

Медицинска застраховка за чужденци в България



Информационен документ за застрахователен продукт

Дружество: „Групама Застраховане“ ЕАД, Република България, с Разрешение за извършване на застрахователна дейност № 1-ОЗ/05.05.2005 г. на КФН

Продукт: „Медицинска застраховка за чужденци в България“

Този информационен документ предоставя резюме на основните покрития и изключения на продукта. Той не отчита специфичните ви нужди и искания. Пълната информация за този продукт ще намерите в договорната и преддоговорната документация.

Какъв е видът на застраховката?

Застраховат се групово или индивидуално физически лица, чужденци, пребиваващи краткосрочно или продължително в Република България, или преминаващи транзитно през страната. По тази застраховка се обезщетяват действително извършените медицински и транспортни разходи за неотложна и спешна медицинска и дентална помощ при внезапно, неочаквано, непредвидимо неразположение, болест или злополука.



Какво покрива застраховката?

Покрити рискове:

- ✓ Разходи за медицинска помощ при спешни състояния в случай на злополука и/или акутно заболяване, направени за извънболнична и болнична медицинска помощ;
- ✓ Транспортни разходи;
- ✓ Разходи за дентална помощ – рискът обхваща спешно възникнали внезапни състояния, в случай на злополука и/или акутно заболяване (до 500 лв.)

Видове медицински застраховки:

Задължителна застраховка със застрахователна сума 60 000 лв.

Предназначена е за лица, които нямат сключена в чужбина здравна осигуровка или медицинска застраховка, валидна за територията на Р. България и/или когато медицинската им застраховка изтича през време на престоя им в страната.

Задължителната застраховка се сключва в съответствие с „Наредба за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителната медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Р. България или преминават транзитно през страната“. и с Общите условия на продукта.

Доброволна медицинска застраховка със застрахователна сума по избор: от 5 000 лв до 40 000 лв.

Предназначена е за лица, които имат сключена в чужбина здравна осигуровка или медицинска застраховка, валидна за територията на Р. България, сключва се в съответствие с Общите условия.



Какво не покрива застраховката ?

- ✗ Лечение и болничен престой при съществуващи хронични заболявания; профилактични изследвания и имунизации, психични заболявания и разстройства, както и последиците от тях;
- ✗ СПИН и полово предавани болести;
- ✗ Заболявания, свързани със злокачествени или доброкачествени образувания, планови неврохирургични, карди-ологични и очни операции и др. (пълна информация да изключените заболявания ще намерите в Общите условия);
- ✗ Увреждане на здравето, вследствие употреба на алкохол, сбиване, опит за самоубийство или самоубийство, извършване на престъпление от общ характер или друга дейност, забранена със закон;
- ✗ Изследвания, диагностика и лечение, които не са по лекарски предписания, а по желание на Застрахования.

Пълна информация за изключените рискове можете да намерите в Общите условия на застраховката.



Има ли ограничения на покритието?

- ! За лица над 69 г, както и спортисти и работещи лица, застраховката е валидна само при заплащане на допълнителна премия.
- ! Застрахователния договор за чужденци, които пребивават краткосрочно в Република България или преминават транзитно през страната, не може да бъде сключен за срок, по-дълъг от 90 (деветдесет) дена.
- ! Български граждани, лица, загубили трудоспособност над 50%, и такива поставени под пълно запрещение не могат да бъдат застраховани.

Пълна информация можете да намерите в Общите условия на застраховката



Какво е териториалното покритие на моята застраховка?



Застрахователния договор покрива събития, настъпили на територията на Република България.



Какви са моите задължения?

- **При подписване на договора**

При сключване на застрахователния договор Вие трябва да обявите точно и изчерпателно съществените за риска обстоятелства, които са Ви известни и за които Застрахователя изрично и писмено Ви е поставил въпрос.

Да заплащате застрахователната премия в определения в полицата размер.

- **По време на договора**

При промяна на съществените за риска обстоятелства, включително вписания в договора адрес, трябва да уведомите незабавно Застрахователя.

- **При застрахователно събитие**

Трябва да уведомите застрахователя или Асистиращата компания. Както и да предоставите поисканите документи, свързани с установяване на събитието и размера на разходите, да предприемете всички необходими мерки за ограничаване или намаляване размера на разходите и да следвате дадените Ви указания.



Кога и как трябва да заплатя?

При сключване на застрахователния договор трябва да заплатите Общата дължима сума в пълен размер (в т.ч. застрахователна премия, данъци, такси и др.под).

Общата дължима сума, както и всяка разсрочена вноска можете да заплатите: в офисите на Групама – в брой и чрез АТМ, при Вашия застрахователен посредник, в офисите на всички застрахователни брокери – партньори на Групама; в над 350 клона на „Банка ДСК“ ЕАД в цялата страна, в реално време, посредством онлайн платформа ДСК Директ, при доставка чрез куриер - с наложен платеж или безкасово по следната банкова сметка в лева: „Банка ДСК“ ЕАД, IBAN BG57STSA93000010592240, с посочено основание за плащане – номер на застрахователната полица. В случай, че плащането се извършва по банков път (безкасово), може да дължите допълнителни такси за банковия превод, по тарифа на банката!



Кога започва и кога свършва покритието?

Застрахователното покритие се предоставя за периода, през който пребивавате в страната и е вписан в полицата. Продължителността на полицата може да бъде от 1 ден до 1 година.



Как мога да прекратя договора?

Може да прекратите Вашия застрахователен договор по всяко време с писмено предизвестие, изпратено до застрахователя в срока, съгласно Общите условия. В този случай се връща част от застрахователната премия, съответстваща на неизтеклата част от срока на застрахователното покритие, при условие че не са били изплащани и/или не предстои да се изплащат застрахователни обезщетения.



Настоящият документ съдържа информация по член 324-326 от Кодекса за застраховане, която се предоставя на кандидатите за застраховане преди сключване на застрахователния договор, както и **Уведомление за поверителност** във връзка със сключване и изпълнение на задължения по застрахователен договор на Застрахователя.

КОИ СМЕ НИЕ?

„ГРУПАМА ЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД, ЕИК 131421443, е част от френската банкова и застрахователна група Групама. На българския пазар компанията присъства от 2008 г. като придобива двете застрахователни дружества „ДСК Гаранция“ и става техен едноличен собственик. През 2009 г. официално дружеството е преименувано на "Групама Застраховане" ЕАД. Дружеството притежава Разрешение за извършване на застрахователна дейност № 1-ОЗ/05.05.2005 г. на Комисия за финансов надзор. Седалището и адресът на управление на Дружеството са в Република България, гр. София, ПК 1124, бул. "Цариградско шосе" № 47А, бл. В, ет. 3,



Телефон за контакти: 0700 123 32

Информация относно платежоспособността и финансовото състояние на Застрахователя е публикувана на адрес: www.groupama.bg

Преди и при сключване на застрахователния договор Застрахователят не предоставя съвет по смисъла на Кодекса за застраховането на ползвателя/ите на застрахователни услуги.

ВАШИТЕ ПРАВА!

В качеството си на Ползвател на застрахователна услуга можете да подавате жалби срещу всяко действие/бездействие на Застрахователя. Жалбата се адресира до Застрахователя, като в същата изрично се посочва подател и номер на пощата/номер на щетата, по която се подава. Застрахователят регистрира всяка постъпила жалба в регистър „Жалби“ с входящ номер и дата на постъпване. Жалбата може да се подаде и чрез застрахователния агент или посредника, предлагащ застрахователни продукти като допълнителна дейност, осъществили посредничеството при сключването на договора. По всяка отделна жалба, Застрахователят е длъжен да се произнесе в срок до един месец от постъпването ѝ.

Можете да се запознаете с Вътрешните правила за организацията на дейността по уреждане на застрахователни претенции на интернет адрес: www.groupama.bg

Всеки Ползвател на застрахователни услуги има възможност да подава жалби срещу Застрахователя пред Комисия по финансов надзор, както и пред други държавни органи. На разположение на Ползвателите на застрахователни услуги са и всички форми за извънсъдебно разглеждане на спорове в Република България.

Споровете между страните се решават по взаимно съгласие, а ако няма постигнато споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ПОВЕРИТЕЛНОСТ

във връзка със сключване и изпълнение на задължения по застрахователен договор

1. ДАННИ ЗА АДМИНИСТРАТОРА НА ЛИЧНИ ДАННИ:

"Групама Застраховане" ЕАД, ЕИК 131421443 (Администратор), с координати за връзка: Република България, гр. София, п.к. 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, Блок В, ет. 3, тел. 0700 123 32, ел. поща: info@groupama.bg, интернет страница: www.groupama.bg.

2. КАКВИ ВАШИ ЛИЧНИ ДАННИ ОБРАБОТВАМЕ:

Личните данни, които обикновено се обработват от Администратора във връзка със сключване и изпълнение на застрахователен договор, са следните:

а) Данни за идентификация - Име, презиме и фамилия; Единен граждански номер (ЕГН)/Личен номер на чужденец (ЛНЧ) и/или дата на раждане; копие на документ за самоличност; Адрес – постоянен или настоящ;

б) Основни данни - собственост; пол, възраст, националност; професия/длъжност, професионален стаж и други данни според застрахователния продукт; здравни данни: информация относно Вашето здравно състояние (диагноза, епикризи, здравноосигурителен статус, други здравни документи), предоставена за целите на изготвяне на Вашето предложение, сключването на застраховка и предявяването на претенция;

в) Банкова информация - номер на банковата Ви сметка/карта (име на банка, IBAN, BIC, титуляр на сметка).

г) Други данни - телефон и електронна поща; записи на обаждания, които са направени от и към контактния център на Администратора; електронна кореспонденция, писма, жалби, молби; друга обратна връзка, която Администраторът получава от Вас; видео записи, които се правят с цел осигуряване на физическа сигурност в офисната мрежа на Администратора; гео-локация при дистанционни огледи на обекти; клиентски номер, код или друг идентификатор, създаден от Администратора за идентификация на ползватели; данни, предоставяни през интернет страницата на Администратора, данни за профил в социални мрежи, онлайн платформи и приложения, потребителско име, парола (при регистрация в интернет страницата на Администратора или друга подобна услуга); информация за използваното крайно електронно съобщително устройство, вида на устройството, използваната операционна система, IP адрес при посещение на интернет страницата на Администратора.

3. ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ ЩЕ СЕ ОБРАБОТВАТ ОТ АДМИНИСТРАТОРА ЗА СЛЕДНИТЕ ЦЕЛИ:

Предоставените от Вас лични данни ще бъдат използвани за целите на администриране на застрахователното правоотношение, включително, но не само, за целите на: оценка на риска; определяне на изискванията и потребностите Ви, изготвяне на индивидуално предложение за застраховка; сключване и

обслужване на застрахователния договор; плащане на застрахователната премия; обработване на претенции по повод настъпване на застрахователно събитие и изплащане на застрахователно обезщетение при ликвидация на претенция; администриране на жалби; директен маркетинг; проучване на удовлетвореността на ползвателите на застрахователни услуги; презастраховане на рисковете; наблюдение и оценка на застрахователния портфейл включително и заделяне на резерви и осигуряване на платежоспособност, което включва профилиране; предотвратяване на застрахователни измами; вътрешен, финансов и регулаторен одит; съхранение на данъчен и счетоводен регистър; изпълнение на нормативни изисквания, включително избягване на конфликт на интереси, корупционни практики или задължения по Закона за мерките срещу изпирането на пари, Закона за мерките срещу финансирането на тероризма.

4. ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ ЩЕ СЕ ОБРАБОТВАТ ОТ АДМИНИСТРАТОРА НА СЛЕДНИТЕ ОСНОВАНИЯ:

а) За изпълнение на договор или в контекста на преддоговорни отношения

Администраторът обработва Вашите лични данни, за да предоставя застрахователни продукти, както и за да изпълнява договорните и преддоговорните си задължения и да се ползва от правата по застрахователните договори. Администраторът може да обработва Ваши здравни данни за установяване, упражняване или защита на законови претенции.

б) За изпълнение на нормативни задължения

Администраторът обработва Вашите идентификационни данни, за да спазва задължения, които са предвидени в нормативен акт, така например:

- задължения за предоставяне на информация на Комисията за финансов надзор или трети лица, посочени в Кодекса за застраховането;

- изпълнение на задължения във връзка с продажбата от разстояние, продажбата извън търговския обект, предвидени в Закона за защита на потребителите;

- предоставяне на информация на Комисията за защита на потребителите или трети лица, предвидени в Закона за защита на потребителите;

- предоставяне на информация на Комисията за защита на личните данни във връзка със задължения, предвидени в нормативната уредба за защита на личните данни – Закон за защита на личните данни, Регламент (ЕС) 2016/679 от 27 април 2016 година и др.;

- задължения, предвидени в Закона за счетоводството и Данъчно-осигурителния процесуален кодекс и други свързани

нормативни актове, във връзка с воденето на правилно и законосъобразно счетоводство;

- предоставяне на информация на съда и трети лица, в рамките на производство пред съд, съобразно изискванията на приложимите към производството процесуални и материалноправни нормативни актове;

- удостоверяване на възраст при пазаруване онлайн.

в) След Ваше съгласие

В някои случаи Администраторът обработва Вашите лични данни, само след предварителното Ви писмено съгласие. Съгласието е отделно основание за обработване на личните Ви данни и целта на обработката е посочена в него.

г) С оглед легитимния интерес на Администратора

Администраторът обработва Вашите лични данни на основание легитимния си интерес, за да извърши основен анализ на данните Ви, да изпълнява задълженията си по застрахователните договори и да повиши качеството на предоставяните услуги, да осъществява предвиждане на евентуални бъдещи негативни проявления на рисковете, което може да включва профилиране; за превенция срещу застрахователни измами; анализ на портфейла и презастраховане.

5. КООРДИНАТИ ЗА ВРЪЗКА С ДЛЪЖНОСТНОТО ЛИЦЕ ПО ЗАЩИТА НА ДАННИТЕ НА АДМИНИСТРАТОРА:

Можете да се свържете с длъжностното лице по защита на данните при Администратора по следния начин:

- ел. поща: dpo@groupama.bg;

- на адрес за кореспонденция: гр. София, п.к. 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, Блок В, ет. 3.

6. ВАШИТЕ ДАННИ ЩЕ БЪДАТ ПРЕДОСТАВЕНИ НА СЛЕДНИТЕ ПОЛУЧАТЕЛИ:

При спазване на законовите изисквания е възможно Администраторът да разкрие Ваши лични данни на следните лица:

- Доставчици на услуги (консултанти, експерти, оценители, адвокати) - при използване на услуги, свързани със сключване на застрахователния договор и изплащане на застрахователното обезщетение, техническа поддръжка на информационни системи и оперативна поддръжка на дейността, е възможно Администраторът да разкрие лични данни. Подобно разкриване на данни се осъществява само при наличие на основателна причина за това и въз основа на писмена договорка получателите да осигурят адекватно ниво на защита;

- подизпълнители - при предоставяне на услуги от името на Администратора на и извън територията на Република България. Подобно разкриване на данни се осъществява само при наличие на основателна причина за това и въз основа на писмена договорка подизпълнителите да осигурят адекватно ниво на защита;

- други дружества в групата на Администратора - Разкриване на лични данни в този случай се извършва при спазване на приложимото българско и европейско законодателство, в т.ч. на „Групама Животозастраховане“ ЕАД за целите на съвместна администрация от споделена ИТ инфраструктура и служители;

- презастрахователи: В изпълнение на законното си задължение да осигури покритие на застрахователния си портфейл, Администраторът може да разкрие Ваши лични данни на презастрахователи, презастрахователни брокери и техни представители;

- застрахователни посредници (агенти, брокери и др.) - за осъществяване на застрахователно посредничество, като Вашите лични данни обикновено са споделени с тях директно от Вас;

- лица, предоставящи услуги по организиране, съхраняване, индексирание и унищожаване на архиви на хартиен и/или електронен носител;

- компетентни органи, които по силата на нормативен акт имат правомощия да изискват предоставянето на информация, сред която и лични данни, като например - съдилища, прокуратура, различни регулаторни органи като Комисия за защита на потребителите, Комисия за финансов надзор, Комисия за защита на личните данни, органи с правомощия по защита на националната сигурност и обществен ред;

- държавни органи и институции, които осъществяват съдействие на Администратора, в т.ч. - НАП, НЗОК/РЗОК, НОИ, БНБ, Прокуратура и разследващи органи, Агенция по заетостта и др. - за установяване на правни претенции;

- лицензирани здравни, лечебни, медицински органи, институции и лица - за предвадителна и последваща оценка на риска, включително и при ликвидация на претенции;

- вътрешни и външни одитори на процеси, финансови и регулаторни отчети и справки - за нуждите на съответните одиторски проверки;

- пощенски оператори, с оглед изпращане и получаване на пратки, съдържащи договори, допълнителни споразумения и други документи, изпълнение на наложен платеж и необходимостта от удостоверяване на самоличността при връчването им;

- лица, които по възлагане поддържат оборудване, софтуер и хардуер, използвани за обработка на лични данни и необходим за изграждане на мрежата на дружеството и за извършване на различни услуги по отчитане и разплащане по продукти, техническа поддръжка и др.;

- лица, предоставящи сервизна поддръжка на крайни устройства; кол центрове, които съдействат на Администратора при продажбата на застрахователни продукти и при обслужване на клиентите преди и през времетраене на договорните отношения;

- банки за обслужване на плащанията, извършени от Вас;
- охранителни фирми, притежаващи лиценз за извършване на частна охранителна дейност във връзка с обработване на видео-записите от обекти на Администратора и/или осигуряване на пропускателния режим в обектите.

7. СРОК ЗА СЪХРАНЕНИЕ НА ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ ОТ АДМИНИСТРАТОРА:

Администраторът съхранява и администрира отделни документи, съдържащи Ваши лични данни, за следните срокове:

- Предложения/оферти за сключване на застрахователен договор - максимален срок от 6 месеца, считано от дата на издаване на предложението/офертата;

- застрахователните договори и документи, които са съществена част от него (предложение за сключване на застрахователен договор, полици, анекси и др.) - максимален срок от 16 години, считано от датата на изтичане на застрахователния договор, като срокът е в зависимост от вида застраховка;

- документи относно застрахователна претенция - максимален срок от 16 години, считано от датата на предявяване на претенция, като срокът е в зависимост от вида застраховка.

8. ВАШИТЕ ПРАВА ПО ОТНОШЕНИЕ НА ЛИЧНИТЕ ВИ ДАННИ, КОИТО СЕ ОБРАБОТВАТ ОТ АДМИНИСТРАТОРА:

Във всеки момент докато Администраторът съхранява или обработва личните Ви данни имате следните права:

- Да изискате от Администратора достъп до, коригиране или изтриване на личните данни, или ограничаване на обработването на лични данни, свързани с Вас, или да направите възражение срещу обработването, както и право на преносимост на личните данни;

- да оттеглите даденото от Вас изрично съгласие за обработване на личните Ви данни за целите, за които сте го предоставили;

- да възразите срещу обработване на лични данни, отнасящи се до Вас, което се основава на законните интереси на Администратора;

- да възразите срещу профилирането на личните Ви данни;

- да бъдете уведомен/а за нарушение на сигурността на личните данни;

- да получите обезщетение за претърпени вреди;

- да подадете жалба пред Комисията за защита на личните данни (КЗЛД).

да получите защита по съдебен и административен ред (право на подаване на жалба до надзорен орган; право на ефективна съдебна защита срещу надзорен орган; право на ефективна съдебна защита срещу администратор или обработващ лични данни). Предоставените съгласия могат да бъдат оттеглени по всяко време. Оттеглянето на съгласието няма отражение върху изпълнението на договорните задължения на Администратора. Ако оттеглите съгласието си за обработване на лични данни, Администраторът няма да използва личните Ви данни и информация за целите, за които сте дали съгласие. Оттеглянето на съгласието не засяга законосъобразността на обработването, основано на дадено съгласие преди неговото оттегляне.

Когато Администраторът обработва личните Ви данни за целите на предоставяне на застрахователни продукти, тяхното администриране, обработка и изплащане на претенции, както и с цел да изпълни свои нормативни задължения, тази обработка е задължителна за изпълнение на тези цели. Без тези данни, Администраторът не би могъл да предостави съответните услуги. Ако не предоставите данни за идентификация и основни данни, Администраторът не би могъл да сключи с Вас договор за продукт или услуга. Ако не ни предоставите банкови данни, Администраторът не би могъл да изпълни задълженията си по застрахователния договор.

Подробна информация относно Защитата на личните Ви данни, ще намерите в **Политика за защита на личните данни на Администратора** на интернет страницата: www.groupama.bg, както и във всеки офис на Администратора, неговите агенти и брокерите. **Редът и начинът, по които можете да подадете искане за упражняване на правата си е описан в Процедура за Обработване на искания, свързани с упражняването на индивидуални права, която е приложение към Политика за защита на личните данни.**

Член 1. Определения

1. **Застраховател** е "Групама Застраховане" ЕАД със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, блок В, ет. 3.
2. **Застрахован** е физическо лице (чужденец), което пребивава краткосрочно или продължително в Република България или преминава транзитно през нея, за времето на пребиваването му в страната.
3. **Застраховач** е физическо / юридическо лице, което е страна по застрахователния договор. Застраховачият може при условията на застрахователния договор да бъде и застрахован или трето ползващо се лице. Застраховач не може да бъде лице, което фигурира в списък за икономически санкции, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки.
4. **Краткосрочно пребиваване** е пребиваване на територията на Република България в срок до 90 дни от датата на влизане в страната.
5. **Продължително пребиваване** е пребиваване на територията на Република България с разрешен срок до една година от датата на влизане в страната.
6. **Застрахователно събитие** е случайно настъпило събитие на покрит риск по застраховката в периода на индивидуалното застрахователно покритие.
7. **Злополука** е непредвидено, случайно и внезапно събитие, настъпило през срока на индивидуалното застрахователно покритие, с външен за застрахования произход и против неговата воля, което причинява на застрахования телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълване на става, скъсване или разтягане на сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне и др.)
8. **Акутно заболяване** е заболяване, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на Застрахования и изисква спешна и неотложна медицинска намеса.
9. **Предшествашо заболяване** или състояние е заболяване или медицинско състояние, за което Застрахованият е получил лечение, търсил е медицински съвет или е узнал за съществуването му преди началото на застрахователния срок.
10. **Хронично заболяване** е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахиран оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.
11. **Застрахователна сума** (лимит на отговорност) е договорената между страните или определената с нормативен акт и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя.

Член 2. Предмет на застрахователния договор

- (1) По настоящите Общи условия за застраховка „Медицинска застраховка за чужденци в България“ се предоставя застрахователно покритие на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България, или преминават транзитно през страната, за времето на пребиваването им в страната.
- (2) В замяна на платената от застрахованото лице застрахователна премия, Застрахователят се задължава при настъпване на застрахователно събитие, да обезщетява застрахованото лице за действително извършени

те медицински разходи за неотложна и спешна медицинска помощ при внезапно, неочаквано, непредвидимо неразположение, болест или злополука, възникнали в срока на действието на застрахователния договор.

- (3) За разходи за лечение и болничен престой се считат разходите за медицинска помощ при спешни състояния, разходите, направени за извънболнична и болнична медицинска помощ и разходите за дентална помощ.

Член 3. Застраховани лица

- (1) Застраховат се физически лица (чужденци) в добро физическо и психическо здраве.
- (2) По застраховката могат да бъдат застраховани лица загубили трудоспособност над 50% след съгласуване с ЦУ на Застрахователя.
- (3) Лицата по ал. 1, които нямат сключена в чужбина здравна осигуровка или медицинска застраховка, валидна за територията на Република България и/или когато медицинската им застраховка изтича през време на престоя им в страната, се застраховат със задължителна медицинска застраховка, съгласно Наредбата за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителната медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно в Република България или преминават транзитно през страната, наричана за краткост Наредбата.
- (4) Лицата по ал. 1, които имат сключена в чужбина здравна осигуровка или медицинска застраховка, валидна за територията на Република България, се застраховат с доброволна медицинска застраховка.
- (5) Застраховачият и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.
- (6) По застраховката не могат да бъдат застраховани лица, които фигурират в списък за икономически санкции, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки.

Член 4. Сключване на застраховката

- (1) Застраховката се сключва по предложение (писмено или устно) на Застраховачия.
- (2) Приемането на предложението от страна на Застрахователя се удостоверява с издаване на застрахователната полица, неразделна част от която са Предложението, Общите условия на застраховката, допълнителни споразумения (добавъци), списъци на застрахованите лица и други писмени договорености между страните, ако има такива.
- (3) В полицата се вписват данните на Застрахования/ите – име и ЕГН /или друг персонализиращ го номер/. Допълнително Застрахователят може да изиска писмено и друга информация, която според него има значение за оценката на риска по застраховката.
- (4) Ако пребиваването в Република България е с цел работа, Застрахованият е задължен да уведоми предварително Застрахователя за своята професия и застраховката ще е валидна само при заплащане на допълнителна застрахователна премия.
- (5) Полицата може да бъде индивидуална или груповая:
 1. Индивидуалната полица се сключва от Застрахования, който след като се запознае и приеме условията на застраховката подписва полицата;
 2. Груповая застраховка се сключва на две и повече лица. Груповата полица се сключва от Застраховачия, който след като се запознае и приеме условията на застраховката подписва полицата. Към груповата полица се

„Групама Застраховане“ ЕАД

Р. България, София 1124, бул. „Цариградско шосе“ 47А, бл.В, ет.3, тел.: 02/9158888, факс: 02/9158899, e-mail: info@groupama.bg

Разрешение за застрахователна дейност № 01-ОЗ/05.05.2005 г. от КФН, ЕИК: 131421443

прилага списък на застрахованите лица, който става неразделна част от полицата.

- (6) Застрахователят/Застрахованият е длъжен да съобщи всички обстоятелства, свързани с оценката на риска и е отговорен за верността, точността и пълнотата на дадените от него сведения.
- (7) При узнаването на обстоятелства, съществували към момента на сключване на застраховката или настъпили по време на нейното действие, които са от значение за риска по застраховката, за Застрахования и за Застрахователя важат разпоредбите на Кодекса за застраховането.

Член 5. Срок на застрахователния договор, период на застрахователното покритие, застрахователен период и прекратяване на застрахователния договор

- (1) Срокът на договора е определен и се упоменава в застрахователната полица.
- (2) Период на застрахователното покритие е периодът, в който застрахователят носи риска по застраховката.
- (3) Застрахователният период е периодът, за който се определя застрахователна премия.
- (4) Срокът на договора, както и началото и краят на периода на застрахователното покритие и на застрахователния период са указани в полицата и съвпадат с датите, посочени в полицата като „Срок на застраховката“ с определено начало и край.
- (5) Застраховката се сключва за срок от един ден до една година, в зависимост от срока на пребиваване.
1. Застрахователният договор на чужденци, които пребивават краткосрочно в Република България или преминават транзитно през страната не може да бъде сключен за срок, по-дълъг от 90 (деветдесет) дни;
2. Застрахователният договор за чужденци, които пребивават продължително в Република България може да бъде сключен със срок до 1 (една) година.
- (6) Застраховката се сключва за срока, посочен в полицата и влиза в сила от 00.00 часа на деня, отбелязан в полицата за начало, но само при условие, че е платена застрахователната премия, освен ако не е уговорено друго между страните.
- (7) Застрахователният договор се прекратява предсрочно в следните случаи:
1. с предизвестие на една от страните - седем дни след като Застрахованият е получил писмено предизвестие на Застрахователя. Получаването му се доказва с разписана от Застрахования обратна разписка или по друг подходящ начин;
2. едностранно от Застрахования - с получаването от Застрахователя на писмено искане за това. В този случай, прекратяването е в сила от датата на получаване на искането от Застрахователя.
3. при изплащане на пълния размер на застрахователната сума - от датата на изплащане на последното застрахователно обезщетение.
- (8) Предсрочното прекратяване на застрахователния договор прекратява предсрочно застрахователното покритие.
- (9) При предсрочно прекратяване на застрахователния договор и при условие, че по договора не са изплащани и не се дължат застрахователни обезщетения, Застрахователят възстановява на Застрахования/законните наследници съответстващата на неизтеклата част от срока на застрахователното покритие част от застрахователната премия.
- (10) В случай че застрахователният договор се прекратя-

ва предсрочно в съответствие с чл. 5, ал. 7, т. 1 поради вина на Застрахования, Застрахователят не дължи връщане на неусвоената застрахователна премия за остатъка от срока на застрахователното покритие, освен ако е уговорено друго.

- (11) В случай че в срока на застрахователната полица се изчерпи лимита за стоматологична помощ, застраховката остава в сила само за другите рискове от покритието.
- (12) Покритието по тази застраховка е валидно само за територията на Република България.

Член 6. Застрахователно покритие

- (1) Застрахователят ще изплати на застрахования следните медицински разходи в случай на злополука и/или акутно заболяване, настъпили по време на пребиваването на Застрахования на територията на Република България:
1. Действително извършените медицински разходи за неотложна и спешна медицинска помощ при внезапно, неочаквано, непредвидимо неразположение, болест или злополука, възникнали по време на действието на застрахователния договор, както следва:
- 1.1. разходи за медицинска помощ при спешни състояния, разходите, направени за извънболнична и болнична медицинска помощ;
- 1.2. транспортни разходи - документиран, необходим и целесъобразен транспортен разход за настаняване или преместване на Застрахования в болнично заведение;
- 1.3. разходи за дентална помощ - рискът обхваща спешно възникнали внезапни състояния при:
- 1.3.1. Инцизия на абсцеси и флегмони в устната кухина;
- 1.3.2. Изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия;
- 1.3.3. Контролен преглед на услугите по т. 1.3.1 и 1.3.2;
- 1.3.4. Неотложни състояния след използваните дентални процедури.
- (2) Застрахователят покрива рисковете по ал. 1, когато злополуката, акутното заболяване или денталното състояние са се проявили и са диагностицирани в срока на застраховката, а разходите са извършени по време на действие на застраховката и са настъпили по време на пребиваването на Застрахования на територията на Република България.

Член 7. Изключения от застрахователното покритие

- (1) Отговорността на Застрахователя не покрива разходите на застрахованите лица за:
1. лечение и болничен престой при съществуващи хронични заболявания;
2. хемодиализа и хемотрансфузия;
3. трансплантация на органи, тъкани и клетки;
4. планови неврохирургични, кардиологични и очни операции;
5. фертилитет ин витро;
6. лечение на СПИН или свързаните с установяването му задължителни или доброволни тестове, полово-предавани заболявания;
7. болнична помощ на онкологично болни лица и на лица с психични разстройства;
8. лечение на алкохолизъм и наркомания;
9. задължителни имунизации;
10. пластични козметични операции и други козметични медицински услуги;



11. оказване на неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве.

(2) Застрахователното покритие не включва и Застрахователят не дължи застрахователно обезщетение за телесни увреждания или смърт на застрахования, причинени вследствие на:

1. неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране на заболяване от застрахования, както и умишлено увреждане на своето здраве;
2. подготовка и участие в спортни състезания, освен ако не е уговорено друго;
3. сбиване, опит за самоубийство или самоубийство, извършване на престъпление от общ характер или друга дейност, забранена със закон;
4. увреждане на здравето, настъпило по време на задържането на застрахования от органи на властта или в място за лишаване от свобода;
5. земетресение или атомни и ядрени експлозии, радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, радиационно (йонизиращо) лъчение;
6. увреждане на здравето вследствие на прекалена или хронична употреба на алкохол, наркотични, упойващи вещества или медикаментозна зависимост;
7. терористичен акт или терористично действие;
8. участие във военни действия или учения или причинени от радиоактивни или химически материали при въстание, бунт, стачка, локаут или други действия от подобно естество, включително аварийни и бедствени ситуации;
9. епидемия или пандемия, както и техните последствия, включително всякакви здравни услуги;
10. депресии, включително ако те са в резултат на настъпила злополука или акутно заболяване; лечение чрез психоанализа, психотерапия и други подобни;
11. при пътуване с лечебна цел на Застрахования;
12. за събития и/или разходи, настъпили на територията или страната, в която Застрахованият живее или има гражданство;
13. за събития, произтекли преди началото на застраховката, дори ако ползваната медицинска помощ е в рамките на срока на застрахователната полица;
14. за събития, настъпили след изтичане срока на застрахователната полица;
15. бременност, раждане, аборт или усложнения, свързани с бременност;
- 15.1. застрахователят възстановява направените медицински разходи в случай на преждевременно раждане или аборт, когато те са предизвикани от настъпила злополука, покрита по тези условия;
16. дентална помощ, освен ако се налага вследствие на покрити по тези условия злополука и/или спешно възникнали внезапни състояния, изискващи спешна дентална помощ;
17. слънчево изгаряне, освен ако не е договорено друго;
18. разходи за контролни прегледи, лечение или медицински грижи, които не са спешна медицинска помощ и не са наложителни и могат да бъдат проведени при завръщане на Застрахования на територията или страната, в която живее или има гражданство;
19. разходи, превишаващи приемливите и обичайни разходи за обслужване и необходими медикаменти, разходи за личен комфорт като радио, телевизор, приложение на козметични средства и процедури, услуги и лечение в санаториуми, минерални бани, хидроклини-

ки, физиотерапия и други подобни;

20. разходи за протези и коригиращи устройства или оборудване, очила/лещи, ваксиниране;

21. преднамерени действия от страна на заинтересовано (ползващо) лице. Ако има няколко ползващи лица, това важи само за дела на извършителя;

22. лечение на неуточнена диагностично от лекар болест, лечение или медицински грижи, проведени от член на семейството;

23. за изследвания, диагностика и лечение, които не са по лекарски предписания, а по желание на Застрахования.

(3) Застрахователят не заплаща здравни услуги на застрахованите, оказани по повод на участие в медицински научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти.

(4) Застрахователят не покрива здравни услуги, потребността от които е възникнала вследствие на минали заболявания.

Член 8. Застрахователна сума и отговорност на Застрахователя

(1) Застрахователната сума се, договаря между Застрахователя и Застрахования и се записва в застрахователната полица в български лева.

(2) За задължителната застраховка, застрахователната сума за едно лице не може да бъде по-ниска от минималната застрахователна сума определена съгласно Наредба за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителната медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през страната.

1. Застраховката може да бъде сключена и за по-висока от минималната застрахователна сума, посочена в Наредба за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителната медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през страната.

2. Когато застраховката е сключена при условията на Наредбата за по-висока от определената минимална застрахователна сума, се счита, че задължителната медицинска застраховка е включена в нея.

(3) За доброволната медицинска застраховка, застрахователната сума е по избор на Застрахования.

(4) Отговорността на Застрахователя е до размера на договорения лимит по съответния риск, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития в срока на действие на застраховката.

(5) При изплащане на обезщетение, застрахователната сума по съответния застрахователен риск се намалява със сумата на изплатеното обезщетение.

Член 9. Застрахователна премия

(1) Застрахователната премия е в лева, определя се по тарифи на Застрахователя и се записва в застрахователната полица.

(2) Застрахователната премия се заплаща от Застрахования еднократно, в пълен размер, при сключването на застраховката. При неплащане или неточно плащане на застрахователната премия, застрахователният договор не влиза в сила, а неточно платената сума подлежи на връщане.

(3) Всички допълнения към премията, които са за сметка

на Застрахования, следва да се плащат едновременно с премиите.

- (4) Застрахователният договор влиза в сила след плащането на цялата дължима премия.
- (5) При плащане по банков път, за дата на плащане се счита датата на заверяване на сметката на Застрахователя с дължимата сума.

Член 10. Задължения на застрахования при настъпване на застрахователно събитие. Изплащане на застрахователно обезщетение

- (1) Застрахованият е длъжен да вземе мерки за предпазване от вреди, да спазва предписанията на застрахователя и на компетентните органи за отстраняване на източниците на опасност за причиняване на вреди и да допуска застрахователя да прави проверки.
- (2) При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият или лечебното заведение, което му оказва медицинска помощ, е длъжен:
1. В срок от 72 часа да уведоми Застрахователя или Асистиращата компания чрез писмо, телефон, факс или друг подходящ начин и да му предостави всички поискани документи. Длъжни са също така да съдействат на Застрахователя за изясняване на всички обстоятелства и факти, свързани със застрахователното събитие;
 2. да изпълни в пълен обем дадените от Застрахователя / Асистиращата компания изрични указания;
 3. да предприеме всички разумни и осъществими действия за избягване или намаляване на вредите, както и не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на здравни услуги.
- (3) Изпълнението на задълженията по ал. 2, т. 1 и т. 2 представлява условие, предхождащо всякаква отговорност на Застрахователя да изплати застрахователно обезщетение.
- (4) За доказване на настъпването на застрахователно събитие и определяне на размера на застрахователното обезщетение Застрахованият или ползващите лица трябва да представят:
1. документ, удостоверяващ настъпването на събитие;
 2. рецепти, епикризи, медицински направления и други медицински документи от лицензирани лечебни заведения;
 3. медицински формуляр придружен с оригинали на фактури и касови бонове за платени медицински и други услуги, разноски за репатриране;
 4. други документи по преценка на Застрахователя за установяване на събитието и определяне размера на обезщетението в съответствие с чл. 106, ал. 4 от Кодекса за застраховането.
- (5) Всички медицински документи трябва да са издадени от лицензирани здравни заведения.
- (6) В случай, че Застрахованият има и други валидни застраховки, покриващи рисковете, посочени в тези общи условия, то той е длъжен писмено да декларира това обстоятелство. В този случай отговорността на Застрахователя е пропорционална на отношението на посочения в полицата лимит за съответния риск и общия лимит по всички застраховки.
- (7) Ако Застрахованият, негов пълномощник или ползващите лица не изпълнят задълженията си, описани по-горе, или представят неверни сведения, декларации или си послужат с измама с цел получаване на застрахователно обезщетение, Застрахователят има право да прекрати действието на застраховката, а при настъпило застрахователно събитие – да откаже изцяло изплащането или намали размера на застрахователното обез-

щетение, като не възстановява застрахователната премия.

Член 11. Решение на Застрахователя по предявена претенция. Изплащане на застрахователни обезщетения

- (1) Застрахователят взема решение по всяка предявена пред него Претенция за изплащане на застрахователно обезщетение по застрахователния договор, като в срок от 15 дни от предявяване на претенцията:
1. В случай, че претенцията е основателна, изплаща дължимото застрахователно обезщетение по банков път;
 2. В случай, че претенцията е неоснователна, уведомява ползващите се лица за решението си по претенцията в писмена форма, включително с мотивите за това.
- (2) Застрахователят заплаща разходите за извършените медицински дейности за лечение и болничен престой, както следва:
1. Директно на изпълнителите на медицинска или дентална помощ, на лекуващия лекар, болницата или организациите, извършили транспортирането и/или репатрирането на Застрахования - по цените на съответното лечебно заведение или организация.
 2. На застрахованото лице - в случай, че то е заплатило цената за извършените медицински или дентални услуги.
- (3) При превод на определеното обезщетение в чужбина, дължимата сума се преизчислява във валута по централния курс на Българската народна банка в деня на превода.
- (4) В случай, че Застрахователят не може да вземе решение, съгл. ал. 1, тъй като е налице необходимост от представяне на допълнителни документи, в срок от 45 дни Застрахователят/Асистиращата компания уведомява Застрахованото лице за документите, които е необходимо да бъдат представени допълнително. След получаване на необходимите документи, Застрахователят взема решение по претенцията в срок от 15 дни от датата на представянето на поисканите документи.
- (5) Застрахователят не е задължен да предостави покритие или да изплати обезщетение или друга сума по настоящия договор, ако подобно покритие, обезщетение или плащане би изложило Застрахователя на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН или търговски или икономически санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Франция, Съединените американски щати негова страна-членка, или национален закон, предвиждащ подобни мерки.
- (6) Ползвател на застрахователна услуга може да подава жалби срещу всяко действие/бездействие на Застрахователя. Жалбата се адресира до Централно управление на Застрахователя, като в същата изрично се посочва подателя и номера на полицата/номера на щетата, по която се подава. Застрахователя регистрира всяка постъпила жалба в регистър „Жалби“ с входящ номер и дата на постъпване. По всяка отделна Жалба, Застрахователят се произнася в срок не по-късно от тридесет дни от постъпването и.
- (7) Ползвателите на застрахователни услуги имат възможност да подават Жалби срещу Застрахователя пред Комисия по финансов надзор - по реда на Кодекса за застраховането, както и пред други държавни органи. На разположение на ползвателите на застрахователни услуги са и всички форми за извънсъдебно разглеждане на спорове в Република България.

Доклада за платежоспособността и финансовото състояние на Застрахователя е публикуван на адрес: www.groupama.bg

Член 12. Регрес, давност и право на възражение

- (1) Застрахователят има право на регресен иск към трети лица, отговорни за възникването на дадено застрахователно събитие до размера на изплатеното обезщетение и разностите по определянето му.
- (2) Правата на Застрахования се погасяват с три годишна давност считано от датата на настъпването на застрахователното събитие.
- (3) Застрахованото лице / Ползващото се лице имат право да оспорват решението на застрахователя по застрахователна претенция като предявят писмено възражение, с което заявят желанието си за преразглеждане на претенцията. Възражението се предявява пред Застрахователя. Към него се прилагат документи, доказващи неоснователността на взетото от Застрахователя решение по претенцията.
- (4) Застрахователят в срок от 15 дни от предявяването на възражението въз основа на допълнително представените и приложени към възражението документи се признава по него. Ако от представените документи се установят нови факти и обстоятелства, доказващи по безспорен начин, че претенцията е основателна, Застрахователят може да отмени решението си, да определи претенцията за основателна и да изплати застрахователно обезщетение по реда и по начина, уговорени в договора.

Член 13. Данъци и такси

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

Член 14. Заключителни разпоредби

- (1) Ползвателите на застрахователни услуги предоставят на застрахователя данни, които са лични по смисъла на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на ЕП и Съвета от 27.04.2016 г. Тези данни ще бъдат събирани и обработвани от застрахователя за целите и от лицата, посочени в „Уведомление за поверителност“, неразделна част към Общите условия на застраховката и достъпни на адрес: www.groupama.bg. Без тези данни, застрахователят не би могъл да сключи застрахователен договор.
- (2) За установяване на правни претенции застрахователят може да иска и да получава от здравни, лечебни, медицински органи, институции и лица, данни, медицински и други документи относно здравословното състояние и здравно-осигурителния статус на ползвател, както и да обработва получените данни във връзка със застраховането му. Застрахователят се задължава да сведа тази информация до знанието на застрахованите лица.
- (3) Застрахователят се задължава да използва и обработва предоставените му лични данни само във връзка със сключването и изпълнението на застрахователни договори.
- (4) При изрично съгласие на ползвателите застрахователят може да обработва техни лични данни и за други цели. Съгласието е отделно основание за обработване на лични данни и целта на обработката е

посочена в него.

- (5) Всеки ползвател на застрахователни услуги е длъжен да уведоми застрахователя в случай, че фигурира или бъде включен в списък за икономически санкции, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Р. България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки. При неизпълнение на това задължение, застрахователят има право да не извърши застрахователно плащане.
- (6) Със сключването на застраховката Застрахователят и Асистиращата компания се считат упълномощени да получават цялата необходима информация във връзка със застрахователното събитие от трети лица /медицински заведения, медицински специалисти и други/, включително за случаите, когато се касае за получаване на лична информация за Застрахования, както и такава, представляваща служебна или професионална тайна.
- (7) С подписването на полицата се счита, че Застрахованият е упълномощил Застрахователят и всяко определено от Застрахователя лице да взема от името на Застрахования всякакви решения свързани с предоставяне на неотложна медицинска помощ, неотложна дентална помощ и репатриране, в случай че Застрахованият е в състояние, в което не може сам да взема такива решения.
- (8) Настоящите Общи условия и всяка застрахователна полица са изготвени на български и английски език. В случай на несъответствие между българския и английския текст, приоритет има българския текст.
- (9) Тези Общи условия и всички допълнителни споразумения, добавъци, списъци на застрахованите лица, са неразделна част от застрахователната полица.
- (10) При несъответствие между застрахователната полица и Общите условия има сила уговореното в полицата.
- (11) Вътрешните правила за организацията на дейността по уреждане на застрахователни претенции се намират на интернет адрес: www.groupama.bg.

Член 15. Спорове между страните. Юрисдикция

Всички спорове, породени от тези общи условия и застрахователния договор или отнасящи се до него, включително споровете, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, ще бъдат разрешавани от компетентния български съд, като се договаря местна подсъдност в град София. Приложимо е българското право.

Настоящите Общи условия по застраховка "Медицинска застраховка за чужденци в България" са приети от компетентния орган на Застрахователя на 17.10.2014 г., изменени и допълнени с Решение на СД на Застрахователя отбелязано в Протокол от 16.12.2015 г., изменени и допълнени по Решение на СД от 11.04.2018 г., в сила от 25.05.2018 г., изменени и допълнени с Решения на компетентния орган на Застрахователя от 15.10.2019 г. и от 27.03.2020 г., в сила от 13.04.2020 г.

INFORMATION ABOUT THE INSURER

WHO WE ARE?

"GROUPAMA ZASTRAHOVANE" EAD is part of the French banking and insurance group Groupama. The company is on Bulgarian market since 2008 by acquiring two insurance companies "DSK Garancia". In 2009 was officially renamed "Groupama Insurance" EAD. The company has a license for insurance activity № 1-03/05.05.2005 of the Commission for Financial Supervision.

Head office in Bulgaria: 47A "Tsarigradsko shosse" Blvd, Block V, 1124 Sofia



Direct line: 0700 123 32 for Bulgaria

+35929024813 Outside Bulgaria

Report on solvency and financial condition of the Insurer is available at: www.groupama.bg.

Prior to and at the conclusion of the insurance contract, the Insurer shall not provide advice within the meaning of the Insurance Code to the user (s) of insurance services.

LAW INFORMATION

Users of insurance service can complain against any action / inaction of the Insurer. The appeal shall be addressed to the Head office of insurance, at the same explicitly stated sender and the number of policy / claim number at which it is submitted. Insurer register each complaint received in register "Complaints" with the incoming number and date of receipt. The complaint may also be sent through the insurance agent or the intermediary, offering insurance products as ancillary activity, which performed the mediation at the conclusion of the contract. In each Complaint, the Insurer shall decide within one month from the receipt and Users of insurance services have the opportunity to lodge complaints against the insurer before the Financial Supervision Commission - under the Insurance Code, as well as to other state bodies. Available to users of insurance services and all forms of out-of-court settlement in Bulgaria. Disputes between the parties shall be settled by mutual agreement and, if no agreement is reached, before the competent Bulgarian court. Bulgarian law is applicable.

You can get acquainted with the Internal Rules for the Organization of the Activity of Settlement of Insurance Claims at: www.groupama.bg



Article 1. Definitions

- 1. Insurer** is "Groupama Zastrahovane" EAD with seat and registered address: Sofia, p.c. 1124, „Tsarigradsko shose“ str. № 47A, bl. V, and floor. 3.
- 2. Insured** is a physical person (nonresident), who stays in the Republic of Bulgaria for a shorter or longer period of time or is transiting through this country for the period of his/her stay in this country.
- 3. Policyholder** is a physical person / legal entity, who is party insurance contract. Insurance can under the conditions of the insurance contract and to be insured or third party beneficiary. The insured can not be a person who appears on a list of economic sanction, prohibition or restriction arising from resolutions of the UN and / or economic or trade sanctions, laws or regulations of the European Union, Bulgaria, the United States, or national law providing for such measures.
- 4. Short-term stay** means residing in the territory of the Republic of Bulgaria for a period up to 90 days as from the date of entry into the country.
- 5. Long-term stay** means residing in the territory of the Republic of Bulgaria within a permitted term of one year as from the date of entry into the country.
- 6. Insurance event** Is accidental event occurred of the insured risk during the period of individual insurance coverage.
- 7. Accident** is an unforeseen, incidental and sudden event, which has occurred during the term of the individual insurance coverage, of external to the Insured person origin and against the insured's will, which causes to the insured bodily injury (open or internal injury, breaking or rupture of a bone, spraining of a joint, tearing or cricking of sinew or muscle, cauterization or freezing of a corporal surface, poisoning, suffocation or drowning, etc.).
- 8. Acute illness** is an illness, which occurs acutely, suddenly and unexpectedly, represents a danger to the life and health of the Insured and requires emergency medical treatment.
- 9. Antecedent illness or condition** is a illness or medical condition, for which the Insured received treatment, sought medical advice or found its existence prior to the start of the insurance term.
- 10. Chronic illness** means any illness of a separate organ or a system of organs with acute onset or with protracted complaints, recurring in intervals of various duration and recurrent symptoms for a period longer than one year.
- 11. Sum insured (limit of liability)** was agreed between the parties or determined by law and indicated in the insurance contract sum of money representing the limit of liability of the insurer.

Article 2. Subject of the insurance contract

- (1) According these General Conditions for Medical insurance for foreigners in Bulgaria is provided insurance coverage for foreigners, residing on short-term or long-term basis in the Republic of Bulgaria, or transiting through the country, for the period of their stay in the country.
- (2) In exchange for the paid by the Insured premium, the Insurer shall, upon occurrence of an insured event to indemnify the insured person for medical expenses actually incurred for urgent and emergency medical aid in case of a sudden, unforeseeable indisposition, illness or accident, arisen within the effective period of the insurance contract.
- (3) Expenses for medical aid in urgent cases, expenses incurred for outpatient and hospital medical aid and expenses for dental aid under the provisions of the

Ordinance shall be deemed expenses for treatment and hospital stay.

Article 3. Insured persons

- (1) Insured are individuals (foreigners) in good physical and mental health.
- (2) Under the insurance, persons who have lost their working capacity over 50% can be insured after approval from the HQ of the Insurer.
- (3) Persons under par. 1 which have concluded abroad health insurance or medical insurance valid for the territory of the Republic of Bulgaria and / or when their medical insurance expires during their stay in the country are insured by compulsory health insurance under the Ordinance on general conditions, the minimum insurance amount, the minimum premium and procedures for the conclusion of compulsory medical insurance of foreigners residing in Bulgaria short or transit through the country, hereinafter referred to as the Ordinance.
- (4) Persons under par. 1 which have concluded abroad health insurance or medical insurance valid for the territory of the Republic of Bulgaria, shall be insured with a voluntary medical insurance.
- (5) The Policyholder and the Insured can be one and the same person or different entities.
- (6) The insurance can not be insured on the list of economic sanction, prohibition or restriction arising from resolutions of the UN and / or economic or trade sanctions, laws or regulations of the European Union, Bulgaria, the United States, or national law providing for such measures.

Article 4. Conclusion of the Insurance

- (1) The insurance is effected on the basis of a proposal (written or spoken) by the Policyholder.
- (2) Acceptance of the proposal by the Insurer shall be recorded in a specification, and then an insurance policy shall be issued and the Proposal, the General Conditions of the insurance, the additional agreements (endorsements), the lists of insured persons and other arrangements in writing between the parties, if any, shall be an integral part thereof.
- (3) The data of the Insured person/s shall be indicated in the policy – name and ENG/or another personal identification number/. In addition, the Insurer may require in writing other information as well, which in his opinion is relevant to the risk evaluation of the insurance.
- (4) In case the stay in Bulgaria is on business, the Insured person shall be obliged to inform in advance the Insurer about his occupation and the insurance shall be valid only in case an additional insurance premium is paid.
- (5) The policy may be individual or group one:
 1. The individual policy shall be taken out by the Insured, who, after getting acquainted with and accepting the conditions of the insurance shall sign the policy;
 2. Group insurance is effected for two or more persons. The group policy shall be taken out by the Insuring Party, who, after getting acquainted with and accepting the conditions of the insurance shall sign the policy. A list of the insured persons shall be attached to the group policy, which shall become an integral part of the policy.
- (6) The Policyholder/ the Insured shall be obliged to notify about all circumstances relating to the risk assessment and shall be responsible for the truthfulness, accuracy and completeness of the information provided by him/her.
- (7) In case of learning about circumstances, which have existed at the moment of the insurance conclusion or have occurred during its validity, which is relevant to the risk

under the insurance, for the Insured and for the Insurer, of importance are the decree of the Insurance Code.

Article 5. Term the insurance contract period of coverage , the insurance period and termination of the insurance contract

- (1) The contract term is defined and mentioned in the insurance policy.
- (2) The period of coverage is the period in which the insurer bears insurance risk.
- (3) The insurance period is the period for which premium is determined.
- (4) The term of the contract and the beginning and end of the period of insurance coverage and the insurance period specified in the policy and match the dates specified in the policy as the " Period of insurance " with a definite beginning and end.
- (5) The insurance is effected for a period, ranging from one day to one year, depending on the period of stay.
1. The insurance contract for nonresidents staying on short-term basis in the Republic of Bulgaria or transiting through the country may not be concluded for a period longer than 90 (ninety) days;
2. The insurance contract for nonresidents staying for a longer term in the Republic of Bulgaria may be concluded for a term of 1 (one) year.
- (6) The insurance is concluded for the period specified in the policy and shall take effect from 00.00 hours on the day stated in the policy for a start, but only on condition that the insurance premium is paid, unless otherwise agreed between the parties.
- (7) The insurance contract is terminated premature in the following cases:
 1. with notice from the Insurer – seven days after the Insured has received written notice from the Insurer. The receipt is evidenced by signed by the Insured acknowledgment of receipt or by other appropriate means;
 2. unilaterally by the Insured - upon receipt by the Insurer of a written request. In this case, the termination is effective from the date of receipt of the request by the Insurer.
 3. upon payment of the full amount of the insurance - from the date of the last payment of insurance indemnity.
- (8) Early termination of the insurance contract terminated early the insurance coverage.
- (9) Upon premature termination of the insurance contract, by which are not paid and are not due insurance indemnities, upon written request, the Insurer shall reimburse the Insured / legal heirs the corresponding of the unexpired portion of the term of the insurance coverage of the insurance premium.
- (10) If the insurance contract is terminated premature in accordance with Art. 5 par. 7, p. 1 because of fault of the Insured, the Insurer did not return the unused premium for the remaining period of the insurance coverage, unless otherwise agreed.
- (11) In the event that the term of the insurance policy limit is exhausted for dental care insurance remains in force for other risks of the coating.
- (12) The coverage of this insurance is valid only for the territory of the Republic of Bulgaria.

Article 6. Insurance cover

- (1) The Insurer shall pay to the Insured the following medical expenses in case of accident and/or acute illness, occurring during his/her stay in the territory of the Republic of Bulgaria:

1. Medical expenses for actually incurred for urgent and emergency medical aid in case of a sudden, unforeseeable indisposition, illness or accident, arisen within the effective period of the insurance contract as follows:

- 1.1. expenses for medical aid in emergency cases, expenses incurred for outpatient and hospital medical aid;
- 1.2. transport expenses – the necessary and appropriate transportation expenses, substantiated by documents for admission in or moving of the Insured to a hospital establishment;
- 1.3. Dental aid expenses – the risk comprises emergency cases occurring suddenly in relation to:
 - 1.3.1. Incision of abscesses and phlegmons in the oral cavity;
 - 1.3.2. Extraction of suddenly broken or deeply destroyed tooth, including anesthesia;
 - 1.3.3. Control medical check-up for services under items 1.3.1 and 1.3.2;
 - 1.3.4. Urgent conditions after use of dental procedures.
- (2) The insurer covers the risks referred to in para. 1 when the accident, acute illness or dental condition occurred and were diagnosed during the period of insurance and the costs incurred during the course of the insurance and occurred during the stay of the Insured in the Republic of Bulgaria.

Article 7. Exceptions to the insurance coverage

- (1) The liability of the Insurer shall not cover expenses of the Insured for:
 1. medical treatment and hospitalization in case of existing chronic illness;
 2. hemodialysis and hemotransfusion;
 3. transplantation of organs, tissues and cells;
 4. planned neurosurgical, cardiac and ocular operations;
 5. in vitro fertilization;
 6. treatment of AIDS or any compulsory or voluntary tests in relation to its establishment, sexually transmitted illnesses;
 7. hospital treatment of persons with cancer and persons with mental disorders;
 8. treatment of alcoholism and narcotic addiction;
 9. compulsory immunizations;
 10. plastic cosmetic surgery and other cosmetic medical services;
 11. use of unconventional methods for beneficial influence on individuals health.
- (2) Insurance coverage does not include, and the Insurer does not owe compensation insurance for bodily injury or death of the insured due to:
 1. non-compliance with a prescribed regimen and/or treatment, illness simulation by the Insured, as well as intentional self-damage to his/her health;
 2. training for and participation in sports competitions, unless otherwise agreed;
 3. a fight, attempted suicide or committed suicide, criminal offence or any other activity prohibited by law;
 4. health damage, occurring while the Insured was arrested by the authorities or was in jail;
 5. an earthquake or nuclear explosions, radioactive products and any contamination therefrom, radioactive (ionizing) radiation;
 6. health damage, resulting from excessive or chronic use of alcohol, narcotic substances and opiates or drug addiction;
 7. terrorist act or terrorist activity;



8. participation in hostilities or military drills, or caused by radioactive or chemical substances in riot, insurrection, strike, lock-out or other activities of similar nature, including situations of emergency and distress;
9. epidemic or pandemic as well as their consequences including all health services;
10. depressions, including those resulting from the occurrence of an accident or acute illness; treatment by psychoanalysis, psychotherapy and suchlike;
11. trip undertaken by the Insured for medical purposes;
12. in case of events and/or expenses, occurring in the territory or in the country, where the Insured is domiciled or has a citizenship;
13. in case of events, arising before the inception of the insurance, even if the medical aid has been rendered within the period of the insurance policy;
14. in case of events, occurring after expiry of the policy period;
15. pregnancy, childbirth, abortion or any complications, related to pregnancy;
- 15.1. the Insurer shall reimburse any medical expenses incurred in case of premature birth or abortion, if they have been caused by an accident, covered under these terms and conditions;
16. any dental care, unless it is required as a result of an accident and/or sudden emergency situations, requiring emergency dental care;
17. sunburn, unless otherwise agreed;
18. expenses for check-up examinations, treatment or medical care, which do not come within the emergency medical care and are not urgent, and can be performed after the Insured returns to the territory of to the country, where he/she is domiciled or has a citizenship;
19. expenses, which exceed the acceptable and ordinary costs for servicing and necessary medications, expenses for personal comfort, such as radio, television, use of cosmetics and cosmetic procedures, any services and treatment in sanatoriums, spa centres, hydroclinics, physiotherapy etc.;
20. expenses for prostheses and corrective devices or equipment, glasses/lenses, vaccination;
21. deliberate actions by an interested party (a beneficiary). If there is more than one beneficiary, it will apply only to the part of the perpetrator;
22. treatment of a illness, which is not diagnosed by a physician, treatment or medical care by a family member;
23. any tests, diagnosing and treatment, which do not follow the medical prescriptions, but the wish of the Insured.
- (3) The insurer does not pay health services, rendered to the insured due to participation in medical research or clinical trials of medicinal products.
- (4) The insurer does not cover health services, the necessity of which has arisen from pre-existing illnesses.

Article 8. Sum Insured and Insurer's responsibility

- (1) The sum insured is agreed between the Insurer and the Policyholder and written in the Insurance policy in Bulgarian lev.
- (2) Under the compulsory insurance the sum insured for one person shall not be less than the minimum sum insured determined as per the Ordinance on the general conditions, the minimum sum insured, the minimum insurance premium and the order for conclusion of compulsory medical insurance for foreigners on short-term or long-term stay in the Republic of Bulgaria, or transiting through the country.

1. The insurance can be taken out for a higher sum than the minimum sum insured, stated in the Ordinance on the general conditions, the minimum sum insured, the minimum insurance premium and the order for conclusion of compulsory medical insurance for foreigners on short-term or long-term stay in the Republic of Bulgaria, or transiting through the country.
2. In case the insurance is taken out under the conditions of the Ordinance for a higher sum than the determined minimum sum insured, it shall be considered that the compulsory medical insurance is included therein.
- (3) Under the voluntary medical insurance the sum insured shall be at the choice of the Policyholder.
- (4) The liability of the Insurer shall be up to the agreed limit for the respective risk, irrespective of the number of insured occurrences in the operative period of the insurance.
- (5) Upon payment of indemnity the sum insured under the respective insured risk shall be reduced by the amount of the indemnity paid.

Article 9. Insurance premium

- (1) Insurance premium is fixed in Bulgarian leva, determined based on the tariffs of the Insurer and written in the Insurance policy.
- (2) The insurance premium shall be paid by the Policyholder once and entirely, at the conclusion of the insurance. In case of non-payment or incorrect payment of the insurance premium, the insurance contract is not entry into force and the incorrect amount paid is refundable.
- (3) All additions to the premium to be borne by the Insured shall be paid together with the premium.
- (4) The insurance contract comes into force after payment of the total premium due.
- (5) Upon payment via bank transfer, the date of payment shall be the date on which the account of the Insurer is credited with the sum due.

Article 10. Obligations of the insured on occurrence of insurance event. Payment of insurance indemnity

- (1) The insured is obliged to take measures to prevent ago to comply with instructions of the insurer and the competent authorities to remove sources of danger for causing damage and allow the insurer to inspect
- (2) In case of occurrence of an insured event the Insured or the medical service provider, which provides a medical aid to him/her shall be obliged:
 1. Within 72 hours to inform the Insurer or the Assistance Company by letter, phone, fax or by other appropriate means and to submit to him all requested documents. They are also obliged to assist the Insurer in clarifying all circumstances and facts related to the insurance event;
 2. to perform in full granted by Insurer / Assistance company explicit instructions;
 3. to take all reasonable and feasible actions for avoiding or reducing damages and not to create conditions for unlawful and malicious use of health services.
- (3) Obligations under par. 2, p. 1 and. 2 is a condition precedent to any liability of the Insurer to pay insurance indemnity.
- (4) To prove the occurrence of an insured event and determining the amount of the indemnity insured or the beneficiary must submit:
 1. a document, verifying the occurrence of an event;
 2. prescriptions, epicrises, referrals, medical history and other medical documents issued by licensed medical institutions;

3. medical form, accompanied by originals of the invoices and the cash-register receipts for medical and other services paid, repatriation expenses;
4. Other documents requested by the Insurer for identifying the event and determination of the amount of the indemnity in accordance with Art. 106, para. 4 of the Insurance Code.
- (5) All medical documents should be issued by licensed health care establishments.
- (6) In the case that the Insured has other valid insurance covering risks referred to in these General Conditions, it shall declare in written form that fact. In this case, the responsibility of the Insurer is proportional to the limit specified in the policy for the risk and the total limit on all insurance.
- (7) If the Insured or his proxy or the beneficiaries fail to fulfill their obligations as described above, or present false information, declarations or use fraud in order to receive insurance indemnity, the Insurer shall have the right to terminate the effect of the insurance, and in case of occurrence of insurance event – to refuse in full the payment or to reduce the amount of the insurance indemnity, and he shall not reimburse the insurance premium.

Article 11. Insurer's decision on presented claim. Execution of insurance payments

- (1) The Insurer shall make a decision on every claim presented to him for an execution of insurance payment under the insurance contract and in 15-days period from submitting a claim:
 1. If the claim is founded, the payable insurance payment shall be executed by the Insurer to the indicated bank account;
 2. If the claim is unfounded, the Insurer notify the beneficiaries of the decision on the claim in writing, together with the motives thereof.
- (2) The Insurer shall pay the expenses for rendered medical services for treatment and hospitalization, as follows:
 1. Directly to the providers of medical or dental aid, to the treating physician, the hospital or the organizations, which performed the transportation and/or repatriation of the Insured – at the rates of the respective medical institution or organization.
 2. To the Insured person, if he/she has paid the cost of the rendered medical or dental services.
- (3) In case the determined indemnity is remitted abroad, the sum due shall be recalculated in the respective currency according to the exchange rate of the Bulgarian National Bank on the day of the remittance.
- (4) If the Insurer cannot take a decision under para. 1, because there is a need to submit additional documents, in 45-days period the Insurer/Assistance company shall notify the beneficiary of the document he/she must additionally submit. After receiving the necessary documents, the Insurer shall decide within 15 working days of the date of submission of the documents required.
- (5) The insurer is not required to provide coverage or pay compensation or other amount under this contract if such coverage, compensation or payment would expose the Insurer to sanction, prohibition or restriction stemming from the UN resolutions or trade or economic sanctions laws or regulations of the European Union, France, the United States, its member states, ili.natsionalen law providing for such measures.
- (6) Users of insurance service can complain against any action / inaction of the Insurer. The appeal shall be addressed to the Head office of insurance, at the same explicitly stated sender and the number of policy / claim

number at which it is submitted. Insurer register each complaint received in register "complaints" with the incoming number and date of receipt. In each Complaint, the Insurer shall decide within no later than thirty days from the receipt and

- (7) Users of insurance services have the opportunity to lodge complaints against the insurer before the Financial Supervision Commission - under the Insurance Code, as well as to other state bodies. Available to users of insurance services and all forms of out-of- court settlement in Bulgaria.

Report on solvency and financial condition of the Insurer is available at: www.groupama.bg.

Article 12. Recourse, prescription period, right to dispute

- (1) The Insurer has the right to claim with recourse to third parties liable for occurrence of certain insured event to the amount of the indemnity paid and the expenses for its determination.
- (2) The rights of the Insured person shall be prescribed within three years, starting on the date of occurrence of the insurance event.
- (3) Insured person/The beneficiary has the right to dispute the decision of the Insurer on a claim by lodging a complaint in which they declare their wish for a reconsideration of the claim. The complaint shall be lodged with the Insurer. It shall contain documents proving that the decision taken by the Insurer on the claim is not founded.
- (4) Within 15 days of the submission of the complaint, on the basis of the submitted documents, the Insurer shall rule on it. If the documents submitted reveal new facts and circumstances, proving beyond doubt that the claim is founded, the Insurer may cancel his decision, declare the claim as founded and execute the insurance payment in line with the procedure, agreed upon in the contract.

Article 13. Taxes and fees

All taxes, fees or others, which exist or shall be established on the received insurance payment, shall be covered by the person receiving the insurance payment.

Article 14. Concluding provisions

- (1) The users of insurance services shall provide the insurer with data, which are personal data within the meaning of the Law on the protection of personal data and General Data Protection Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27.04.2016 will be collected and processed for the purposes of and by the persons listed in the "Privacy Notice", an integral part of the General Terms and Conditions of Insurance and available at www.groupama.bg. Without this data, the insurer could not conclude an insurance contract.
- (2) In order to establish legal claims the Insurer "Groupama Zastrahovane" EAD, EIK 131421443 may also request and receive from health, medical, authorities, institutions and persons, data, medical and other documents concerning the health status and the health insurance status of the Insured persons, as well as processing the received data in connection with their insurance. The Policyholder is obliged to bring this information to the knowledge of the Insured persons.
- (3) The Insurer undertakes to use and process the personal data provided only in connection with the conclusion and execution of insurance contracts.
- (4) With the explicit consent of the users, the insurer may also process their personal data for other purposes. Consent is a separate ground for the processing of

personal data and the purpose of the processing is specified therein.

- (5) Every user of insurance services shall be obliged to notify the Insurer in the event that he is listed or included in a list of economic sanctions, prohibitions or restrictions stemming from UN resolutions and / or economic or commercial sanctions, laws or regulations of the European Union, the Republic of Bulgaria, the United States of America, or a national law providing for such measures. In case of non-fulfillment of this obligation, the insurer has the right not to make an insurance payment.
- (6) With the conclusion of the insurance, the Insurer and the Assisting Company shall be deemed authorized to receive the entire necessary information with regard to the insurance event by any third parties /medical establishments, medical experts and others /, including for the cases when the information is personal information about the Insured, as well as such, representing company or professional secret.
- (7) It is considered that the Insured by signing the policy has authorized the Insurer and any person designated by the Insurer to make on behalf of the Insured decisions related to providing emergency medical care, emergency dental care, and repatriation, if the insured is in a condition, in which he cannot make decisions by himself.
- (8) The present General Conditions and each insurance policy are drawn up in Bulgarian and English. In case of

discrepancy between the Bulgarian and English text, the Bulgarian wording shall prevail.

- (9) The present General conditions, all annexes, endorsements and lists of insured persons shall be an integral part of the insurance policy.
- (10) In case of discrepancy between the insurance policy and the General Conditions the provisions of the policy shall have effect.
- (11) Internal rules for the organization of work on settlement of insurance claims found on the Internet at: www.groupama.bg

Article 15. Disputes between the parties. Jurisdiction

All disputes arising from these General Conditions and from the Insurance Contract, or related to it, including the disputes arising from or referring to its interpretation, invalidity, execution or termination, shall be settled by the competent Bulgarian court. The Bulgarian legislation shall apply.

These General Conditions for Medical Insurance for foreigners in Bulgaria have been approved by the Board of Directors of the Insurer by Protocol from 17.10.2014, amended by Decisions of the Board of Directors, noted in Protocol from 16.12.2015, amended by Decisions of the Board of Directors, noted in Protocol from 11.04.2018, in force from 25.05.2018, amended by Decisions of the Competent authority of the Insurer on 15.10.2019 and on 27.03.2020, in force from 13.04.2020.

Удостоверявам, че получих „Уведомление за поверителност“ на застрахователя, Информационен документ по „Медицинска застраховка за чужденци в България“ и подписан екземпляр от настоящите Общи условия по застраховка „Медицинска застраховка за чужденци в България“, приети на 17.10.2014 г., последно изменени на 27.03.2020 г., в сила от 13.04.2020 г., запознат/а съм с цялото им съдържание, съгласен/а съм с тях и ги приемам без възражения.

I certify that I received a "Notification of confidentiality" of the Insurer, Insurance product information document for "Medical Insurance for foreigners in Bulgaria" and a signed copy of these General Terms and Conditions for "Medical Insurance for foreigners in Bulgaria", approved on 17.10.2014, last amended on 27.03.2020, in force from 13.04.2020, I am familiar with all their content, I agree with them and accept them without objection:

.....		
(дата/date)	(три имена/names)	(подпис/signature)
Предал:		
(име и фамилия на служителя, длъжност)	(подпис/signature)	

ПОДПИС НА КЛИЕНТ/CLIENT SIGNATURE

Ref. No 2004_03_20



ИМЕ НА КЛИЕНТ:

Желая да застраховам

☐ МПС

☐ имущество

☒ пътуване

☐ здраве и обща злополука

	За пътуващи в България		За пътуващи в чужбина		За пътуващи в България и чужбина
	Защита за чужденци, пребиваващи в България	Защита при пътуване в България	Защита при еднократно пътуване	Защита при многократни пътувания	Защита при отмяна на пътуване/анулиране на самолетен билет
Срок	от 1 до 365 дни	от 1 до 365 дни	от 3 до 365 дни	1 год. с ефективен престой до 30 / 60 / 90 дни	от началната дата на застраховката до началната дата на пътуването
Застрахователна сума	60 000 лв. при задължително ниво; до 40 000лв. при доброволно ниво	до 10 000 лв.	до 40 000 EUR/USD за основно покритие	до 40 000 EUR/USD за основно покритие	до 7 000 лв
Покритие	МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА ЗА ЧУЖДЕНЦИ В БЪЛГАРИЯ	ТУРИСТИЧЕСКА ЗАСТРАХОВКА „ВАКАНЦИЯ“	ЗАСТРАХОВКА "ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ"	ВАРИАНТ „МУЛТИТРИП“	ЗАСТРАХОВКА „ОТМЯНА НА ПЪТУВАНЕ“
Медицински разходи при злополука и/или акутно заболяване	✓ в България	✓ в България	✓ в чужбина	✓ в чужбина	
Спешна стоматологична помощ	✓ в България	✓ в България	✓ в чужбина	✓ в чужбина	
Медицинско транспортиране	✓ в България	✓ в България	✓ до Р. България	✓ до Р. България	
Разходи за репатриране вследствие на злополука и/или акутно заболяване		✓ в България	✓ до Р. България	✓ до Р. България	
Осигуряване на медицинско лице или заплащане на разходите на член от семейството, за да придружи застрахования по време на медицинското транспортиране			✓ до Р. България	✓ до Р. България	
Трайна загуба на трудоспособност или смърт от злополука		О	О	О	
Личен багаж		О при кражба/загуба	О при загуба/закъснение	О при загуба/закъснение	
Възстановяване на разходи за откраднати или изгубени документи			О	О	
Удължаване на престоя/Преждевременно спешно завръщане			О	О	
Възстановяване на разходи за телефонни разговори при хоспитализация			О	О	
Палатки и къмпинг оборудване, използвани по време на пътуването:			О	О	
Отмяна на пътуване: -Възстановяване на разходи за предварително заплатено организирано пътуване					✓
-Възстановяване на разходи при анулиране на самолетен билет					✓
Моля, отбележете Вашия избор на продукт като поставите отметка (✓) в следващото поле					
ВАШИЯТ ИЗБОР НА ПРОДУКТ:					

✓ - включено покритие

О - покритие по избор на клиента

Допълнителна информация за горепосочените продукти можете да намерите в Стандартизирания информационен документ и Общите условия по всеки продукт.

Подпис:

Дата:

„Групама Застраховане“ ЕАД

Р. България, София 1124, бул. „Цариградско шосе“ 47А, бл.В, ет.3, тел.: 02/9158888, факс: 02/9158899, email: info@groupama.bg

Разрешение за застрахователна дейност № 01-ОЗ/05.05.2005 г. от КФН, ЕИК: 131421443



ИМЕ НА КЛИЕНТ:

Желая да застраховам

☐ МПС

☐ имущество

☒ пътуване

☐ здраве и обща злополука

	За пътуващи в България		За пътуващи в чужбина		За пътуващи в България и чужбина
	Защита за чужденци, пребиваващи в България	Защита при пътуване в България	Защита при еднократно пътуване	Защита при многократни пътувания	Защита при отмяна на пътуване/анулиране на самолетен билет
Срок	от 1 до 365 дни	от 1 до 365 дни	от 3 до 365 дни	1 год. с ефективен престой до 30 / 60 / 90 дни	от началната дата на застраховката до началната дата на пътуването
Застрахователна сума	60 000 лв. при задължително ниво; до 40 000лв. при доброволно ниво	до 10 000 лв.	до 40 000 EUR/USD за основно покритие	до 40 000 EUR/USD за основно покритие	до 7 000 лв
Покритие	МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА ЗА ЧУЖДЕНЦИ В БЪЛГАРИЯ	ТУРИСТИЧЕСКА ЗАСТРАХОВКА „ВАКАНЦИЯ“	ЗАСТРАХОВКА "ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ"	ВАРИАНТ „МУЛТИТРИП“	ЗАСТРАХОВКА „ОТМЯНА НА ПЪТУВАНЕ“
Медицински разходи при злополука и/или акутно заболяване	✓ в България	✓ в България	✓ в чужбина	✓ в чужбина	
Спешна стоматологична помощ	✓ в България	✓ в България	✓ в чужбина	✓ в чужбина	
Медицинско транспортиране	✓ в България	✓ в България	✓ до Р. България	✓ до Р. България	
Разходи за репатриране вследствие на злополука и/или акутно заболяване		✓ в България	✓ до Р. България	✓ до Р. България	
Осигуряване на медицинско лице или заплащане на разходите на член от семейството, за да придружи застрахования по време на медицинското транспортиране			✓ до Р. България	✓ до Р. България	
Трайна загуба на трудоспособност или смърт от злополука		О	О	О	
Личен багаж		О при кражба/загуба	О при загуба/закъснение	О при загуба/закъснение	
Възстановяване на разходи за откраднати или изгубени документи			О	О	
Удължаване на престоя/Преждевременно спешно завръщане			О	О	
Възстановяване на разходи за телефонни разговори при хоспитализация			О	О	
Палатки и къмпинг оборудване, използвани по време на пътуването:			О	О	
Отмяна на пътуване: -Възстановяване на разходи за предварително заплатено организирано пътуване					✓
-Възстановяване на разходи при анулиране на самолетен билет					✓
Моля, отбележете Вашия избор на продукт като поставите отметка (✓) в следващото поле					
ВАШИЯТ ИЗБОР НА ПРОДУКТ:					

✓ - включено покритие

О - покритие по избор на клиента

Допълнителна информация за горепосочените продукти можете да намерите в Стандартизирания информационен документ и Общите условия по всеки продукт.

Подпис:

Дата:

