;

6. В срок до 10 (десет) работни дни от изпращането на медицинската документация, застрахованият/негов представител ще получат писмен доклад относно диагнозата и плана на лечение от медицинската клиника.

(5) MediGuide спазва всички приложими закони за защита на личните данни при предаване на медицинска документация и информация. Всички разговори и текуща кореспонденция остават строго конфиденциални.

(6) Когато полученото второ медицинско мнение се различава от първоначалната диагноза или план за лечение, MediGuide ще предостави всички възникнали допълнителни въпроси за разглеждане от медицинската клиника, която е предоставила доклада. В определени случаи MediGuide могат да осигурят допълнително второ мнение от друга водеща медицинска клиника.

(7). ЗК „УНИКА Живот“ АД не участва в процеса по осигуряване на второ медицинско мнение и няма достъп до медицинската документация и предоставеното второ медицинско мнение от MediGuide. Застрахователят не носи отговорност за точността или валидността на второто медицинско мнение или за неправилното ползване и грешна интерпретация на същото, не е отговорен за имуществените и финансови или неимуществените нефинансови последици от ненавременен или неприложен втори мнение.

РАЗДЕЛ V. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Член 32. (1) Изключенията по настоящия раздел са приложими за всички застрахователни пакети и типове застраховки, покрити от настоящите условия.

(2) Застрахователят не покрива застрахователни събития и

последници от тях, ако са възникнали или са вследствие на:

1. задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;
 2. лечение на умствени или психически разстройства и заболявания, в това число и преходни такива като: депресивно преживяване на житейски събития и носталгия; психиатрично лечение, както и разходите за психотерапевт, психолог, семеен терапевт или консултант в случай на тежка загуба. Изключение правят само разходите, изрично поети от застрахователя в здравен пакет „Психотерапевтична помощ“;
 3. лечение на онкологични заболявания, с изключение на продуктово ниво „Престиж“ в здравните пакети, приложени към полицата, където това лечение е покрито от застрахователя;
 4. спешна медицинска помощ;
 5. лечение на хронична бъбречна недостатъчност, хемодиализа и хемотрасфузия;
 6. грижа или медицинско лечение, които възникват пряко или косвено от човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ) или свързани с него болести, включително Синдрома на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или свързания със СПИН комплекс (ARC) и всякакви подобни инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тези състояния, независимо как са били причинени;
 7. вродени заболявания.
 8. прегледи и лечение на придобити в детската възраст аномалии
 9. лечение на заболявания, придобити в детска възраст, водещи до умствено изоставане физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри;
 8. медицинско лечение за обучителни затруднения, хиперактивност, разстройство на вниманието, говорна терапия, поведенчески проблеми или развитие на детето.
- (3) Ако не са предмет на специално договаряне, застрахователят не обезпечава финансово и няма да възстановява медицински разходи, направени поради или във връзка с:
1. прегледи, изследвания и лечение на репродуктивни проблеми на мъже и жени, контрацепция, стерилитет, фертилизация, вазектомия, промяна на пола или каквато и да е друга форма на свързано с пола състояние, безплодие и всяко свързано с него състояние или форма на асистирана репродукция;
 2. прегледи, изследвания и лечение във връзка с еректилна дисфункция;
 3. прегледи, изследвания и лечения на болести предавани по полов път, както и всички случаи, когато извършени изследвания са с положителен резултат за полово предавани болести;
 4. прекратяване на бременност (аборт) и последствия от него – ако е извършен поради психологични или социални причини, с изключение на спонтанен аборт, извънматочна бременност, аборти по медицински причини или раждане на мъртво дете;
 5. 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;
 6. имплантация на изкуствено сърце;
 7. лазерни операции за коригиране на зрението;
 8. плазмафереза;
 9. геномни изследвания;
 10. разходи за диагностициране на хранителни алергии, вкл. тестове за хранителна непоносимост;
 11. профилактични прегледи и изследвания, с изключение на изрично поетите от застрахователя в Здравен пакет „Профилактика (възстановяване на разходи)“;

12. разходи за изследвания, които не са в пряка причинна връзка с поставената диагноза;

13. операции и/или лечение по лично желание, поставяне на импланти и извършване на корективни медицински и технически процедури като:

13.1. прегледи, изследвания, операции и процедури по лично желание, терапии и/или операции, които не са наложителни по медицински причини;

13.2. козметични и пластични операции и техните последствия, правени с естетическа цел, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания вследствие злополука;

13.3. стоматологични естетични терапии и последствията от тях, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания вследствие злополука;

13.4. отстраняване на липоми, атероми, невуси и бенки по лично желание, както и всички здравни услуги, ползвани с козметична цел;

13.5. обрязване – освен в случаите по медицински причини.

14. настаняване в лечебно заведение поради застрашаване на собствената или чужда личност, както и в домове за грижи на граждани поради старческа възраст (старчески домове, хосписи) или предоставяне на палиативни грижи;

15. 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 (спра центрове), санаториуми и други, които не са регистрирани като лечебни заведения;

16. домашни грижи, които не са под лекарски надзор, както и мерки за гериатрично и рехабилитационно лечение и лечебна педагогика;

17. 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 последници от злополука;

18. терапевтични процедури за лечение на зависимости от какъвто и да е вид, както и болести и злополуки (последници 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 предприети мерки и лечение за отказ от тях;

19. за медицинско лечение, свързано с вземането, съхранението и имплантирането на стволови клетки;

20. 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 спаднал свод, или тарзалгия, или метатарзалгия;

21. терапия или програма за отслабване, операции за имплантиране на вътрестомашен балон, прегледи, изследвания и лечения, назначени от диетолози, диетични обучения;

22. подмладяващи терапии;

23. всички видове масажи, освен когато са част от рехабилитация и физиотерапия при болнични и извънболнични условия;

24. терапии чрез тренировки, с изключение на кинезитерапия, независимо дали са назначени от правоспособен лекар;

25. дългосрочна терапия за рехабилитация (надвишаваща един месец), независимо дали е назначена от лекар;

26. обезщетение за разходите за лечение, проведено от лица, които нямат разрешение за практикуване на съответна медицинска специалност;

27. здравни услуги, лекарствени средства, които не са

предписани от правоспособен лекар или които не са назначени с цел оказване на медицинско лечение на застрахования, както лекарства закупени след 10-тия от изписването им и офталмологични средства, закупени след 60-ия ден от изписването на рецептата;

28. експериментално медицинско лечение;

29. тестове за установяване и/или отхвърляне на заболявания, определени като пандемия от Световната здравна организация (СЗО), както и вследствие на новопоявила се болест и/или епидемия с опустошителен характер.

30. други разходи, включващи:

30.1. разходи, надвишаващи разумните или обичайните разходи за съответното лечение в България. В този случай застрахователят намалява обезщетението до подобаващия размер;

30.2. разходи за Избор на екип, надвишаващи максимално определената сума от НЗОК, съгласно "Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ";

30.3. разходи за медицински услуги и стоки, които не са договорени в застрахователните пакети към полицата, както и фиксирани суми по допълнителни покрития, които не са включени в застрахователната полица и за които не е заплатена застрахователна премия;

30.4. разходи за закупуване на продукти за лична хигиена по време на болничен престой;

30.5. разходи за предписани лекарствени средства и консумативи като: билки, слабителни средства и лекарства за отслабване, противозачатъчни средства, нерегистрирани в Р.България лекарства, медицинска козметика, както и лечебна и минерална вода, лечебно вино, хранителни добавки и тонизиращи средства;

30.6. витамини, освен ако са изписани като допълнение на антибиотично лечение;

30.7. всички немедицински разходи;

30.8. 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;

30.9. разходи за адаптиране на превозни средства, баня или предмети от дома за лични нужди;

30.10. медицинско-технически средства от типа на други 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, места за сядане по време на къпане, сауни, асансьори, джакузита, оборудване за тренировки и сходни продукти;

30.11. лечение на неправилна захарка;

30.12. шини за бруксизъм;

30.13. разходи за прегледи, изследвания и лечение на сънна апнея, включително терапевтични средства;

30.14. болнично лечение в лечебно заведение, болница, отделение или подобни стационарни заведения за лечение на психични заболявания, с изключение на техните специализирани отделения по неврология и неврохирургия;

30.15. прегледи и изследвания за застраховане, такси

за представяне на ТЕЛК комисии, съдебно-медицинска експертиза, тест за СПИН/HIV (освен в случай на предоперативна подготовка и/или при проследяване на бременност), административни такси, включително и такива 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, с изключение на такива за постъпване на работа, за шофьори на МПС, кат.В и за встъпване в брак.

(4) Независимо от останалите клаузи на застрахователния договор, застрахователят няма да осигури застрахователно покритие и/или да изплати обезщетение, ако предоставянето им е в противоречие с икономически, търговски, финансови или други ограничения и санкции, включително ембарго режими, постановени по силата на резолюция на Съвета за сигурност на ООН, Европейския съюз или в съответствие с националното законодателство на Република България. Горепосоченото ограничение се прилага и в случаите, когато икономическите, търговските или финансовите санкции или ембарго режими са наложени от САЩ или други държави, доколкото не противоречат на законодателството на Европейския съюз или националното законодателство на Република България.

Член 34.(1) Застрахователят няма да носи отговорност

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;

2. когато застрахователното събитие налага лечение, но е възникнало в резултат на предшестващо заболяване или състояние на лицето, съществуващо преди първото влизане в сила на застраховката, което не е декларирано в предложението и/или здравния въпросник при сключване на застраховката или не е договорено изрично в застрахователната полица при груповите застраховки;

3. за хронични заболявания, възникнали преди сключване на застраховката и техните рецидиви, освен ако не е договорено друго;

4. за извършени прегледи и изследвания без медицинска необходимост и без поставена диагноза. Разходите за прегледи и изследвания в случаите, когато застрахованото лице е с медицинско заключение „клинично здрав“ са за негова сметка;

5. разходите за високоспециализираните изследвания: компютърна томография, магнито-резонансна образна диагностика и позитрон-емисионна томография, когато са извършени без получено потвърждение от MedUNIQА SOS център;

6. за настаняване, медикаментозно, хирургично, санаториално и физиотерапевтично лечение, както и манипулации, изследвания и прегледи извън заведенията, регистрирани по Закона за лечебните заведения.

(2) Застрахователят няма да носи отговорност, ако застрахователното събитие настъпи:

1. в резултат на война, нападение, вражески действия, военни действия, терористични действия, гражданска война, саботажи, тероризъм и вандализъм, метежи, революции, въстания, военен или друг вид преврат и активно участие на застрахованите лица в нарушаване на обществения ред или при извършване на престъпление по смисъла на Наказателния кодекс;

2. в резултат на увреждане на здравето при съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонараняване, самоубийство или опит за такова, както и при влизане в побой или физическа саморазправа (освен в случай на доказана самозащита);

3. вследствие неспазване на медицински препоръки;

4. под влияние на алкохол, наркотици или опиати в т.ч. всякакви злополуки, настъпили след консумиране на тези вещества;

5. при участие на застрахованото лице като професионалист или аматьор във високорискови и опасни дейности, например (но не само) спортове като: автомобилни и мото спортове, въздушни спортове, подводни спортове, ловуване, акробатика, изследване на пещери, планинско катерене, работа с пиротехнически средства, фойерверки, амуниции и експлозивни, ски скочане, бобслей, каране на ски извън обработените писти, бънджи скокове и други. Ако някой рисков спорт или дейност не са изрично посочени в този списък, застрахованият е длъжен да се свърже с MedUNIQA SOS центъра на застрахователя, за да провери дали те са покрити рискове по настоящата застраховка;

6. в резултат на природни бедствия (например изригване на вулкани, земетресения и др.);

7. в резултат на йонизиращи лъчения или радиоактивно замърсяване от друг вид радиоактивни отпадъци от горене на ядрено гориво, т.е. радиоактивни, токсични, експлозивни или други опасни качества на ядрени съоръжения или техните компоненти.

(3) Застрахователят няма да носи отговорност, ако дадена претенция за изплащане на обезщетение е базирана на неверни данни.

(4) Застрахователят има право да изключи дадено лице от застраховката, за което е установено, че е представило лъжливи или неверни твърдения, т.е. е прикрило важни обстоятелства, засягащи сключването на застрахователния договор, както и всяко застраховано лице, което не изпълнява задълженията, посочени в настоящите Условия.

РАЗДЕЛ VI. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Задължение за преддоговорно обявяване на обстоятелства

Член 35.(1) При сключването на договора кандидатът за застраховане е длъжен да посочи във въпросника на застрахователя всички обстоятелства, съществени за оценката на риска, за които то е знаело или които не може да не са стигнали до знанието му.

(2) Съществено обстоятелство е всяко обстоятелство, за което застрахователят е задал въпрос във въпросника и всякакви други обстоятелства, за които застрахованото лице е осведомено и които са важни за предмета на застраховката.

(3) Ако се установи, че застрахованият или застрахованото лице са дали неверни данни за здравословното състояние на застрахованото лице или са укрили или премълчали обстоятелство, при известността на което застрахователят не би сключил застраховката, същият има право:

1. да прекрати договора в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството;

2. да откаже плащане на застрахователно обезщетение, ако събитието е в причинна връзка с укрито обстоятелство.

(4) Прекратяването на договора по условията на ал. 3 се декларира пред застрахователя чрез писменото му уведомяване от застрахователя.

(5) Когато застрахователният договор бъде прекратен преди изтичане на срока, за който е сключен, на застрахователя се полага премията за изтеклия период до прекратяване на договора, доколкото специални разпоредби, настоящите Условия и разпоредби на Кодекса за застраховането не предвиждат друго.

(6) При прекратяване на застрахователния договор, застрахователят носи отговорност за настъпилите застрахователни събития преди датата на прекратяване на договора, ако обстоятелството, по отношение на което е нарушено задължението за уведомяване, не е имало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху размера на обезщетението.

(7) Застрахователят не може да прекратява договор поради нарушаване на задължението за разкриване на информация от страна на застрахователя по време на сключване на договора, ако са изминали три години от сключването му.

Задължение за уведомление по време на действието на договора

Член 36. (1) По време на срока на действие на застрахователния договор застрахованият е длъжен да уведоми застрахователя за всякакви нови обстоятелства, свързани със застрахования, като промяната в статуса на застрахования, промяна в здравния му статус, промяна в адреса, работа или семеен статус и да представи информация за всякакви други съществени промени, които засягат информацията, предоставена при сключването на застрахователния договор или първото влизане в сила на застраховката на това застраховано лице.

(2) Застрахованият/застрахованият е задължен да уведоми незабавно застрахователя за сключването на договор за здравна застраховка с друг застраховател. Съзнателното нарушаване на това задължение за предоставяне на информация може да бъде санкционирано чрез отказ или намаляване на застрахователното обезщетение. Освен това застрахователят може да прекрати договора в рамките на 30 (тридесет) дни след като е узнал за нарушаването на задължението, без спазване на срок за предизвестие. Ако застрахователят не прекрати договора в рамките на 30 (тридесет) дни, той не може да се позове на освобождаване от задължението за плащане на обезщетение.

Промени в застрахователния договор

Член 37. (1) Включването и отпадането на застраховани лица в/от застрахователния договор се урежда по реда на чл. 9.

(2) Застрахованият има право да заяви разширяване или намаляване на застрахователното покритие чрез включване/ изключване на нови застрахователни пакети в застрахователния договор, считано от първо число на новия застрахователен период. За извършване на промяната в договора е необходимо съгласието на застрахователя.

Задължения на Застрахователя

Член 38. (1) Застрахователят е длъжен да изплати на застрахования обезщетение в съответствие с настоящите Условия в рамките на 15 (петнадесет) работни дни след датата на получаване на всички доказателства и установяване на правомерността и основателността на задължението.

(2) Задължението на застрахователя ще се счита за напълно уредено на датата, на която плащането е регистрирано от банката.

РАЗДЕЛ VII. УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВА ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Член 39. (1) Застрахователят ще изплати обезщетение на изпълнителя на медицински услуги или на застрахования за разходите за лечение на застраховано лице или за част от тези разходи, или фиксирани парични суми, възникнали при прилагане на правата по застрахователния договор. Размерът на обезщетенията се определя в зависимост от договорените в застрахователния договор: тип здравно застраховане, застрахователни пакети и ниво на покритие в застрахователните пакети.

(2) В случай на смърт на застраховано лице, застрахователят изплаща дължимото обезщетение и/или възстановява извършените от него разходи приживе на законните наследници, след предоставяне на всички изискуеми документи.

Във всички останали случаи обезщетението се изплаща на застрахованото лице.

(3) Застрахователят има право да изисква от застрахования, застрахования, изпълнителите на медицинска помощ

или други физически и юридически лица, допълнителни обяснения и документи, с цел изясняване на обстоятелства във връзка със случая, за който е подадена претенция.

(4) Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие. Застрахователят разглежда и съобразява само първоначално представените медицински документи и допълнително поисканите от застрахователя документи. Допълнително представени идентични документи на първоначално представените, но с различно съдържание, няма да бъдат разглеждани от застрахователя. В последната хипотеза, застрахователят има право да сезира компетентните органи, относно съставянето на документ с невярно съдържание.

(5) Застрахователят има право да изпрати застрахованото лице на контролен преглед или допълнителен медицински преглед, чрез който би било възможно да се установят необходимите факти във връзка със съобщения случай, подлежащ на покритие. Разходите за тези прегледи са за сметка на застрахователя.

(6) Застрахованият има право, при неудовлетворение от обема и качеството на здравните услуги, предоставени му в лечебните заведения от мрежата на УНИКА, да подаде писмена жалба до застрахователя, Политика за управление на жалбите на ЗК „УНИКА Живот“ АД, е публикувана на интернет страницата на компанията www.unika.bg.

Член 40. (1) В случай на застрахователно събитие по настоящите Условия, при което застрахованото лице е получило медицински услуги в лечебно заведение от мрежата на UNIQA, застрахователят заплаща разходите чрез директен разчет с лечебното заведение в пълен размер до договорения в застрахователната полица лимит.

(2) За да бъде ангажирана отговорността на застрахователя по ал. 1 при настъпване на застрахователно събитие, застрахованият трябва, да запише час за преглед при конкретен доктор през приложението MedUNIQA или, да се свърже с MedUNIQA SOS центъра на застрахователя, който ще организира времето, датата и вида на прегледа или други медицински услуги, които ще бъдат оказани на застрахованото лице от изпълнител на здравна услуга от мрежата на Уника. Разговорите на застрахования със служителите в MedUNIQA SOS центъра се записват.

(3) Ако поради основателни причини застрахованото лице не може да изпълни задължението съгласно ал. 2 от настоящия член, това трябва да бъде извършено от упълномощен служител на доставчика на медицински услуги.

(4) Възстановяване на направените разходи в пълен размер се извършва само в рамките на заведение от мрежата на здравните институции, с които УНИКА има сключени договори и застрахователят е организирал лечението на застрахованото лице.

(5) Списък със здравните заведения от мрежата на УНИКА е публикуван на интернет страницата на застрахователя – www.unika.bg.

Член 41. (1) Застрахователните обезщетения се заплащат на застрахования или на изпълнителя на медицинска помощ, предоставил медицинските услуги и стоки на застрахованото лице.

(2) След предоставяне на медицинските услуги, заведението от мрежата на здравните институции трябва да издаде на застрахователя документите, посочени в договора за сътрудничество със застрахователя, срещу които застрахователят ще му изплати застрахователното обезщетение, съгласно условията на полицата.

(3) За възстановяване на разходи на застрахования, в случаите когато разходите са заплатени от него, той следва да предяви претенция при застрахователя и да представи на застрахователя следните документи, в зависимост от естеството на събитието:

1. За изплащане на обезщетение за лекарствени и помощни

средства:

1.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документ от извършен преглед, при който са назначени лекарствата;

1.2. фактура с подробно описание по артикули с единична цена и фискален бон – оригинал;

В случай, че фискалният бон съдържа данни с подробно описание по артикули с единична цена е достатъчно да се представи фискален бон в оригинал.

1.3. рецепта, в случаите в които същите не са описани в медицинския документ.

2. За изплащане на обезщетение за диоптрични стъкла и контактни лещи:

2.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документи от преглед с назначените корекции;

2.2. фактура с подробно описание по артикули с единична цена и фискален бон оригинал.

В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице и подробно описание на всички артикули с единична цена е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал;

2.3. рецепта, в случаите в които диоптрите не са описани подробно в медицинския документ;

2.4. копие на опаковки от закупените стъкла за очила или лещи;

3. За изплащане на обезщетение за медицински прегледи:

3.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед;

3.2. фактура с фискален бон в оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на услугата е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал;

4.3а изплащане на обезщетение за медицински изследвания:

4.1.амбулаторен лист или друг официален медицински документи от извършен преглед, при който са назначени изследванията;

4.2 искане/направление за изследване, в случаите, в които същите не са описани в медицинския документ;

4.3. резултатите от изследванията - копие;

4.4.фактура с подробно описание на всички услуги с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице и подробно описание на всички услуги с единична цена е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

5. За изплащане на обезщетение за болнично лечение:

5.1. епикриза за проведено болнично лечение;

5.2. фактура с подробно описание по услуги с единична цена и фискален бон - оригинал.

В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на услугата е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

6. За изплащане на обезщетения за наблюдение на бременност:

6.1. амбулаторен лист или медицински документ за извършен преглед;

резултати от проведените изследвания;6.2. фактура с подробно описание на всички услуги с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

7. За изплащане на обезщетения за раждане:

7.1. епикриза за проведено болнично лечение.

8. За изплащането на обезщетение за услуги, свързани с битови и други допълнителни условия:

8.1. медицински документ, удостоверяващ необходимостта от услугата, издаден от лекуващия лекар;

8.2. фактура с подробно описание на всички услуги с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

9. За изплащането на обезщетение за физиотерапия:

8.1. амбулаторен лист или медицинско направление, с което се предписва физиотерапия;

8.2. амбулаторен лист, издаден от лекаря, провел физиотерапията;

8.3. фактура с подробно описание на всички услуги с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

9. За изплащането на обезщетение за рехабилитация:

9.1. епикриза от проведено болнично лечение с вписани препоръки за провеждане на рехабилитация, като продължение на основното лечение;

9.2. епикриза или друг официален медицински документ, удостоверяващ извършената рехабилитация;

9.3. фактура с подробно описание на извършените процедури с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

10. За изплащането на обезщетение за дентално лечение се изисква:

10.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документ от стоматолог с отразен зъбен статус и подробно описание на извършените услуги;

10.2. фактура с подробно описание на извършените манипулации с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

11. За изплащане на обезщетения за проведени профилактични прегледи и изследвания (пакет Профилактика, възстановяване на разходи):

11.1. амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед;

11.2. резултати от проведените изследвания – копие;

11.3. фактура с подробно описание на всички услуги с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице и подробно описание на всички услуги с единична цена е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

12. За изплащане на обезщетения за проведени психотерапевтични прегледи и консултации:

12.1. амбулаторен лист, служебна бележка или друг официален медицински документ за извършения преглед;

12.2. фактура с подробно описание на всички услуги с единична цена и фискален бон – оригинал. В случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице и подробно описание на всички услуги с единична цена е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал.

13. За изплащането на обезщетение за хирургическо лечение:

13.1. епикриза за проведено стационарно хирургическо лечение;

13.2. при злополука – всички необходими документи, установяващи настъпването ѝ.

14. За изплащането на обезщетение за дневни пари при болничен престой:

14.1. епикриза за проведено болнично лечение;

14.2. при злополука – всички необходими документи, установяващи настъпването ѝ.

(4) Документите по ал. 3 трябва да съдържат изискуемите по закон реквизити и да отговарят на следните изисквания:

1. медицинска рецепта – рецептурна бланка МЗ-НЗОК № 5 и МЗ-НЗОК № 5А – съдържа минимум следните реквизити: име на медицински специалист, идентификационен код (УИН) на специалиста, наименование и адрес на лечебното заведение, подпис на лекаря, печат на лечебното заведение, град и дата на издаване, име на пациента и възраст, наименование на изписаните лекарства, а за очила и леци, изписаните диоптри;

2. фактура за ползвани медицински услуги или закупени медицински стоки – номер на фактурата, идентифициране на доставчика – име, адрес, идентификационен код, МОЛ, трите имена на получателя и адрес, ЕГН на получателя, подробно описание на здравните услуги/стоки с брой единична цена и стойност за всяка услуга/стока, сума за плащане – цифром и словом, начин на плащане, получател на фактурата – име, дата и подпис, съставител на фактурата – име и подпис;

3. Фискален бон – номер на бона, дата и час на регистрация на продажбата, име и идентификационен код на доставчика;

4. Амбулаторен лист – подробно и четливо попълнени всички реквизити, включително анамнеза, диагноза, обективно състояние, изписани медикаменти, назначени изследвания, промяна на визуса и т.н., подписан от лекаря и подпечатан с печата на здравното заведение;

(5) При стоматологично лечение в медицинските документи трябва ясно да се описват лекуваните или заместени зъби, като се използва стандартният стоматологичен формуляр. Задължително се представя рентгенография при лечение на пулпит и хирургични услуги. В случай на по-обширна намеса от страна на стоматолога или по искане на застрахователя, документът трябва да отразява и зъбния статус.

(6) Представят се заверени копия на медицинските документи и оригинали на платежните документи, които след изплащането им стават собственост на застрахователя. Ако не е уговорено друго, всички евентуални разходи, свързани с издаването на необходимите документи, се поемат от застрахования.

(7) Застрахователят има право да изиска от застрахования, застрахования и изпълнителя на медицинска помощ да представят на упълномощените служители на застрахователя допълнителна медицинската документация и информация, относно текущото и предходно здравословно състояние на застрахованото лице (извлечение от медицинската документация за конкретното застрахователно събитие, доклади от специалисти, копия или извлечения от анамнези на заболяванията, издадено от болници и др., в съответствие със законите, регламентиращи здравеопазването, и законите, регламентиращи съхранението на документация в здравеопазването), както и да провери предоставената медицинска документация и да използва цялата информация за установяване на застрахователното събитие.

(8) При настъпване на застрахователно събитие, ако съществува покритие по същия риск и от друг застраховател или осигурител, отговорността на застрахователя съответства на отношението между договорения в полицата на ЗК „УНИКА Живот“ АД лимит и общия лимит за същия риск по всички застрахователни и осигурителни договори. В този случай застрахованият е задължен да уведоми застрахователя за съществуващите договори, за да може застрахователят да координира плащанията с другите застрахователи и/или осигурители.

(9) Ако общият размер на изплатените за застраховано

лице обезщетения са под посочените в застрахователния договор лимити или договорената застрахователна сума, застрахованото лице няма право да получи разликата при изтичане срока на застраховката.

РАЗДЕЛ VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Данъци и такси

Член 42. (1) Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на застрахователя.

(2) Застрахователят също така има право да взема служебно-административна такса за оказване допълнителни услуги като: вписване на нови данни и изменения в договора, внасяне на промени в застрахователната полица, издаване на дубликати и други. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди оказването на услугата.

(3) Всички пощенски такси, изплатени от застрахователя за уведомяване на застрахования за просрочени премии или други задължения, трябва да бъдат обезщетени на застрахователя от застрахования.

Искове спрямо трети лица

Член 43. (1) Ако за едно застрахователно събитие, наред с претенцията спрямо застрахователя, съществува аналогично право за застрахования да претендира обезщетение към трето лице застраховател, то след изплащане на обезщетението, правата на застрахования по отношение на пропорционалната част от обезщетението, съгл. чл. 392 ал. 1 от КЗ се прехвърля на ЗК „УНИКА Живот“ АД до размера на платеното обезщетение и обичайните разноски, направени за неговото определяне.

Известия по застрахователния договор

(1) Всички договаряния, обявявания, молби и известия към застрахователния договор трябва да се извършват в писмена форма. Известия и волеизявления, извършени от застрахователя, застрахования или ползващите лица,

влизат в сила след представянето им пред застрахователя.

(2) Изявленията на застрахователя са валидни, само ако са издадени по надлежния ред и са изпратени на посочения от застрахователя адрес за кореспонденция. В случай че застрахователят промени своя адрес, но не обяви това пред застрахователя, всички изпратени до него съобщения се считат за надлежно връчени.

(3) Ще се счита, че уведомления, декларации и други писмени волеизявления, правени от страните във връзка със сключването и изпълнението на договора, са подадени в срок, ако са подадени преди изтичане на съответните срокове, определени от настоящите Общи условия.

(4) При промяна в името на застрахователя, застрахования, ползващото лице или на посочения в застрахователната полица адрес, застрахователят е длъжен в срок до една седмица да уведоми застрахователя за настъпилата промяна.

Давност и подсъдност

Член 44. (1) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на пет години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

(2) За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесени от него вноски от застрахователната премия, застрахователят не дължи лихви.

(3) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, от една страна, и застрахования или застрахованото лице – от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд.

Промени на Настоящите условия

Член 45. (1) Настоящите условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в добавъци към нея.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК "УНИКА Живот" АД от 04.11.2020 г. в сила от 01.12.2020 г., изменени на 28.07.2022 г. и влизат в сила от 01.10.2022 г., изменени на 27.10.2025 г. и влизат в сила от 01.01.2026 г.

Подпис: _____

Застрахователна компания "УНИКА Живот" АД