

## **ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ**

### **Член 1. Дефиниции**

Дефинициите, използвани в настоящите Общи Условия имат следното значение:

#### **1.1. Застрахователен Договор**

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

**1.2. Страни по Договора** са Застрахователят и Застрахователят.

**1.3. Застраховател** е юридическо лице, което сключва застрахователния договор и се задължава да плаща застрахователната премия.

**1.4. Юридическо лице:** За юридически лица по смисъла на тези Общи условия се приемат образувания, създадени по предвидения в закона ред за да придобиват права, да поемат задължения и да извършват правни действия/да отговаря по тях чрез своите правни органи, които имат 6 или повече работници/служители, в това число управителите.

**1.5. Застраховател:** „Групама Застраховане“ ЕАД, ЕИК 131421443 със седалище и адрес на управление Р. България, гр. София, бул. "Цариградско шосе" № 47А, бл. В, ет. 3, притежаваща лиценз за извършване на застрахователна дейност № 01-03 от 05.05.2005 г. издаден от Комисията за финансов надзор.

**1.6. Застраховано лице** е лице, чието здраве и телесна цялост е предмет на застрахователния договор, служител е на Застрахователя или е член на семейството на застрахован служител на Застрахователя.

**1.7. Член на семейството на застрахован** е всяко едно от следните лица, свързани със Застрахователя, а именно: съпруг/съпруга, партньор, с който Застрахованият живее на семейни начала, техни деца, ненавършили 18 г. (включително осиновени деца, деца поставени под настойничество, попечителство или в приемна грижа), както и родители (с попълване на здравна декларация). За членове на семейството се приемат и деца на възраст над 18 г. до 26 г., които са редовни студенти. За да бъде застраховано лице, като член на семейството, той следва да е с непрекъснати

здравноосигурителни права към датата на влизане в сила на неговото застрахователното покритие.

**1.8. Новодобавено застраховано лице** е лице, което е присъединено в застрахованата съвкупност по съответната застраховката през срока на действие на застрахователния договор.

**1.9. Лимит на отговорност /лимит/:** Посочената в съответната застрахователна полица максимална сума и/или максимален обем от здравни услуги и стоки, представляваща горната граница на отговорност на Застрахователя.

**1.10. Здравен пакет:** Съвкупност от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които Застрахователят се ангажира да предостави на Застрахованото лице съгласно настоящите Общи условия, застрахователната полица и приложенията към тях, ако има такива.

**1.11. Застрахователно обезщетение** е сумата, платима съгласно настоящите Общи условия от Застрахователя на лицата, имащи право на застрахователно обезщетение, при условие, че в периода на индивидуалното застрахователно покритие със Застрахованото лице настъпи покрит риск.

**1.12. Застрахователна премия**, наричана по-нататък „Премия“ е сумата, която Застрахователят дължи на Застрахователя срещу поетите от Застрахователя задължения по застрахователния договор.

**1.13. Период на индивидуалното застрахователно покритие** е периодът от време, през който, ако настъпи покрит риск с конкретно Застраховано лице, Застрахователят е длъжен, в съответствие с Общите условия да плати на лицата, имащи право на застрахователно обезщетение. Началната дата и краят на индивидуалното застрахователно покритие се определят съгласно Общите условия и се посочват в застрахователната полица.

**1.14. Застрахователен период** е периодът, за който се определя застрахователната премия.

**1.15. Злополука със Застрахованото лице** е всяко телесно нараняване, което е непреднамерено, възникнало случайно, непредвидено, внезапно и с външен за Застрахованото лице произход и което е настъпило в периода на индивидуалното застрахователно покритие по съответната застраховка.



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

**1.17. Акутно Заболяване** е заболяване, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на Застрахованото лице и в зависимост от тежестта си изисква спешна и неотложна медицинска намеса.

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

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

**1.20. Предварително съществуващи заболявания или състояния:** всяко здравословно състояние, което е следствие от някое предишно диагностицирано заболяване или настъпила злополука или което е изисквало болнично лечение или предписани лекарствени средства преди влизане в сила на застрахователния договор по застраховка „Групамата Вита“.

**1.21. Хронично заболяване** е заболяване или съвкупност от всякакви нарушения или отклонения от нормата, които имат една или повече от следните характерни черти: персистиращи са, продължителни във времето – над 6 месеца, могат да рецидивират, предизвикани са от необратими патологични промени (нямат акутно начало) и може да

доведе до инвалидност (намаляване на работоспособността).

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

**1.23. Болница:** Лечебно заведение за болнично лечение, създадено и регистрирано съгласно Закона за лечебните заведения в Р.България.

**1.24. Болнично лечение (Хоспитализация):** Непрекъснат минимум 24 часов престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на изследване, лечение или наблюдение.

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

**1.26. Хирургическа интервенция (операция):** Означава всяка медицинска процедура, извършена от лекар – специалист с правоспособност да извърши процедурата, документирана с епикриза от история на заболяване (ИЗ) и/или оперативен протокол/протокол за инвазивна процедура.

**1.27. 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 (<https://www.bda.bg/bg>) или разрешени за употреба на територията на Европейския съюз, съгласно действащото общностно право.



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

**1.29. Разумни, обичайни и необходими разходи** са разходите за медицински дейности (прегледи, изследвания, лечение, услуги или помощ), които не са по-високи от средното ниво на разходи в подобни институции в Република България за същата или подобна медицинска дейност, за сходно заболяване, състояние или нараняване. Застрахователят прилага утвърден списък с медицински дейности, съгласно който има право да редуцира претендираните от застрахованото лице разходи. Същият е публикуван на сайта на компанията.

**1.30. Мрежа от доверени лечебни заведения:** Здравни, медицински и диагностично-консултативни центрове, болници, лаборатории, частни индивидуални или групови медицински практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които са сключили договор за предоставяне на същите със Застрахователя, който е в сила и в които застрахованото лице използва услугите, съгласно полицата и по начина, установен от настоящите Общи условия и Указанията за ползване на услугата.

## **Член 2. Предмет на застрахователния договор**

**2.1.** При заплащане на застрахователна премия от Застрахователя, Застрахователят осигурява покритие на Застрахованите лица срещу рискове, произтичащи от заболяване, телесно увреждане при злополука, бременност и раждане, свързани с възстановяване на разходи на определени медицински услуги и стоки, и/или изплащане на фиксирани суми, които Застрахователят ще покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, дефинирани в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите Общи условия и съответната застрахователна полица.

**2.2.** Застрахователят е длъжен да плаща на Застрахователя застрахователна Премия във вид, срокове и начин, посочени в Договора.

**2.3.** В замяна на платена Премия Застрахователят приема да плати разходите за медицински обосновано лечение или да изплати обезщетение в съответствие със застрахователния договор за всяка основателна претенция, като резултат от

покрит риск, който е настъпил със Застрахованото лице през периода на индивидуалното застрахователно покритие.

**2.4.** Застрахователят изпълнява задълженията си в следните форми:

**2.4.1.** чрез абонаментно обслужване – ползването на здравни услуги и стоки от страна на Застрахованото лице в мрежата от доверени лечебни заведения на Застрахователя. Застрахователят заплаща предоставените здравни услуги и стоки директно на изпълнителя на здравната услуга или доставчика на съответната стока;

**2.4.2.** чрез възстановяване на извършените разходи на Застрахованото лице – Застрахователят частично или изцяло възстановява направените от Застрахованото лице разходи за здравни услуги и стоки към избрани от него изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключен договор за медицинско и дентално обслужване;

**2.4.3.** изплащане на фиксирани парични суми – Застрахователят изплаща на Застрахованото лице фиксирана сума при настъпване на покрит риск по застрахователния договор.

**2.4.4.** формата на изпълнение на задължението на Застрахователя е посочена в застрахователните пакети.

**2.4.5.** Застрахователното покритие се удостоверява с поименна карта, издадена на Застрахованото лице по образец на Застрахователя и правата по него не могат да бъдат преотстъпвани.

## **Член 3. Срок на застрахователния договор. Период на застрахователното покритие. Период на индивидуалното застрахователно покритие.**

**3.1.** Договорът влиза в сила от датата на сключването му, освен ако не е уговорено друго.

**3.2.** Периодът на застрахователното покритие е една година и започва след заплащането на дължимата годишна премия по договора или първата разсрочена вноска от годишната премия при разсрочено плащане на премията. Страните по застрахователния договор не могат да договорят по-кратък или по-дълъг срок от една година, освен в случаите, когато Застраховано лице се включва в групата на застрахованите лица след началото на Периода на застрахователно покритие.

**3.3.** Ако не е уговорено друго, началото на периода на застрахователното покритие е посочен в полицата и е датата, следваща



датата на плащане на годишна премия/първата разсрочена вноска от нея.

**3.4.** За лица, включени в групата на застрахованите лица при сключването на застрахователния договор, периодът на индивидуалното застрахователно покритие е една година и започва при условието, определено в т. 3.3.

**3.5.** Периодът на индивидуалното застрахователно покритие може да бъде по-кратък от Периода на покритие на първоначално застрахованата група, когато това Застраховано лице се включи в Списъка на застраховани лица (Списъка на членовете на семейството, когато е относимо) след началото на Периода на застрахователно покритие или ако бъде изключено от съответния списък преди края на Периода на застрахователно покритие.

**3.6.** Освен ако е уговорено друго, за лицата, постъпващи в групата на застрахованите лица след сключването на застрахователния договор, началото на периода на индивидуалното застрахователно покритие започва от 00:00 часа на датата, дефинирана в съответния добавък при условие, че е платена дължимата премия за тези лица.

**3.7.** Периодът на индивидуалното застрахователно покритие за всеки от групата на застрахованите се прекратява с настъпване на края на периода на застрахователното покритие, посочен в застрахователната полица.

**3.8.** Периодът на индивидуалното застрахователно покритие за конкретния застрахован се прекратява предсрочно в следните случаи:

**3.8.1.** при напускане на групата на застрахованите лица от Застрахования - прекратяване на трудовите правоотношения или членството на Застрахования при Застрахования - от 00:00 часа на датата, следваща датата на напускането;

**3.8.2.** при получаване от Застрахователя на писмено възражение от Застрахования срещу застраховането му – от 00:00 часа на датата на получаване на възражението;

**3.8.3.** при прекратяване на застрахователния договор – от 00:00 часа на датата на прекратяване на застрахователния договор;

**3.8.4.** ако Застрахованото лице фигурира или бъде включено в списък за икономически санкции, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, България, Съединените Американски щати, или

национален закон, предвиждащ подобни мерки – от 00:00 часа на датата на узнаване за това обстоятелство от Застрахователя;

**3.8.5.** за лицата, включени в Списъка на застрахованите лица, навършили 75 години, към датата на сключване на полицата или добавъка, индивидуалното застрахователно покритие не влиза в сила и платената за тях премия подлежи на възстановяване, освен ако писмено е уговорено друго.

**3.8.6.** с настъпване на смъртта на застрахованото лице;

**3.8.7.** в други случаи, предвидени в нормативен акт или в застрахователния договор.

**3.8.8.** при неплащане на Застрахователната премия в сроковете съгласно застрахователния договор;

**3.8.9.** При прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на дадено застраховано лице – работник/служител на Застрахования, от същия момент се прекратява и застраховката за членовете на семейството му, ако такава е била сключена, независимо от основанието за прекратяването.

#### **Член 4. Прекратяване на застрахователния договор**

**4.1.** Застрахователният договор се прекратява с изтичане на срока на договора, посочен в застрахователната полица.

**4.2.** Застрахователният договор може да бъде прекратен предсрочно в следните случаи:

**4.2.1.** При неплащане от Застрахования на дължимата разсрочена вноска от застрахователната премия, застрахователният договор се счита за прекратен от датата на изтичане на 15-дневен срок след датата на падежа на разсрочената вноска, като допълнително изрично писмено изявление от страна на Застрахователя до Застрахования не е необходимо.

**4.2.2.** по взаимно съгласие между Страните по Договора;

**4.2.3.** в случай че Застрахованият е субект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Република България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки в списък за санкции на ЕС, България или САЩ, то застрахователят има право едностранно и без предизвестие да прекрати незабавно застрахователния договор;



**4.2.4.** с писмено предизвестие от всяка страна изпратено до другата страна поне 1 месец преди датата на прекратяване;

**4.2.5.** при обявяване на несъстоятелност или ликвидация на юридическото лице Застраховател – от датата на обявяването им.

**4.2.6.** в други случаи, предвидени в приложим нормативен акт и настоящите Общи Условия.

**4.2.7.** предсрочното прекратяване на застрахователния договор прекратява предсрочно периода на застрахователното покритие за всички Застраховани лица.

**4.2.8.** при предсрочно прекратяване от страна на Застрахователя, Застрахователят има право на цялата премия по здравен пакет „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (профилактика)“ ако същата вече е била проведена от Застрахователя.

#### **Член 5. Вид на застрахователния договор**

**5.1.** Договорът, сключен между Застрахователя и Застрахователя е Групов застрахователен договор.

#### **Член 6. Лица, имащи право на застрахователно обезщетение**

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

#### **Член 7. Застраховани лица (застраховани)**

**7.1.** Застраховани лица могат да бъдат само физически лица, служители на юридическото лице (Застраховател) или членове на семейството на Застрахованите лица, които са:

**7.1.1.** на възраст от 0 до 64 навършени години в началото на тяхното индивидуално застрахователно покритие. Лицата на възраст между 65 и 74 навършени години могат да бъдат приети за застраховане при условията на увеличена премия, освен ако не е уговорено друго.

**7.1.2.** български граждани или чуждестранни граждани със статут на постоянно пребиваващи в Р. България;

**7.1.3.** здравноосигурени лица по смисъла на КСО или друг нормативен акт определящ осигуряването на чужди граждани;

**7.1.4.** приети за застраховане от Застрахователя;

**7.2.** Не подлежи на Застраховане лице, което е обект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН или икономически санкции, закони или наредби на Европейския съюз, негова страна-членка, Р. България, Съединените Американски щати или национален закон, предвиждащ подобни мерки.

**7.3.** Застрахователят е длъжен да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по застрахователния договор, Общите и специални условия към него, договореностите със Застрахователя за обработка и защита на личните им данни, условията и реда за ползване на здравни услуги и стоки, както и да им раздаде здравните карти срещу подпис от тяхна страна.

#### **Член 8. Присъединяване (приемане) на Застраховани лица към застрахователния договор. Сключване на застрахователен договор.**

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

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

- За групи над 10 лица – списък на застрахованите лица по образец на Застрахователя.

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

**8.3.** Всеки служител на юридическото лице (Застраховател) или член на семейството на застрахованото лице, който отговаря на изискванията на тези Общи условия може да бъде присъединен към групата на застрахованите лица от Застрахователя.

**8.4.** Членовете на семейството могат да бъдат включени към застрахователния договор до 2 месеца от началото на застрахователното покритие по него. Когато застрахованият служител се включва през срока на застрахователния договор, членовете на негово семейство могат да бъдат включени до 1 месец от началото на индивидуалното застрахователно покритие или до 1 месец от получаването на акт за раждане за новородени деца.



**8.5.** Възрастта на Застрахованото лице се определя в цели (навършени) години към началото на индивидуалното покритие.

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

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

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

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

## **Член 9. Покрити рискове**

**9.1.** В съответствие с настоящите Общи условия Застрахователят осигурява покритие за рискове със Застрахованото лице в периода на индивидуалното застрахователно покритие, свързани с:

**9.1.1.** финансово обезпечаване на разходи за извършени здравни услуги и стоки, произтичащи от заболяване, състояние или телесна увреда;

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

**9.2.** отговорността на Застрахователя се определя под формата на индивидуална застрахователна сума/лимит, фиксирани

еднократни плащания и като обем и обхват на здравни услуги и стоки, които се предоставят на застрахованото лице за определен срок и се посочват в застрахователния договор.

**9.3.** Покритите рискове са обособени в застрахователни (здравни) пакети при различни нива, с които се регламентират по вид и обхват здравните услуги и стоки, които се покриват от Застрахователя, както и съответните плащания, които се дължат от същият, при условията и по реда, определен в настоящите Общи Условия. Застраховката може да включва следните здравни пакети:

**9.3.1.** Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика) ;

**9.3.2.** Извънболнично лечение;

**9.3.3.** Болнично лечение;

**9.3.4.** Доплащане за услуги, свързани с битови и други допълнителни условия;

**9.3.5.** Дневни пари за болничен престой;

**9.3.6.** Дентално лечение;

**9.3.7.** Медицински средства;

**9.3.8.** Операции;

**9.3.9.** Здравни услуги, оказвани на бременни;

**9.3.10.** Физиотерапия и рехабилитация;

**9.3.11.** Второ медицинско мнение.

**9.4.** Всеки здравен пакет може да се сключи при различни нива/лимита, с които се регламентират обхвата и обема на покритите от застрахователя здравни стоки и услуги:

**9.5.** Пакетите с покрити здравни стоки и услуги и нива/лимита се избират от Застрахователя и записват в застрахователната полица като се спазват следните изисквания:

**9.5.1.** Пакет „Извънболнично лечение“, пакет „Болнично лечение“ и пакет „Физиотерапия и рехабилитация“ са задължителни пакети.

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

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

## **Член 10. Териториален обхват на покритието**

**10.1.** Застрахователният договор е валиден на територията на Р. България.



## **Член 11. Изключени рискове**

**11.1.** Не се покриват преките или косвени последици и резултати от:

**11.1.1.** задължителни имунизации и задължително настаняване и лечение съгласно Закона за здравето;

**11.1.2.** лечение на всякакъв вид психично заболяване, душевно разстройство или депресивни състояния, психиатрично лечение, както и разходите за психотерапевт, психолог, семеен терапевт или консултант, с изключение на случаите, когато изрично са поети от Застрахователя (психотерапевтична грижа);

**11.1.3.** спешна медицинска помощ освен в случаите, когато Застрахованото лице е получило такава помощ в почивен ден, нощем или/и извън работно време;

**11.1.4.** лечение на хронична бъбречна недостатъчност, провеждането на хемодиализа и хемотрасфузия, с изключение на остри бъбречни кризи изискващи неотложна помощ;

**11.1.5.** 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;

**11.1.6.** вродени аномалии и/или дефицити, освен в случаите, когато същите са доказани за първи път и Застрахованият е получил медицинска помощ за първи път в срока на индивидуалното застрахователно покритие.

**11.1.7.** епилепсия, множествена склероза.

**11.1.8.** диагностициране, изследване и лечение (болнично, амбулаторно и/или медикаментозно) на репродуктивни проблеми на мъже и жени, контрацепция, фертилизация, вазектомия, полово предавани инфекции, промяна на пола или каквато и да е друга форма на свързано с пола състояние, или форма на асистирана репродукция;

**11.1.9.** прекратяване на бременност (аборт) и последици от него с изключение на спонтанен аборт, извънматочна бременност, аборти по медицински причини или раждане на мъртво дете;

**11.1.10.** 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;

**11.1.11.** имплантация на изкуствено сърце;

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

**11.1.12.1.** операции и процедури по лично желание, терапии и/или операции, които не са наложителни по медицински причини;

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

**11.1.12.3.** стоматологични естетични терапии и/или лечения, както и последици от тях, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания вследствие злополука;

**11.1.12.4.** отстраняване на доброкачествени кожни лезии, като: липоми, атероми, невуси, бенки, кокоши трън, брадавици и други по лично желание, освен в случаите на остро състояние или след надлежна лекарска препоръка с оглед ограничаването на други здравни проблеми, както и всички здравни услуги, ползвани с козметична цел;

**11.1.12.5.** обрязване – освен в случаите по медицински причини;

**11.1.13.** настаняване в психиатрични лечебни заведения – клиники, болници и дневни стационари, старчески домове и хосписи;

**11.1.14.** услуги или терапии в хидро и СПА заведения, клиники за отслабване и/или природосъобразен живот, здравна ферма или други подобни институции, както и стационарни заведения, специализиращи рехабилитация (spa центрове), санаториуми и други, които не са регистрирани като лечебни заведения и когато провежданото лечение не е свързано с отстраняването на остро състояние или проява на заболяване/злополука, възникнали в срока на индивидуалното застрахователно покритие;

**11.1.15.** домашни грижи, които не са под надзор на лице с медицинско образование (лекар, фелдшер или медицинска сестра), както и мерки за гериатрично и рехабилитационно лечение и лечебна педагогика, освен в случаите когато се касае за продължаващо лечение;

**11.1.16.** естетично зъбопротезиране, поставяне на импланти, реимпланти и подготовка за тях, както и терапии, които са в причинна връзка с тях,



доколкото те не служат за отстраняване на последици от злополука;

**11.1.17.** терапевтични процедури за лечение на зависимости, от какъвто и да е вид, както и болести и злополуки (последици от злополуки), настъпили или влошили се поради злоупотреба с алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони или други вещества с характер на допинг или чието лечение се влоши вследствие на злоупотреба с тях, както и за мерки и лечение за отказ от тях;

**11.1.18.** медицинско лечение, свързано с вземането, съхранението и имплантирането на ствололови клетки;

**11.1.19.** осигуряване на ортопедични обувки, ортопедични стелки или други помощни средства за долните крайници, както и всички помощни средства и материали, във връзка с диагноза за слаби, преуморени, нестабилни или плоски ходила или паднал свод, таралгия или метатарзалгия;

**11.1.20.** терапия или програма за отслабване, операции за имплантиране на вътрестомашен балон, съвети от диетолози, диетични обучения;

**11.1.21.** подмладяващи терапии;

**11.1.22.** всички видове масажи освен, когато са част от рехабилитация и физиотерапия при болнични и извънболнични условия и са назначени от лекар-специалист;

**11.1.23.** терапии чрез тренировки, с изключение на кинезитерапия или лечебна физкултура, независимо дали са назначени от правоспособен лекар;

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

**11.1.25.** здравни услуги, изследвания и лекарствени средства, които не са предписани от правоспособен лекар-специалист по профила на конкретното заболяване по надлежния ред и след проведен преглед или които не са назначени с цел оказване на медицинско лечение на застрахования;

**11.1.26.** Експериментално медицинско лечение;

**11.1.27.** Други разходи, включващи:

**11.1.27.1.** разходи, надвишаващи разумните или обичайните разходи за съответното лечение в България. В този случай застрахователят има право да намали размера на застрахователното обезщетение

**11.1.27.2.** всички разходи за допълнителни застрахователни покрития, които не са

договорени и за които не е заплатена застрахователна премия;

**11.1.27.3.** разходи за закупуване на продукти за лична хигиена

**11.1.27.4.** разходи за предписани лекарствени средства и консумативи като: витамини, хранителни добавки и медицински изделия. Същите са покрити само ако са изписани като допълнение на антибиотично лечение. Не се покриват билки, слабителни средства и лекарства за отслабване, противозачатъчни средства, нерегистрирани в Р. България и/или страна членка на Европейския съюз лекарства, медицинска козметика, както и лечебна и минерална вода, лечебно вино и тонизиращи средства;

**11.1.27.5.** всички немедицински разходи;

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

**11.1.27.7.** медицинско-технически средства от типа на помощни средства и санитарни уреди за постоянна употреба по време на амбулаторно лечение като: инсулинови помпи, електрически инвалидни колички или легла за инвалиди, болнични легла с трапецовидни рамки, допълнителни колела, подемници в болнични стаи, антидекубитални

дюшеци, колани, предмети с цел осигуряване на по-добър комфорт (като поставки за телефони и таблички за хранене над леглото), предмети, използвани за промяна на качеството на въздуха или температурата (като климатици, овлажнители, изсушители на въздуха и уреди за прочистване на въздуха), материали за еднократна употреба, велоергометри, кварцови лампи или нагревателни лампи, нагревателни торбички, бидета, тоалетни чинии, приспособления за сядане по време на къпане, сауни, асансьори, джакузита, оборудване за тренировки и сходни продукти;

**11.1.27.8.** лечение на неправилна захарка;

**11.1.27.9.** прегледи и изследвания за застраховане, такси за представяне на ТЕЛК комисии, съдебно-медицинска експертиза, тест за СПИН/НIV (освен в случай на предоперативна подготовка), административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи за извършени изследвания (CD, DVD), издавани от лечебните заведения, разходи за прегледи и изследвания за издаване на медицински удостоверения, в т. ч. и болнични листове.

**11.1.27.10.** 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;

**11.2** Застрахователят няма да носи отговорност:

**11.2.1.** ако лечението е започнало преди първото влизане в сила на застрахователния договор и продължава към момента на сключване на застрахователния договор, по силата на който Застрахованият е придобил статута си на застрахован, или лечението продължава след прекратяване на застрахователния договор;

**11.2.2.** за разходи за лечение (прегледи, изследвания и последваща терапия), възникнало в резултат на предварително съществуващо заболяване или състояние на лицето, съществуващо преди първото влизане в сила на застраховката, което не е декларирано в предложението и/или здравната декларация при сключване на застраховката или не е договорено изрично в застрахователната полица, освен в случаите на остро проявление на същото;

**11.2.3.** за хронични заболявания, установени и лекувани преди сключване на застраховката и техните рецидиви с изключение на техните остри състояния;

**11.2.4.** за извършени прегледи и изследвания без медицинска необходимост и без анамнестични данни за обективни оплаквания;

**11.2.5.** разходите за високоспециализираните изследвания: компютърна томография, магнито-резонансна образна диагностика и позитронемисионна томография, както и скъпоструващи лабораторни или друг вид инструментални изследвания, когато са извършени без получено предварително потвърждение по телефона или писмено от Застрахователя;

**11.2.6.** за настаняване, медикаментозно, хирургично, санаториално и физиотерапевтично лечение, както и манипулации и изследвания извършени извън заведенията, регистрирани по Закона за лечебните заведения;

**11.2.7.** за разходи във връзка с бременност – нейното първоначално установяване, последващо проследяване и раждане, както и свързаните с тях усложнения, освен в случаите когато е закупен пакет бременност и раждане.

**11.3.** Застрахователят няма да носи отговорност, ако застрахователното събитие настъпи в резултат на:

**11.3.1.** Гражданска война, война, инвазия, военни операции, вражески действия от трети страни, размирици, въстание, метеж, бунт, стачка, граждански вълнения, протест, революция, терористични актове, независимо от това дали застрахованото лице е бил пасивен или активен участник в такива действия;

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

**11.3.3.** в резултат на замърсяване на околната среда;

**11.3.4.** йонизираща радиация, произведена по внезапен и непредвидим начин от ядрено гориво или от радиоактивни продукти или отпадъци, произхождащи от атомни реактори и този източник на емисии (подвижен или фиксиран) е замърсил околната среда

**11.3.5.** експлозия на механизъм или част от механизъм с цел експлозия след ядрена трансмутация;

**11.3.6.** в резултат на умишлено извършване или опит за умишлено извършване на престъпление от общ характер от Застрахованото лице, умишлено извършване или опит за умишлено извършване на физическо насилие или на друг незаконосъобразен акт, участие в незаконосъобразна дейност, углавно престъпление или престъпление, извършени от Застрахованото лице, потвърдени от съответните органи, включително злополука при задържане на Застрахованото лице от органите на реда и правосъдието, или докато Застрахованото лице е задържано или е в затвора;

**11.3.7.** в резултат на други събития, настъпили вследствие на излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), самонадеяност или груба небрежност от/на Застрахованото лице, както и при физическа саморазправа (освен в случай на доказана самозащита);

**11.3.8.** за лечение или медицински грижи, причинени на Застрахованото лице при участието му в облози и залагания и/или сбивания /освен при самозащита/;

**11.3.9.** в резултат на управление на МПС без правоспособност за управление на съответната категория моторно превозно средство или с временно отнето свидетелството за управление на моторното превозно средство, валидно за съответната категория, управление на МПС с концентрация на алкохол в кръвта над законоустановената норма, респ. управление



на МПС под въздействието на наркотични вещества и техни аналози;

**11.3.10.** Събития, причинени от епидемии/пандемии, освен ако не е договорено друго;

**11.3.11.** Неспазване на медицински препоръки;

**11.3.12.** Самоубийство или опит за самоубийство;

**11.3.13.** Хроничен алкохолизъм, злоупотреба с алкохол и свързаните с тях усложнения и заболявания независимо от вида, употреба на каквито и да е наркотични вещества, опиати или стимуланти или лекарства, освен ако те не са били официално предписани от регистриран лекар, както и алкохолно опиване (за алкохолно опиване се приема всяка концентрация на алкохол в кръвта над 0,5 на хиляда);

**11.3.14.** Участие във всякакъв вид професионален спорт или в някой от следните спортове: спортове, включващи употреба на двигател (включително ралита), бокс, подводно гмуркане с кислороден апарат, гмуркане повече от 20 пъти годишно или на дълбочина повече от 40 метра, изследване на подземни пещери, бобслей, спускане със шейни, спускане с тобоган, ски или скокове от трамплин, въздушни състезания, спортни въздушни боеве, фигурно летене, скално катерене, скокове с парашут и скайдайвинг, небесна акробатика, безмоторно летене, ултралайт или микролайт летене, парапланеризъм, скокове с бънджи, управление на балони, парасейлинг, спортове, изискващи пълен контакт; каньонинг, рафтинг, каране на водни ски, скелетон, спортове, включващи моторни шейни, скокове, изложения на коне, лов, както и състезания и опити за постигане на резултати, професионални тренировки по всякакъв вид спорт;

**11.4.** Застрахователят не дължи обезщетение на лица, които не са служители на Застрахователят или членове на семейство на застрахованите лица.

## **Член 12. Ограничения на застрахователното покритие**

**12.1** Застрахователят не осигурява покритие за събития, настъпили извън срока на индивидуалното застрахователно покритие.

**12.2** Застрахователят не осигурява покритие за изключените рискове.

**12.3** Застрахователят не осигурява покритие, ако рискът настъпи вследствие на умишлени действия от страна на Застрахованото лице.

**12.4** Застрахователят не дължи застрахователно плащане, когато установи, че са му представени подправени или неверни документи и/или информация.

**12.5** Застрахователят не дължи застрахователно плащане, когато Застрахованото лице не отговаря на всички изискванията, посочени в тези Общи Условия, независимо дали застрахователната полица е била издадена и връчена на Застрахователят или не.

## **Член 13. Отлагателен период**

**13.1.** Отлагателният период е период от време, през който Застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че застрахователният договор е влязъл в сила.

**13.2.** Отлагателният период започва от началната дата на застрахователния договор или началната дата на индивидуалното застрахователно покритие за новозастраховано лице, при условие че е била платена първата дължима по договора премия преди тази дата или първата дължима премия за новозастрахованото лице, освен ако не е договорено друго.

**13.3.** За полица с над 10 застраховани лица не се прилагат каквито и да е отлагателни периоди.

**13.4.** За полица с до 10 застраховани лица включително се прилага 30 дневен отлагателен период за здравни пакети „Болнично лечение“ и „Физиотерапия и рехабилитация“ и 270 дневен отлагателен период за здравен пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни“.

**13.5.** В случай, че по време на действие на отлагателния период застраховано лице бъде лекувано в медицинско заведение от мрежата на застрахователя на принципа на „абонаментно обслужване“, разходите, направени за лечението на това лице, са за негова сметка.

**13.6.** Не се прилага отлагателен период при лечение, наложено от злополука. Коремни, ингвинални, дискови хернии, причинени или влошили се поради злополука, не се считат като последици от злополуката и при тях се прилага отлагателен период, както при заболяване;

**13.7.** Не се прилага нов отлагателен период при подновяване на застрахователния договор след неговото изтичане, когато между датата на изтичане и датата на подновяване на застрахователния договор са минали по-малко от 30 (тридесет) дни.



**Член 14 Застрахователен период.  
Размер и начин на плащане на  
застрахователната премия**

**14.1** В срока на застрахователния договор се включва един застрахователен период от една година.

**14.2** Началото на застрахователния период се посочва в полицата и съвпада с началото на застрахователното покритие на застрахованите лица, включени в групата на застрахованите лица при сключване на застраховката.

**14.3.** Застрахователната премия е годишна. Годишната премия се заплаща еднократно или разсрочено на вноски по банков път по сметката на Застрахователя. Заедно с разсрочената вноска се заплаща и данък в размер на 2%, съгласно ЗДЗП.

**14.4.** Всички допълнителни данъци и вноски се добавят към размера на застрахователната премия и се плащат от Застрахователят.

**14.5.** Застрахователната премия се определя на база броя застраховани лица, избраните от Застрахователя застрахователни пакети и нива/лимити, съгласно Тарифата на Застрахователя по тази застраховка. Тарифообразуващи фактори могат да бъдат и здравословното състояние, възрастта на застрахованите лица, както и здравноосигурителния статус на чуждестранните граждани.

**14.6.** Размерът, периодичността и падежите на годишната премия/разсрочените вноски от нея се определят в полицата.

**14.7.** Падежът на годишната премия /първата разсрочена вноска от нея при разсрочено плащане, е датата на сключване на застраховката.

**14.8.** Последици от неплащане на годишната застрахователна премия/първата разсрочена вноска от нея: Ако годишната застрахователна премия/първата разсрочена вноска от нея не е платена до или на датата на падежа за плащане, застрахователният договор не поражда правни последици за страните, не влиза в сила и се обезсилва.

**14.9.** Избор на Застрахователя при неплащане на разсрочена вноска от застрахователната премия: При неплащане на която и да е следваща (след първата) разсрочена вноска от застрахователната премия до 15 дни от датата на падежа ѝ, Застрахователят ще смята застрахователното покритие за автоматично прекратено, считано от датата на изтичане на 15-дневен срок след датата на падежа на разсрочената вноска, като допълнително

изрично писмено изявление от страна на Застрахователя до Застрахователя не е необходимо. Настоящото да се счита за писмено уведомление по смисъла на Кодекса за застраховането.

Този период от 15 дни се нарича „гратисен период“.

В случай на настъпване по време на „гратисния период“ на покрит риск и при положение, че Застрахователят не плати дължимата премия в този период, Застрахователят има право на регресен иск.

**Член 15 Задължения при настъпване на  
застрахователно събитие и за неговото  
доказване**

**15.1.** При настъпване на покрит риск, Застрахованото лице, Лицата, имащи право на застрахователно обезщетение или всяко друго лице, което има застрахователен интерес (доверени лечебни заведения, част от мрежата на застрахователя) за изплащане на застрахователното обезщетение, трябва да уведоми Застрахователя, както и да предостави всички, изискуеми от Застрахователя документи съгласно Кодекса за Застраховането, необходими с цел определяне на основателността и размера на претенцията.

**15.2.** Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение или мотивирано отказва плащането, в сроковете предвидени в Кодекса за Застраховането.

**15.3.** Всяко задържане на информация или умишлено невярно деклариране от страна на претендиращия застрахователното обезщетение или представянето на неверни или фалшиви документи с цел да удостоверят дата, обстоятелство или последствия от застрахователно събитие, ще доведе до отказ за покриване на какъвто и да е риск по застраховката, както и незабавно уведомяване на Прокуратурата на Р. България.

**15.4.** Датата на предявяване на претенцията е датата, на която Застрахователят е бил писмено уведомен за нея.

**15.5.** Когато не са представени всички доказателства съгласно Кодекса за застраховането Застрахователят ще се произнесе не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията.

**15.6.** Застрахованото лице или Лицата, имащи право на застрахователно обезщетение трябва да представят на Застрахователя следните документи, в зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие:



**15.6.1.** Когато застрахователната претенция се подава от страна на Застрахования или негов упълномощен представител:

**15.6.1.1.** искане за възстановяване на направени разходи за ползвани здравни услуги;

**15.6.1.2.** фактура, издадена на името на Застрахования, съдържаща всички необходими атрибути, съгласно действащото законодателство, в това число детайлно описание на оказаната услуга/закупените средства;

**15.6.1.3.** документ доказващ, че сумата, описана във фактурата е заплатена;

**15.6.1.4.** медицински документ – амбулаторен лист, друг релевантен медицински документ съдържащ диагноза, обективно състояние, анамнеза, проведени (назначени) изследвания, терапия, а в случаите на офталмологичен преглед – описание на предходен визус, актуални лещи за корекция и ясна препоръка за нова корекция

**15.6.1.5.** при претенция за възстановяване на разходи за изследвания – документ с поставена диагноза и назначение на съответното изследване, резултат от извършеното образно, инструментално и/или лабораторно изследване, както и разчитането на същите

**15.6.1.6.** при претенция за възстановяване на разходи за лекарствени средства или други терапевтични средства – копие от рецептата със съответното назначение, отговарящо на описаната в документа по т. 15.6.1.4 терапия. Допуска се замяна на медикаменти, ако те са изписани с търговското си название и при условие, че е закупено сходно лекарство средство с идентична генерична съставка.

**15.6.1.7.** при претенция за възстановяване на разходи за оптични средства – диоптрични стъкла, рамки и лещи – амбулаторен лист от медицински преглед, копие от рецептата, с която е изписана корекцията, копие от опаковката на диоптричните стъкла или лещите, а така също и отделно посочена във фактурата цена на рамката. Застрахователят не покрива разходите направени за изработка на очилата.

**15.6.1.8.** при претенция за възстановяване на разходи за болнично лечение – направление или друг документ за насочване към хоспитализация и даващ информация за медицинската необходимост от нея, както и епикриза от проведеното болнично лечение

**15.6.1.9.** при претенция за възстановяване на разходи за скъпоструващи консумативи при болнично лечение – копие от епикриза от която

става видно, че е вложен консуматива, с поставени на нея стикери, фактура за закупуването на консуматива, както и документ за заплащането на същия

**15.6.2.** Когато застрахователната претенция се подава от страна на лечебно заведение, част от мрежата на Застрахователя:

**15.6.2.1.** спецификация (отчет) по образец за предоставените през отчетния период услуги от доставчика на здравни услуги съгласно договореностите със Застрахователя;

**15.6.2.2.** документи удостоверяващи предоставените услуги – амбулаторни листове, епикризи, направления, резултати от проведени изследвания и др.;

**15.6.2.3.** фактура за стойността на предоставените и описани в спецификацията услуги;

**15.6.3.** Застрахователят има право да изиска от страна на претендиращия застрахователно обезщетение допълнителни документи необходими за доказването на основателността и размера на застрахователната претенция;

**15.6.4.** Застрахованото лице е длъжно да пази в оригинал всички документи предоставени във връзка със застрахователни претенции за срока на давностния период и при поискване от Застрахователя е длъжен да ги предостави незабавно. При непредоставяне на изискан от Застрахователя оригинал на документ, застрахованото лице носи имуществена отговорност за всички вреди нанесени на Застрахователя.

## **Член 16. Застрахователно обезщетение**

**16.1.** При настъпването на застрахователно събитие съгласно настоящите Общи условия Застрахователят изплаща обезщетение за извършените разходи за медицински стоки и услуги, възникнали във връзка с лечение на застраховано лице, на доставчика на медицински услуги или на застрахованото лице /неговите наследници/ до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор за съответното лице и за събития, настъпили през периода на застрахователното покритие, за които са направени разумни и необходими разходи. Всички разходи за стоки и услуги, свързани с лечението или услугите, които надвишават лимитите за съответния здравен пакет и ниво, са за сметка на Застрахованото лице. Застрахователят има право на регресен иск при надвишаване на лимита или доказване на обстоятелство, което определя разходите като неразумни и ненужни.





**16.2.** При настъпване на застрахователно събитие съгласно настоящите Общи условия, застрахователят изплаща на Застрахованото лице /неговите наследници/ фиксирана сума по здравни пакети „дневни пари за болничен престой“ и „операции“ Изплащането на обезщетения по тези два пакета не зависи от размера на извършените разходи за болнично лечение. Размерът на обезщетението за операции е определен предварително съгласно Таблицата за хирургично лечение (приложение към настоящите ОУ)

**Член 17. Здравен пакет „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика)“** се сключва само за групи с над 10 застраховани лица на възраст над 18 години, освен ако не е договорено друго. Същият се предоставя за ползване от страна на Застрахованите лица само на принципа на абонаментно обслужване в предварително посочено от Застрахователя лечебно заведение. Профилактиката по този пакет се извършва веднъж годишно и се организира от Застрахователя

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

**17.1.2.** Застрахователят организира провеждането на прегледи и изследвания в здравно заведение от мрежата на Групама в обем, съответстващ на договореното застрахователно покритие след предварителна заявка от страна на Застраховачия;

**17.1.3.** В срок до 15 дни преди настъпване на заявения по т. 17.1.1 период за провеждане на Профилактиката застрахователят предоставя на застраховачия информация за адреса на изпълнителя/лите на профилактиката и минималния брой лица, които трябва да бъдат прегледани в един и същи ден;

**17.1.4.** В срок до 10 дни преди първата дата за профилактика застраховачият представя окончателен график за провеждане на профилактиката, съдържащ информация за конкретните дати, броя и териториално разположение на Застрахованите лица;

**17.1.5.** В срок не по-късно от 7 дни преди провеждане на Профилактиката,

Застраховачият изпраща на Застрахователя поименни списъци на застрахованите лица, подлежащи на профилактични прегледи

**17.2.** Застраховачият е длъжен да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактични прегледи съобразно графика, представен на Застрахователя.

**17.3.** 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. Резервните дати се определят от Застрахователя в зависимост от броя на застрахованите лица.

**17.4.** Ако застрахованите лица не се явят на профилактични прегледи на определените основни и резервни дати, както и в случай че Застраховачият не подаде заявка за провеждане на профилактични прегледи, задължението на Застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

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

**Член 18. Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение“**

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

**18.1.** Ползването на здравните услуги за извънболнично лечение от застрахованите:

**18.1.1.** се организира в лечебни заведения от мрежата на Застрахователя, като същият заплаща разходите директно на изпълнителя;

**18.1.2.** застрахованото лице може да избере лечебно заведение и медицински специалисти от мрежата на Застрахователя или извън този списък, на територията на цялата страна, като разходите се възстановяват директно на Застрахования след предоставяне на всички изискуеми документи;

**18.2.** Застрахованите имат право на един първичен и до три вторични прегледа по медицински показания за период от един месец за едно и също заболяване и/или неговите усложнения при съответен специалист .

**18.3.** Прегледи и манипулации в дома на болен се заплащат само тогава, когато състоянието на застрахованото лице не му позволява да



посети лечебното заведение. Тези здравни услуги се ползват само след съгласуване със застрахователя на принципа на „Възстановяване на разходи“.

**18.4.** Ако лечението се извърши от съпруг, съпруга, родители или деца на застрахованото лице, се възстановяват само доказаните материални разходи, но не и възнаграждението за извършеното лечение.

#### **Член 19. Здравен пакет „Болнично лечение“**

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

**19.1.** Болничното лечение включва разходите за медицинско лечение или терапия, проведени в здравно заведение или неговите отделения, което е регистрирано като болница съгласно българското законодателство, в което Застрахованият заема легло с цел медицинско лечение в продължение на повече от 24-часов непрекъснат престой, освен в случаите когато се касае за еднократни хоспитализации под 24 часа. В последния случай същите попадат в обхвата на описаното застрахователно покритие в чл. 18 Здравен пакет „Извънболнично (Амбулаторно) лечение“

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

**19.3.** Ако при постъпване в болница застрахованото лице е с прекъснати здравно осигурителни права, Застрахователят изплаща 60% от дължимото обезщетение. Това не важи за случаите, в които застрахователят е бил уведомен и му е платена допълнителна премия (завишение).

**19.4.** Ако при постъпване в болница застрахованото лице е с непрекъснати здравно осигурителни права, но постъпи за лечение в болница, която не изисква направление за хоспитализация, Застрахователят изплаща 80% от дължимото обезщетение.

**19.5.** Болничното лечение не включва настаняването на застрахованото лице в:

**19.5.1.** здравни заведения за извънболнична помощ, дори и когато изследването, наблюдението или лечението, което трябва да се извърши, изисква краткосрочно настаняване до 24 часа;

**19.5.2.** еднократна хоспитализация в здравни заведения за болнично лечение;

**19.5.3.** заведения за лечение на зависимости;

**19.5.4.** психиатрични лечебни заведения;

**19.5.5.** почивни станции, домове със специален хранителен режим, санаториуми и СПА центрове, освен в случаите когато същите са регистрирани като лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения;

**19.5.6.** домове за медико-социални грижи и хосписи.

**19.6.** Болничният престой не се счита за необходим по медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на застрахования.

**19.7.** Стационарно лечение поради дентално лечение и зъбно протезиране, както и интервенции чрез зъбна и челюстна хирургия се приемат като необходими от медицинска гледна точка само тогава, когато поради медицински причини амбулаторно лечение не е възможно.

**19.8.** Битовите условия, при които се настаняват застрахованите лица в лечебни заведения, са в зависимост от обхвата на договореното застрахователно покритие и възможностите на избраната от Застрахования болница.

**19.9.** При болничен престой на застраховани деца под 18 години се възстановят в пълен размер разходите за настаняване на придружител съгласно лимитите на избрания здравен пакет, при условие че хоспитализирането на детето отговаря на условията, описани в настоящите Общи условия.

**19.10.** Не се възстановяват разходи за закупени от аптека лекарства и медицински консумативи, с изключение на скъпоструващи медицински консумативи, с единична цена над 50 лева, които не се покриват по линия на задължителното здравно осигуряване, предписани във връзка и по време на болничното лечение и след предварително съгласуване със Застрахователя.

#### **Член 20. Здравен пакет „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“**

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

**20.1.** 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.

**20.2.** Медицинска необходимост от индивидуален сестрински пост по време на болнично лечение се определя от завеждащия отделението.



**20.3.** Покриват се разходи за необходим от медицинска гледна точка транспорт с линейка на хоспитализирано застраховано лице, при преместване в друго лечебно заведение за провеждане на специализирани медицински процедури, както и за транспорт до дома, когато състоянието на лицето изисква транспортиране със специализиран медицински транспорт.

#### **Член 21. Дневни пари при болничен престой**

**21.1.** Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква при болнично лечение, при което Застрахованото лице е хоспитализирано в лечебно заведение вследствие заболяване, злополука, или раждане, включително и медицинско лечение по време на бременност, когато е закупен пакет „Бременност и раждане“

**21.2.** При стационарен болничен престой Застрахователят изплаща фиксирано обезщетение на ден на Застрахованото лице за всеки ден, в който застрахованото лице е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие. Размерът на дневното обезщетение се посочва в полицата.

**21.3.** Фиксираното застрахователно обезщетение се изплаща за не повече от 5 дни болнично лечение по повод на заболяване или раждане и 10 дни болничен престой по повод на злополука, независимо от броя пролежавания

**21.4.** Размерът на дължимото застрахователно обезщетение се определя на база реално пролежани пълни дни в болнично заведение. При определянето на продължителността на болничния престой не се включва деня на изписването.

**21.5.** В случай на смърт по време на болничен престой, Застрахователят изплаща дължимото обезщетение на законните наследници на Застрахования.

#### **Член 22. Здравен пакет „Дентално лечение“** Осъществява се само на принципа на възстановяване на разходи.

**22.1.** Покритието включва разходи за дентално лечение по медицински показания, предоставено на застрахованото лице под формата на амбулаторно или болнично лечение в рамките на самостоятелен лимит, посочен в полицата.

**22.2.** Застрахователят не носи отговорност за следните стоматологични услуги :

**22.2.1.** козметични и пластични стоматологични корекции;

**22.2.2.** избелване на зъби;

**22.2.3.** лечение на пародонтит;

**22.2.4.** средства за дентална хигиена и козметика.

#### **Член 23. Здравен пакет „Медицински средства“** Осъществява се само на принципа на възстановяване на разходи.

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

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

**23.1.2.** Медицински консумативи  
Покриват се разходи за медицински консумативи, контрастни вещества и медицински материали, изписани във връзка с лечение на застрахованото лице.

**23.1.3.** Диоптрични стъкла, рамки за очила и контактни лещи

Покриват се един път за срока на договора разходи за диоптрични стъкла/рамки за тях/ или контактни лещи със срок на ползване 1 година (два пъти за контактни лещи със срок за ползване по-кратък от 1 година) предписани от лекар-специалист до размера на лимита, посочен в застрахователния договор и при условие че диоптърът на изписаните стъкла или лещи е минимум 0,75. Офталмологичните средства трябва да са закупени не по-късно от 30 дни от датата на предписанието. При повторно закупуване на контактни лещи, срокът от 30 дни не се прилага.

**23.1.3.1.** Застрахователят не покрива разходи за слънчеви очила, очила за работа с



компютър, освен ако същите нямат и коригираща компонента, съгласно предходната точка както и очила, предназначени за защита на очите от факторите на работната среда.

**23.1.4. Помощни средства**

Възстановяват се разходи за предписани от лекар медицински помощни средства (терапевтични средства) като: патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични корсети, бандажи и ортези.

Не се покриват разходите за медицински съоръжения и помощни средства (средства за обслужване и обгрижване) като: иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, орални душове, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, както и апарати и помощни средства, служещи за грижа за тялото и обгрижване на болния, ортопедични стелки и еластични чорапи

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

**23.2.** Застрахователят възстановява разходите след представяне на платени оригинални фактури (приемат се и сканирани копия, като оригинала се пази за срок от 3 години и се предоставя при поискване), рецепти и епикризи

**23.3.** Не се възстановяват разходи за лекарствени средства, консумативи и медицински изделия, които се възстановяват по линия на задължителното здравно осигуряване или на друго нормативно основание, както и такива, които не са включени в Списъка на Изпълнителна агенция по лекарствата. (Web)

**23.4.** 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.

**23.5.** Максималният размер на обезщетението, т.е. лимитът на разходите за предписани медицински средства, е посочен в избрания застрахователен пакет за един застрахован.

**Член 24. Обезщетение за операции**

**24.1.** Застрахователно събитие по смисъла на това покритие е необходимото от медицинска гледна точка хирургическо лечение на Застраховано лице поради болест или злополука. Прекъсване на бременност по медицински причини след петия лунарен месец и спешно родоразрешение по медицински показания (Цезарово сечение) също се считат за застрахователно събитие, наложено от заболяване.

**24.2.** При болнично лечение, при което Застрахованият претърпи хирургическа интервенция, Застрахователят изплаща обезщетение под формата на фиксирана еднократна сума на Застрахованото лице, която се определя като процент от предварително договорена застрахователна сума, посочена в полицата.

**24.3.** Процентът на обезщетението се определя от Застрахователно-медицинската комисия на Групама съгласно Хирургическата таблица на Застрахователя за определяне размера на обезщетението, който размер зависи от сложността на проведеното оперативно лечение, но не е по-голям от посочения в Таблицата максимален процент.

**24.4.** Ако извършената операция не фигурира в Хирургическата таблица за оперативно лечение, приложена към договора, Застрахователно-медицинската комисия на Застрахователя определя процента на обезщетение на база включена в Таблицата операция с подобен характер и сложност.

**24.5.** В случай на смърт по време на хирургическото лечение, застрахователят изплаща дължимото обезщетение по това покритие на законните наследници на застрахования.

**Член 25. Здравен пакет „Здравни услуги, оказвани на бременни“**

Осъществява се само на принципа на възстановяване на разходи.

**25.1.** Пакетът включва здравни услуги, предоставени на застрахованото лице за наблюдение и медицински обосновано лечение при бременност и раждане над или равен на обема по програма „Майчино здравеопазване“ на НЗОК. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за този здравен пакет.

**25.2.** Отговорността на Застрахователя, свързана със здравните услуги за бременни, започва след края на отлагателния период от 270 дни. Това условие няма да бъде в сила, ако застрахованото лице е





било застраховано за покритието бременност и раждане в предходна застрахователна полица при Групaмa и ако не е имало прекъсване повече от 30 (тридесет) дни при подновяване на изтекла застраховка.

**25.3.** При всички случаи, ако по време на застрахователния период, ново лице бъде включено в застраховката като съпруга или законен брачен партньор на застрахования, застрахователят не носи отговорност за здравни услуги, използвани от това застраховано лице за раждането или по време на бременността, ако бременността е започнала преди влизане в сила на застраховката.

**25.4.** Разходите за предплатени пакети се възстановяват след предоставяне на всички медицински документи за извършените прегледи и изследвания включени в предплатения пакет, направени при един наблюдаващ бременността лекар.

#### **Член 26. Здравен пакет „Физиотерапия и рехабилитация“ и психотерапевтична грижа**

Осъществява се само на принципа на възстановяване на разходи.

**26.1.** Пакетът включва разходи за физиотерапия по медицински показания, предоставена на застрахованото лице под формата на амбулаторно или болнично лечение, проведено в рамките на шест седмици от назначаването му.

**26.2.** Физиотерапевтичният курс на лечение на определено заболяване включва първоначален преглед от лекар специалист по Физикална и рехабилитационна медицина или специалист с правоспособност да назначи физиотерапия (рехабилитация) с назначен общ брой процедури от всички групи, както и заключителен вторичен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение. Покриват се разходи в рамките на лимита, посочен за този здравен пакет в полицата.

**26.3.** 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.

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

Рехабилитационното лечение трябва да е назначено в епикризата за проведеното болнично лечение при изписването на застрахованото лице и трябва да е започнало не по-късно от три месеца след приключване на интензивното лечение.

**26.5.** Психотерапевтичната грижа включва разходи за извършени консултации (прегледи и/или терапевтични сесии), в случай на здравен проблем от психологичен и/или психиатричен характер. Осигурява се покритие за до 3 консултации, които следва да са извършени от квалифициран специалист по психично здраве (лекар-психиатър или психолог-психотерапевт), притежаващи съответната регистрация (за лекарите - по ЗЛЗ, за психолозите-психотерапевти - в съответния националния Регистър на психотерапевтите, поддържан от асоциацията БАП).

#### **Член 27. Второ медицинско мнение**

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

#### **Член 28. Давност**

**28.1.** Правата и задълженията се погасяват с 5 годишна давност, считано от настъпването на застрахователно събитие освен, ако в нормативен акт не е предвидено друго.

#### **Член 29. Промяна в адреса на някоя от страните. Уведомяване**

**29.1.** Застрахователят трябва да уведоми писмено застрахователя за всяка промяна в адреса си. Ако се пресели извън България, той трябва да посочи име и адрес на лице за кореспонденция в България. Името и адресът на лицето за кореспонденция на територията на България се счита за адрес на застрахователя.

**29.2.** Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към застрахователя се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на застрахователя. Счита се, че застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на застрахователя.

**29.3.** Съобщенията към застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса на управление на застрахователя. При промяна на адреса на управление на застрахователя, той уведомява

Застраховация/застрахованите лица чрез средствата за масова информация.

**29.4.** За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Това правило не се прилага, когато застрахователят не е уведомил застрахователя за последния си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема датата на изпращане на съобщението.

**29.5.** Застрахователят е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, ЕГН, ЕИК, фирма или наименование и/или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, отправени до Застрахователя. В случай, че не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застраховация, последно обявен пред Застрахователя, се счита за връчено и получено от него с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

**Член 30. Предоставяне и обработка на лични данни. Последици от непредоставяне на поискани от Застрахователя лични данни.**

**30.1** 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](http://www.groupama.bg). Без тези данни, Застрахователят не може да приеме лица за застраховане по застрахователния договор.

**30.2** 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.

**30.3** Застрахователят се задължава да използва и обработва предоставените лични данни само във връзка със сключването и изпълнението на застрахователния договор и индивидуалното застрахователно покритие на Застрахованите лица.

**30.4** 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.

**Член 31. Компетентна юрисдикция**

**31.1** При възникването на спорове по застраховката, приложимо е българското законодателство.

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

**Настоящите Общи условия са приети с Решение на Съвета на директорите (СД) на Застрахователя от 21.06.2022 г., в сила от 01.07.2022 г., последно изменени на 05.10.2023г., в сила от 08.12.2023г.**

*Удостоверявам, че получих „Уведомление за поверителност“ на застрахователя, Информационен документ по Здравна застраховка „Групaмa Витa“ и подписан екземпляр от настоящите Общи условия за Здравна застраховка "Групaмa Витa", запознат/а съм с цялото им съдържание, съгласен/а съм с тях и ги приемам без възражения/*

.....  
(дата)

.....  
(три имена)

.....  
(подпис)

Предал: .....  
(име и фамилия на служителя, длъжност)

ПОДПИС НА КЛИЕНТ

Ref: HI\_07\_21