

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

GENERAL CONDITIONS FOR MEDICAL INSURANCE

I. Дефиниции

I. Definitions

1.1. По смисъла на тези Общи условия, посочените по-долу термини имат следното значение:

1.1. For the purposes of these General Conditions, the following terms have the following meanings:

1.1.1. **Застраховател** - „Фи Хелт Застраховане“ АД, със седалище и адрес на управление: град София 1700, Столична община - район „Студентски“, ул. „Проф. Александър Фол“ № 2, вх.Б, ЕИК: 200103397, притежаващо лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

1.1.1. **Insurer** - FI Health Insurance AD, with registered address: city of Sofia - 1700, Sofia Municipality - Studentski District, 2, Prof. Alexander Fol, Entr. B, UIC: 200103397, holder of a license for insurance issued by the Financial Supervision Commission under the Insurance Code.

1.1.2. **Договорител (Застраховач)** - юридическо или физическо лице, което сключва застрахователен договор за медицинска застраховка със Застрахователя и поема задължение да плаща определената в застрахователния договор застрахователна премия. Договорителят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице.

1.1.2. **Contractor (Insurer)** - a legal or natural entity that enters into an insurance contract for medical insurance with the Insurer and undertakes to pay the insurance premium specified in the insurance contract. The Contractor and the Insured may be the same entity.

1.1.3. **Застрахован** - физическо лице, на което се предоставя застрахователно покритие, и в полза на което е сключен застрахователния договор.

1.1.3. **Insured** - natural entity, to whom insurance cover is provided, and for which the insurance contract is concluded.

1.1.4. **Застрахователен пакет** - съвкупността от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, предоставяни на Застрахования, с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве, които се обезпечават финансово от Застрахователя при условия и ред, определени в застрахователния договор, Общите условия и останалите споразумения и приложения към застрахователния договор.

1.1.4. **Insurance package** - all the regulated health services and goods, by type and scope, provided to the Insured, aimed at restoring, protecting and improving her/his health, which are secured financially by the Insurer under conditions and procedures specified in the insurance contract, the General Conditions and other agreements and applications to the insurance contract.

1.1.5. **Застраховка (Застрахователен договор)** е застрахователната полица, писменото искане за сключване на застраховката на Договорителя, всички останали писмени изявления на Договорителя, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения към нея и останалите приложения и писмени съглашения.

1.1.5. **Insurance (Insurance Contract)** is the insurance policy, the written request for the insurance by the Contractor, all other submissions of the Contractor pertaining to the coverage, the corresponding supplementary agreements thereto, and other applications and written agreements.

1.1.6. **Абонаментно обслужване** – форма на медицинска застраховане, при която Застрахователят при настъпване на предвидени в застрахователния договор събития, обезпечават финансово, до лимита на отговорност, предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован единствено чрез изпълнители на медицинска помощ, с които има сключен договор.

1.1.6. **Subscription service** - form of medical insurance, where the Insurer upon the occurrence of an event specified in the insurance contract provided for in events, provides financial means, to the limit of liability, provision of certain health services and goods for the Insured only by health care providers with which there is a contract signed.

1.1.7. **Възстановяване на разходи** - форма на медицинска застраховане, при която Застрахователят при настъпване на предвидени в застрахователния договор събития, частично или изцяло възстановява в пари, до лимита на отговорност, разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, извършени от свободно избран от Застрахован изпълнител на медицинска помощ.

1.1.7. **Reimbursement** - form of medical insurance, where the insurer in the event of an insurance contract provided for in events, partially or fully refunded in cash up to the limit of liability, the costs of health insurance, for certain goods and services provided by freely elected by the insured provider of health care.

1.1.8. **Застрахователна премия** - сумата, която Договорителят заплаща на Застрахователя срещу поетите от последния рискове по застрахователния договор.

1.1.8. **Insurance Premium** - the amount that the Contractor shall pay to the Insurer against the risks assumed by the latter under the insurance contract.

1.1.9. **Лимит на отговорност** – отговорността на Застрахователя по застрахователния договор за финансово обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, чрез предоставяне на здравните услуги и стоки чрез изпълнители на медицинска помощ и/или възстановяване на направените от Застрахования през срока на застраховката разходи за определени здравни услуги и стоки.

1.1.9. **Limit of liability** - liability of the Insurer under the insurance contract for payment of certain health services and goods, for providing health goods and services by health care providers and/or reimbursement of the insured during the period of insurance costs for certain health services and goods.

1.1.10. **Самоучастие** – определена в застрахователния договор част от разходите за здравни стоки и услуги, която Застрахованият заплаща за своя сметка и която не

1.1.10. **Self-participation** - part of the expenses for health services and goods defined in the insurance contract that the Insured pays by her/himself and are not subject to coverage/reimbursement from the Insurer.

подлежи на покриване / възстановяване от Застрахователя. 1.1.11. Обем на здравни услуги и стоки - количеството здравни услуги и стоки, до които Застрахования има достъп, при условията определени от Общите условия и застрахователния договор. 1.1.12. Заболяване - съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение за първи път през срока на застрахователния договор и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на Заболяването се приема датата на първичното му диагностициране. 1.1.13. Хронично заболяване - заболяването се счита за хронично, ако е с продължителност 3 месеца или повече. 1.1.14. Злополука - внезапно и неочаквано събитие, причинено случайно, неумишлено, в резултат на внезапни и непредвидими въздействия от външен произход и довело до телесно нараняване на Застрахован. 1.1.15. Предходно състояние - Всяко състояние на Застрахован в резултат на Заболяване, Злополука или телесно увреждане, възникнало или причинено преди сключване на застрахователния договор, независимо дали е диагностицирано преди началото на застрахователното покритие по застраховката. 1.1.16. Изпълнител на медицинска помощ – изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл.58 от Закона за здравното осигуряване. 1.1.17. Болница – лечебно заведение за болнично лечение, лицензирано и функциониращо в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Не са Болници: лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на удовлетворително телесно и психическо състояние, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение; специализирани болници, клиники и отделения за лечение на психично болни, на пристрастени към алкохол, наркотични или други упойващи вещества. 1.1.18. Лекар - законно оправомощено и регистрирано да практикува медицинска професия лице. 1.1.19. Извънболнично лечение – медицинско лечение на Застрахован, който не е хоспитализиран в Болница. 1.1.20. Срок на застраховката - период от време, започващ от посочената в Застрахователната полица начална дата на застраховката и завършващ на или преди крайната дата на застраховката, посочена в Застрахователната полица. Застраховката може да се сключи и за неопределен срок. 1.1.21. Застрахователен период – период от време, за който се дължи застрахователната премия. Първият застрахователен период започва от датата, посочена в Застрахователната полица. Всеки следващ застрахователен период започва на датата, следваща изтичането на предходния, при условие че е платена застрахователната премия или съответната вноса от нея. 1.1.22. Период на застрахователното покритие - периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката. Периодът на застрахователните покрития по застраховката съвпада със застрахователния период. 1.1.23. Нормален здравен риск - състояние, при което Застрахованият е в добро физическо и психическо здраве, без Предходно състояние, налагащо продължаване на лечението.	1.1.11. Volume of health services and goods - the quantity of health services and goods to which the Insured has access to under the conditions defined by the General Conditions of the insurance contract. 1.1.12. Illness - a set of symptoms and clinical manifestations diagnosed in a licensed health facility for the first time during the term of the insurance contract and registered in an official medical document. The date of onset of the illness is considered the date of the initial diagnosis thereof. 1.1.13. Chronic illness - the illness is considered chronic if it has a duration of 3 months or longer. 1.1.14. Accident - a sudden and unexpected event caused accidentally, inadvertently, resulting from sudden and unpredictable effects of external origin and resulting in bodily injury of the Insured. 1.1.15. Prior condition - any condition of the Insured as a result of illness, accident or bodily injury arising out of or caused before conclusion of the insurance contract, irrespective whether it is diagnosed before the insurance coverage under the insurance. 1.1.16. Provider of health care - provider of health care within the meaning of Art. 58 of the Law on Health Insurance. 1.1.17. Hospital - a medical institution for hospital treatment, licensed and operating in accordance with applicable law, which provides treatment for people with acute illnesses, trauma, acute chronic diseases, conditions requiring surgical treatment in hospital. The following are not included under hospitals: medical institutions for hospital treatment of persons in need of long-term health recovery and of people with chronic diseases requiring care to maintain satisfactory physical and mental health, as well as persons in need of physical therapy, motor and mental rehabilitation, spa, climatic and talaso treatment, specialized hospitals, clinics and wards for the treatment of the mentally ill, addicted to alcohol, drugs or other intoxicating substances. 1.1.18. Physician - person legally authorized and registered to practice the medical profession. 1.1.19. Outpatient treatment - medical treatment of an Insured who is not hospitalized at the Hospital. 1.1.20. Period of insurance - the period of time from the start date of the insurance specified in the insurance policy and ending on or before the closing date of the insurance referred to in the insurance policy, during which period the insurance coverage is effective. The insurance may also be concluded for an indefinite period. 1.1.21. Insurance period - a period of time for which the insurance premium is due. The first insurance period starts on the date specified in the Insurance Policy. Each subsequent insurance period commences on the date following the expiration of the preceding one, provided that the insurance premium or the corresponding instalment is paid. 1.1.22. Insurance Cover Period - The period during which the Insurer carries the insurance risk. The insurance coverage period coincides with the insurance period. 1.1.23. Normal health risk - a condition in which the Insured is in good physical and mental health, without prior condition requiring continuing treatment.
--	---

1.1.24. Медицински координатор на Застрахователя– лице, оправомощено от Застрахователя, с което всеки Застрахован се свързва при настъпване на събитие, представляващо покрит по застраховката риск, за да получи указания за действията, които следва да предприеме. 1.1.25. Документ за извършен лекарски преглед– документ, който се съставя от Лекар при извършен преглед на Застрахован, който документ следва да съдържа информация за Застрахования, за неговото здравно състояние, както и за извършените от Лекаря медицински дейности, но не по-малко от: три имена и единен граждански номер (друг идентификационен номер) на Застрахования; три имена и идентификационен номер (код) на Лекаря; дата на извършване на прегледа и поставената диагноза, обозначена с код съгласно международния класификатор на болестите (МКБ); описание на обективното състояние; назначени изследвания и манипулации; предписаното лечение.	1.1.24. Medical Coordinator of the Insurer, a person authorized by the Insurer with whom the Insured makes contact in case of occurrence of an event constituting a risk covered under the insurance policy in order to receive guidance on the steps to be taken. 1.1.25. Document for medical examination - document drawn up by a Physician after an examination of an Insured and this document should contain information about the Insured for his state of health, and the doctor's medical activities, but not less than: the full name and personal identification number (other identification number) of the Insured, the full name and identification number (code) of the physician, date of completion of the examination and diagnosis indicated by the code according to the International Classification of Diseases (ICD), a description of the objective conditions; appointed tests and treatment; prescribed treatment.
II. Общи положения 2.1. Застрахователят, съгласно тези Общи условия и на основание сключен застрахователен договор, срещу заплащане на застрахователна премия, поема рискове и осигурява покритие, свързано с финансовото обезпечаване на ползвани при необходимост определени здравни стоки и услуги. 2.2. Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования. 2.3. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва съгласно избран в застрахователната полица застрахователен пакет за здравни услуги и стоки. Подробното описание на здравните услуги и стоки, включени в съответния застрахователен пакет избран от Застрахования, които са финансово обезпечени по застраховката, е приложение към Застрахователната полица и е неразделна част от нея. 2.4. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва на основание сключен застрахователен договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) с Договорител. 2.5. Правата на Застрахования по застрахователния договор са лични и не могат да се прехвърлят. 2.6. Договорителят избира за всеки Застрахован застрахователен пакет, подробно описан в застрахователната полица, като всеки застрахователен пакет е в определена опция. Опциите на застрахователните пакети, включени в покритието на Застрахования могат да бъдат различни за всеки пакет. 2.7. Чрез предоставянето на застрахователно покритие по тази медицинска застраховка се обезпечават финансово ползването от Застрахования на здравни услуги и стоки, както в обхвата на задължителното здравно осигуряване, така и извън него. 2.8. Застрахователните покрития по тази застраховка се предоставят за рискове, разположени само на територията на Република България.	II. General provisions 2.1. The Insurer, under these General Conditions and pursuant to the concluded insurance contract, against payment of an insurance premium, assumes risks and provides coverage related to the funding package of certain required health goods and services. 2.2. The Insurance contract is implemented in accordance with the principle of voluntary activities, fairness, equality of the parties and the responsibility of the Insured for her/his own health. 2.3. Providing insurance coverage under these General Conditions shall be ensured in accordance with the insurance package for health services and goods selected in the insurance policy. The detailed description of health goods and services included in the respective insurance package chosen by the Insured which is financially supported by the insurance is an appendix to the insurance policy and forms an integral part thereof. 2.4. Provision of insurance coverage under these General Conditions shall be made on the basis of concluded insurance contract (individual, family, corporate/group) with Contractor. 2.5. The rights of the Insured pursuant to the insurance contract are personal and can not be transferred. 2.6. The Contractor shall select for each Insured an insurance package, described in the insurance policy, and any insurance package is under the form of an option. Options of insurance packages included in the coverage of the Insured may be different for each package. 2.7. By providing insurance coverage under this medical insurance, the use of health services and goods is financed for the Insured for the scope covered by compulsory health insurance, and beyond this scope. 2.8. Insurance coverage under this insurance is provided for risks located only in the territory of the Republic of Bulgaria.
III. Предмет и обхват на застраховката. Застрахователни покрития 3.1. Застрахователят, съгласно тези Общи условия и срещу платена застрахователна премия, се задължава да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахован, в обхвата на договорените комбинации от застрахователни пакети. Застрахователят не предоставя и не осигурява лично здравни	III. Subject and scope of the insurance. Insurance cover 3.1. The Insurer pursuant to these General conditions and against payment of an insurance premium, assumes the risks associated with the financial provision of health services and goods provided to the Insured under the contracted combinations of insurance packages. The Insurer does not provide and does not ensure health services and goods by itself.

услуги и стоки. 3.2. Застрахователят обезпечава финансово определените здравни услуги и стоки, чрез следните две форми: 3.2.1. Абонаментно обслужване - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпване на предвидените в застрахователния договор събития, обезпечава финансово (заплаща) предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован, само чрез Изпълнители на медицинска помощ, по съответните застрахователни пакети и опции. Списъкът на Изпълнителите на медицинска помощ / доставчици на здравни стоки се предоставя от Застрахователя на траен носител чрез обявяването му на интернет страницата на Застрахователя. 3.2.2. Възстановяване на разходи – форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпването на предвидените в застрахователния договор събития, частично или изцяло, обезпечава финансово (възстановява в пари) разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, съобразно избора от Договорителя застрахователен пакет и опция, които здравни услуги и стоки се предоставят от свободно избран от Застрахования Изпълнител на медицинска помощ. 3.3. Покритите по застраховката здравни услуги и стоки са групирани в застрахователни пакети, като конкретно избрания от Договорителя застрахователен пакет е подробно описан и е неразделна част от застрахователната полица. 3.4. В зависимост от вида и обема на покритите здравни услуги и стоки, Застрахователят предоставя всеки застрахователен пакет в различни опции, като конкретно избраната от Договорителя опция на съответния застрахователен пакет се посочва в застрахователната полица. Всяка отделна опция включва различни по вид и обем здравни услуги и стоки. Предвидените лимити на отговорност на Застрахователя, съобразно различните опции на застрахователните пакети, за отделните групи здравни услуги и стоки, както и Самоучастието на Застрахования, са посочени в съответния застрахователен пакет. 3.5. Избраният от всеки Договорител застрахователен пакет и неговата опция, срокът, размерът и начинът за плащане на застрахователната премия, се определят в конкретния застрахователен договор(полица).	3.2. The Insurer provides financial designated health services and goods through the following two forms: 3.2.1. Subscription service - a form of medical insurance, where the Insurer, in case of occurrence of the events provided for in the insurance contract, financially secures (pays) the provision of certain health services and goods for the Insured only by providers of medical care in the insurance packages and options. The list of providers of medical care/health goods is provided by the Insurer on a durable carrier by the its announcement on the website of the Insurer. 3.2.2 Reimbursement - a form of medical insurance, where the Insurer, upon the occurrence of the events provided for in the insurance contract, in part or in full, provides financially (refundable in cash) for the Insured for certain health services and goods according to the selected by the Contractor insurance package and option and the health care services and goods provided by the providers of medical care freely elected the Insured. 3.3. The coverage of health services by the insurance and goods are grouped in insurance packages and the specifically selected by the Contractor insurance package is described in detail and forms an integral part of the insurance policy. 3.4. Depending on the type and extent of covered health care services and goods, every Insurer provides insurance package with a variety of options, and the specific option chosen by the Contractor of the specific insurance package is specified in the insurance policy. Every single option includes various types and volume of health services and goods. The provided limits of liability of the Insurer under the different options of insurance packages for the different groups of health goods and services, and Self-participation of the Insured specified in the relevant insurance package. 3.5. The selected insurance package for each Contractor and its option, the period, the amount and method of payment of the insurance premium shall be specified in the insurance contract (policy).
IV. Изключения 4.1. Отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не обезпечава финансово здравни услуги и стоки в следните случаи: 4.1.1. когато здравните стоки и услуги не са изрично включени в покритието по избрания застрахователен пакет и съответната опция на застраховката; 4.1.2. за спешна медицинска помощ; 4.1.3. за лечение на психични заболявания; венерически заболявания; предавани по полов път; туберкулоза; вродени заболявания и малформации; 4.1.4. за диагностика и лечение на СПИН, ТОРС и други заболявания с епидемичен характер, вкл. пандемии; 4.1.5. за операции в обхвата на лицево-челюстната хирургия, освен ако здравните стоки и услуги не са покрити по застрахователен пакет „Дентална помощ“; 4.1.6. за зъбопротезиране, включително и подготовка за зъбопротезиране; 4.1.7. за щифтово и безщифтово изграждане на зъби, реплантанти и имплантанти; 4.1.8. за ортодонтични услуги; 4.1.9. за избелване на зъби; 4.1.10. за трансплантация на органи;	IV. Exceptions 4.1. The liability of the Insurer shall not be included and the Insurer does not provide for financial services and health goods in the following cases: 4.1.1. when the health care goods and services are not specifically included in the coverage in the selected insurance package and the corresponding option of the insurance; 4.1.2. emergency medical services; 4.1.3. for the treatment of mental illness; venereal diseases, STDs, tuberculosis, congenital diseases and malformations; 4.1.4. for diagnosis and treatment of AIDS, SARS and other endemic diseases incl. pandemics; 4.1.5. operations within the scope of maxillofacial surgery unless the medical goods and services are not covered under an insurance package for Dental care; 4.1.6. for denturing, including preparation for denturing; 4.1.7. for pin and non-pin teeth construction and replants and implants; 4.1.8. for orthodontic services; 4.1.9. teeth whitening; 4.1.10. organ transplantation;

4.1.11. за хемодиализа и хемотрансфузия;	4.1.11. haemodialysis and blood transfusion;
4.1.12. за кардио- и невро-хирургични операции с много голям обем и сложност;	4.1.12. cardio-and neuro-surgery with a very large volume and complexity;
4.1.13. за прилагане на цитостатици, химиотерапия и лъчетерапия;	4.1.13. the application of cytotoxic agents, radiotherapy and chemotherapy;
4.1.14. за извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги, при оказване на медицинска помощ на психиатрично и онкологично болни;	4.1.14. for outpatient and inpatient care, additional care and special services, medical assistance of mental health and cancer patients;
4.1.15. за задължителни имунизации по имунизационния календар;	4.1.15. mandatory immunizations according to the immunization calendar;
4.1.16. за фертилитет, in vitro или асистирана репродукция – диагностика, подготовка, лечение, както и други дейности, свързани с диагностика и лечение на безплодие;	4.1.16. fertility, in vitro or assisted reproduction - diagnosis, preparation, treatment, and other activities related to the diagnosis and treatment of infertility;
4.1.17. за пластични и козметични манипулации и операции;	4.1.17. for plastic and cosmetic treatments and operations;
4.1.18. за диагностика и лечение на козметични дефекти, вкл. косопад и акне;	4.1.18. for diagnosis and treatment of cosmetic defects, including hair loss and acne;
4.1.19. за лазерна корекция на зрението;	4.1.19. for laser vision correction;
4.1.20. за изследвания, манипулации и медикаменти, свързани със смяна пола;	4.1.20. for research, treatments and medications for changing sex;
4.1.21. за прилагане на методи на нетрадиционна медицина, психотерапия, акупунктура;	4.1.21. implementing the methods of alternative medicine, psychotherapy, acupuncture;
4.1.22. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето, следствие на остра и/или хронична алкохолна интоксикация, или на хронична употреба на алкохол, или следствие на употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;	4.1.22. on health goods and services for the damage of health as a result of acute and/or chronic alcohol intoxication or chronic alcohol use, or due to use of alcohol, drugs, narcotics, stimulants, anabolic hormones, and other substances of doping character;
4.1.23. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето в резултат или при участие във война, военни действия или военни операции (независимо дали са обявени или не); нашествие; вражески акт срещу Застрахован във връзка с неговата националност - или в страната, или по отношение на страната, където е осъществен този акт; гражданска война; бунт; размирици; метеж; революция; преврат; граждански безредици добиващи размерите на бунт; експлозия на военни оръжия; използване на оръжия за масово поразяване; убийство или покушение; терористични действия;	4.1.23. health goods and services in the case of health damage resulting from or participation in war, hostilities or warlike operations (whether declared or not) invasion, hostile act against the Insured in respect of nationality - or in the country or to the country where the act is performed, civil war, insurrection, riot, insurrection, revolution, revolution, civil commotion extracting the size of the rebellion, the explosion of weapons of war, weapons of mass destruction, assassination or assassination, acts of terrorism;
4.1.24. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето от радиоактивен източник;	4.1.24. health goods and services in case of the health damage resulting from a radioactive source;
4.1.25. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето при практикуване на екстремни спортове и занимания, включително но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, соло пещерно спускане, пещерно гмуркане или изследване на понори, спускане по каньони, гмуркане с акваланг до 30 м, надбягвания, планинско катерене, делтапланеризъм, хелиски, скокове във вода, лов/стрелба, конен лов, прескачания с коне, поло, конни надбягвания, жокейство или конни състезания от всякакъв род, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски и сноуборд извън пистите и определените за това места, парасейлинг, параски, парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бърнджи скокове, летене или участие в други въздушни дейности, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, професионално спортуване, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, яхтинг извън териториални води или всякакви други опасни занимания или активност;	4.1.25. health goods and services in case of health damage by practicing extreme sports and activities, including but not limited to: participation in automobile racing, bobsledding, solo caving, cave diving and exploration of caverns, descending in canyons, scuba diving up to 30 meters, racing, mountain climbing, paragliding, heliski, diving, hunting/shooting, equestrian hunting, jumping horses, polo, horse racing, jockeying and horse races of all kinds, ice hockey, sledding, skiing and snowboarding off-piste and on designated places, parasailing, para-ski, parachuting, climbing, riding quads, feeding sharks/diving cage skeleton, ski jumping, slalom, ski acrobatics, bungee jumping, flying or taking part in other aerial activities, boxing, wrestling, karate and other martial arts or unarmed combat, professional sports, weightlifting, canoe rapids rafting on rivers and caves, sailing outside territorial waters or any other dangerous activities or activity;
4.1.26. при прекъсване на бременност по желание;	4.1.26. for pregnancy termination at will;
4.1.27. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето при или в резултат на или от извършване на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или от деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато Застрахованият реализира административно-наказателен или наказателен състав в състояние на невменяемост;	4.1.27. health goods and services for damage to health as a result of or from commit a crime or attempt to commit a crime or an act (action or inaction), which the Insured carried out in the form of an administrative violation, even where the Insured has carried out an administrative or criminal violation in a state of insanity;

4.1.28. за лечение по време, когато Застрахованият е лишен от свобода, изтърпява присъда или е на активна военна служба; 4.1.29. при самоубийство или опит за самоубийство на Застрахования, включително и когато е действал в състояние на невменяемост; 4.1.30. при умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от Застрахования; 4.1.31. при задържане на Застрахован от компетентните правоохранителни органи, както и при настъпили увреждания на здравето по време на задържането в затвор или друго специализирано заведение за принудително задържане; 4.1.32. при участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно - изследователска цел; 4.1.33. при ползване на медицински услуги, осигурявани от Министерство на здравеопазването, както и по национални или общински, или международни програми за превенция, профилактика, лечение и рехабилитация; 4.1.34. при увреждане на здравето следствие на химически замърсявания, производствени и други аварии; 4.1.35. при увреждане на здравето следствие на земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер; 4.1.36. при неспазване от страна на Застрахован на предписан от Лекар режим и/или лечение, при ползване от Застрахован на лекарствени средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, извършване на манипулации, които поради естеството си следва да бъдат извършвани от Лекар, от Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за извършването им; 4.1.37. когато медицинските услуги и стоки са предоставени от лица, които не са оторизирани за съответната дейност, съгласно действащата нормативна уредба; 4.1.38. при симулиране на увреждане на здравето от Застрахован или извършване на действия от Застрахования или други лица, с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя за наличието на реализиран се покрит риск и извършени разходи за лечение на увреждане на здравето; 4.1.39. на подлежащ на диспансерно наблюдение / лечение на Застрахован; 4.1.40. когато е ползвана здравна услуга „болнична медицинска помощ“ от лица, които не са задължително осигурени в НЗОК; 4.1.41. при ползване на здравни услуги и стоки от чужди граждани или лица без гражданство, които не са задължително осигурени в НЗОК; 4.1.42. при събития представляващи Предходно състояние или, настъпили пряко, или косвено в резултат на Предходни състояния; 4.1.43. при лечение на заболявания със стволови клетки и за всяка манипулация при извличане и съхранение на стволови клетки. V. Сключване, действие и прекратяване на застрахователния договор. Видове 5.1. Застрахователният договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) се сключва във формата на застрахователна полица между Застрахователя и Договорителя и неразделна част от него са писменото искане за сключване на застраховката, списък на Застрахованите (когато има такъв), Общите условия на застраховката, допълнителни споразумения (анекси) и други писмени договорености между страните. Със застрахователния договор се определят покритите от Застрахователя рискове, при реализиране на които се обезпечават финансово конкретни здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахования, както и срока, обема и обхвата (съгласно избрания застрахователен пакет) на тези здравни	4.1.28. treatment at a time when the Insured is imprisoned and serving a sentence or is on active military duty; 4.1.29. by suicide or attempted suicide of the Insured, including when she/he acted in a state of insanity; 4.1.30. for willful or deliberate attempt by the Insured to damage their own health; 4.1.31. in case of apprehending the Insured by the competent law enforcement authorities, and in case of damaged to the health during incarceration or in other institutionalization of detention; 4.1.32. when participating in activities or events for experimental and scientific and research purposes; 4.1.33. for medical services provided by the Ministry of Health, as well as national or local or international programs for the prevention, prophylactics, treatment and rehabilitation; 4.1.34. damage to health due to chemical pollution, industrial and other accidents; 4.1.35. for health damage due to earthquake, flooding or other natural disaster of massive or catastrophic nature; 4.1.36. in case of failure of the Insured to abide by a prescription by a doctor of a regime and/or treatment, use by the Insured of drugs and all kinds of medications without a prescription, performing of manipulations which due to their nature should be carried out by a Physician, by the Insured or any other persons, who did not have the medical qualifications to do so; 4.1.37. when the medical services and goods are provided by persons who are not authorized to perform the activity in accordance with the current regulations; 4.1.38. for simulating damage to health on behalf of the Insured or performing actions by the Insured or others, in order to mislead the Insurer of the existence of a realized risk covered and the costs incurred for the treatment in case of damage to health; 4.1.39. in case when the Insured is subject of hospital observation/treatment; 4.1.40. when using health service for hospital care of people who are not necessarily insured in the NHIF; 4.1.41. in the use of health services and goods from foreign citizens or persons without citizenship who are not necessarily insured in the NHIF; 4.1.42. previous events demonstrating prior condition or, occurring directly or indirectly, as a result of the prior conditions; 4.1.43. during the treatment of diseases with stem cells and for each manipulation during the extraction and storage of stem cells. V. Signing, validity and termination of the insurance contract. Types. 5.1. The Insurance contract (individual, family, corporate/group) shall be signed in the form of an insurance policy between the Insurer and the Contractor and an integral part thereof are the written request for the insurance, list of insured (if any), the General Conditions of the insurance, additional agreements (Annexes) and other written agreements between the parties. The Insurance contract shall determine the covered by the insurance risks, in case of which there is provided financial payment of specific health goods and services provided to the Insured and the period, scope and volume (according to the selected insurance package) of these health services and goods, the insurance premium due and the amount of tax
---	--

услуги и стоки, дължимата застрахователна премия както и сумата на начисления данък върху застрахователната премия, когато такъв се дължи. Застраховката е в сила след подписване на застрахователния договор от двете страни, при условие наличен застрахователен интерес, платена застрахователна премия и начислен данък, съгласно договореното. 5.2. В застрахователната полица се вписват данните за Договорителя, както и данни за Застрахования/те – име и ЕГН (или други персонифициращи данни). Допълнително Застрахователят може да изиска писмено и друга информация, която според него има значение за оценката на риска по застраховката. 5.3. Корпоративен (групов) застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане на Договорителя, като персонифициращите данни (име и ЕГН) на Застрахованите не се посочват в застрахователната полица, а към искането се прилага и списък на лицата, по образец на Застрахователя. По преценка на Застрахователя, на основание решение на неговия управителен орган, в зависимост от броя на Застрахованите, Застрахователят може да изиска и прилагане на здравна декларация на кандидатите за застраховане (по образец). 5.4. Индивидуален или семеен застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане, към което се прилагат: 5.4.1. здравна декларация на кандидата за застраховане, по образец на Застрахователя; Здравната декларация на лицата под 18 годишна възраст се попълва и подписва от Договорителя или от законен представител (ако Договорителят не е такъв) на кандидата за застраховане; 5.4.2. становище на Лекар, оправомощен от Застрахователя, за здравословното състояние на кандидата въз основа на данните от здравната декларация и проведен предварителен медицински преглед (за сметка на кандидата за застраховане) в определено от Застрахователя лечебно заведение; 5.4.3. списък на лицата, по образец на Застрахователя. 5.5. Застрахователни договори за лица от 0 до 18 години, за лица над 65 години и други лица с повишен здравен риск, определен съгласно здравната декларация, заключението на лекаря, заверил съответната здравна декларация и становището на лекаря, провел предварителния медицински преглед, се сключват при условия за повишен здравен риск. 5.6. За лица, при които по преценка на Застрахователя е налице завишен здравен риск, Застрахователят може да откаже сключване на застрахователен договор. 5.7. Определянето на възрастта на кандидата за застраховане се извършва в цели години, като период до 6 (шест) месеца не се взима предвид, а над 6 (шест) месеца се приема за цяла година. 5.8. Писменото искане за сключване на застрахователен договор е по образец на Застрахователя, като същото включва данни на Договорителя / Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, други идентификационни данни, списък на Застрахованите и избраните застрахователни пакети и съответни опции. 5.9. При попълване на здравната декларация, лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на здравния риск, и за които писмено е поставен въпрос, като лицата носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните. 5.10. Ако лице, при попълване на здравната декларация, съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката, ако е знаел за това обстоятелство,	charged on insurance premiums, where these are due. Insurance becomes effective after the signing of the insurance contract by both parties, subject to available insurance interest paid insurance premium tax, as agreed. 5.2. The insurance policy contains information relating to the Contractor and data for the Insured - name and UCN (or other personified data). Additionally, the Insurer may request in writing other information that is believed to be relevant to the assessment of risk insurance. 5.3. Corporate (group) insurance contract is concluded upon written request of the Contractor, and the personified data (name and UCN) of the Insured are not mentioned in the insurance policy, and shall be accompanied by a list of persons submitted to the Insurer. At the discretion of the Insurer, based on a decision of its board of directors, depending on the number of Insured, the Insurer may require also an attachment of health declaration of the candidates for insurance (by template). 5.4. Individual or family insurance contracts are concluded on the basis of a written request with the following attachments: 5.4.1. health declaration of the candidate for insurance filled in according to a template provided by the Insurer; health declaration for the persons under the age of 18 shall be completed and signed by the Contractor or by a legal representative (if the Contractor is the legal representative) of the candidate for insurance; 5.4.2. opinion of the physician authorized by the Insurer for the health of the candidate based on the data from the health declaration and performed preliminary medical examination (at the expense of the applicant for insurance) in the hospital determined by the Insurer; 5.4.3. list of persons as per the template provided by the Insurer. 5.5. Insurance contracts for persons 0 to 18 years of age, for persons over 65 years of age and other persons at increased health risk as defined in the health declaration, the performed examination by the physician who has certified the health declaration and the opinion of the physician who conducted the preliminary medical examination shall be pursuant to the terms for increased health risk. 5.6. For persons in which, at the discretion of the Insurer, there is an higher health risk, the Insurer may refuse to conclude an insurance contract. 5.7. Determining the age of an candidate for insurance shall be in whole years, and a period of up to six (6) months shall be disregarded, and more than six (6) months shall be considered a full year. 5.8. The written request for the conclusion of an insurance contract shall be pursuant to the template of the Insurer, and also shall include data for the Contractor/Insured, address and telephone correspondence, other credentials, a list of insured persons and the selected insurance packages and the respective options. 5.9. Upon completion of the health declaration, the subjects shall report any circumstances that are substantial and are associated with the health risk assessments, and for which a written question has been asked, and these persons shall bear the responsibility for the truthfulness, accuracy and completeness of the data. 5.10. In case a person, when filling the health declaration, deliberately declared incorrect information or withheld circumstances under which the Insurer would not have been Insured, if this information was available, the Insurer
---	---

Застрахователят може да прекрати застрахователния договор. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. При прекратяване на договора, Застрахователят задържа платената част от застрахователната премия и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора. 5.11. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Договорителят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т.5.10. 5.12. Когато в случаите по т.5.10 или т.5.11 застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелство по т.5.10 или т.5.11 е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск. 5.13. Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелство, имащо съществено значение за определяне на застрахователния риск, не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. 5.14. Ако договорът бъде прекратен съгласно т.5.13, Застрахователят възстановява частта от платената застрахователна премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор. 5.15. При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на застрахователния договор съгласно т.5.13, Застрахователят не може да откаже финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки, но може да го намали, съобразно съотношението между размера на платената застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск. 5.16. По време на действието на застрахователния договор всеки Застрахован, попълнил здравна декларация, е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно, но не по-късно от 7 дни след узнаването им. 5.17. Застрахователният договор влиза в сила от 00.00 часа на деня, отбелязан в застрахователната полица, но само при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска, в случай на разсрочено плащане. Ако плащането се извършва по банков път, договорът влиза в сила от 00.00ч. на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Застрахователя. 5.18. Подновяване на застрахователния договор, промени в избраните пакети и опции се извършват с допълнително споразумение между страните. 5.19. Застрахователният договор се прекратява: 5.19.1. с изтичане срока на договора; 5.19.2. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено; 5.19.3. едностранно, с едномесечно писмено предизвестие от някоя от страните; 5.19.4. в случаите на т.5.10, т.5.11 и т.5.13 от тези Общи условия;	may terminate the insurance contract. The Insurer may exercise that right within a month of becoming aware of the information. Upon termination of the contract, the Insurer shall retain the paid portion of the insurance premium and is entitled to payment for the period until the termination of the contract. 5.11. If the intentionally or incorrectly declared or withheld circumstance is such that the Insurer would have entered into the contract, but under other conditions the Insurer may require the amendment thereof. This right may be exercised within one month of becoming aware of the information. If the Contractor does not accept the proposed change within two weeks of receipt thereof, the contract shall be terminated with the effect pursuant to item 5.10. 5.12. For the cases under item 5.10 or item 5.11 when an insured event occurs, the Insurer may waive all or part of the financial provision of the health services and goods only if incorrectly declared or withheld circumstance has affected the occurrence of the event. When circumstance under item 5.10 or item 5.11 has only had the effect of increasing the amount of damage, the Insurer may not refuse to pay, but can reduce the amount according to the ratio between the amount of the insurance premiums paid and the insurance premium that must be paid according to the actual risk. 5.13. If, at the conclusion of the insurance contract, a circumstance having essential influence for the determination of the insurance risk was not known to the parties, each party may, within two weeks of becoming aware of the information, propose an amendment to the contract. If the other party does not accept the offer within two weeks of receipt thereof, the offering party may terminate the contract, which shall notify the other party. 5.14. If the contract is terminated pursuant item 5.13, the Insurer shall reimburse part of the paid insurance premium corresponding to the unexpired term of the insurance contract. 5.15. Upon the occurrence of an insured event prior to the amendment or termination of the insurance contract, under item 5.13, the Insurer can not refuse financial provision of the health services and products, but can reduce it, according to the ratio between the amount of the insurance premiums paid and the insurance premium that is according to the actual risk. 5.16. During the term of the insurance contract every Insured person who has completed health declaration is required to declare in writing to the Insurer all new facts regarding the question the Insurer asked in writing at the conclusion of the contract. The announcement of the circumstances must be done immediately, but no later than 7 days after becoming aware thereof. 5.17. The insurance contract shall take effect from 00.00 hours on the day stated in the insurance policy, but only on condition that the first insurance premium or the first installment has been paid, in the case of deferred payment. If payment is made by bank transfer, the treaty enters into force on 00.00 hours on the day following the day of crediting the bank account of the Insurer. 5.18. Renewal of the insurance contract, changes in selected packages and options are carried out by an additional agreement between the parties. 5.19. The insurance contract shall be terminated: 5.19.1. with the expiry of the contract; 5.19.2. by mutual consent of the parties expressed in writing; 5.19.3. unilaterally, with one month's written notice by either party; 5.19.4. in the case of item 5.10, item 5.11, and item 5.13 of these General Conditions;
--	---

5.19.5. при смърт на Застрахован. 5.20. Застрахователят прекратява застрахователния договор и отказва финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки при измама, извършена от Застрахователя / Застрахован или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна при ползването на здравни услуги и стоки, които са покрити по застрахователния договор. 5.21. При прекратяване на застрахователния договор от Договорителя, той е длъжен в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на предизвестие да уведоми за прекратяването и Застрахованите по договора лица. 5.22. При предсрочно прекратяване и в случай че застрахователната премия е платена в пълен размер при условията на т.5.17, Застрахователят задържа тази част от премията, която съответства на изтеклия срок на застрахователния договор. Застрахователят има право да получи застрахователна премия за срока до прекратяване на договора, в случай на разсрочено плащане на премията. 5.23. При сключен корпоративен / групов застрахователен договор, включването на нов Застрахован се извършва при следните условия: 5.23.1. попълване на здравна декларация от кандидата и одобряването ѝ от Застрахователя, в случаите когато здравна декларация е изисквана при сключване на застрахователния договор; и 5.23.2. в случаите на разсрочено плащане на застрахователната премия, представяне от Договорителя на данни за всеки нов Застрахован, в срок до 10 (десет) присъствени дни преди датата на падежа за плащане на вноската, като покритието по застраховката за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на падежа за плащане на вноската и наличието на платена застрахователна премия; или 5.23.3. в случаите на еднократно плащане на премията, представяне от Договорителя на данни за всеки нов Застрахован и плащане на допълнителна премия, като покритието по застраховката за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на плащане на допълнителната премия за съответния нов Застрахован. 5.23.4. В случай, че лицето, което се включва, ще ползва покритие по застрахователни пакети на Застрахователя за медицински стоки и/или дентални услуги, Застрахователят събира пълния размер на застрахователната премия за това лице, която съответства на премията за съответния застрахователен пакет, считано от началната дата на застрахователния договор. 5.24. Членове на семействата на Застраховани по корпоративен застрахователен договор се включват, когато това е договорено, най-късно до 2 (два) месеца след началната дата на застрахователния договор, като се спазват условията по т.5.23. 5.25. При сключен корпоративен / групов застрахователен договор прекратяване на застрахователното покритие по отношение на Застрахован, се извършва при следните условия: 5.25.1. Договорителят незабавно уведомява писмено Застрахователя за промените относно Застрахованите, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от съответната промяна; 5.25.2. покритието по застраховката за Застрахован е до 24.00 часа на деня на изключване от застрахователния договор; в този случай Договорителят уведомява Застрахователя по реда на предходната точка и връща съответните документи, като има право на възстановяване на премията за това лице пропорционално на оставащия срок на застрахователния договор, в случай че застрахователната премия е платена в пълен размер при условията на т.5.17 или не дължи останалата част от	5.19.5. death of the Insured. 5.20. The Insurer terminates the insurance contract and refuses the financial provision of the relevant health services and goods in case of fraud committed by the Insurer / Insured or by a third party with the knowledge and without opposition from them in the use of health services and goods that are covered under the insurance contract. 5.21. Upon termination of the Insurance contract by the Contractor, he shall within 7 (seven) working days from the date of the notice notify about the termination of the contract the Insured persons. 5.22. Upon early termination in the event that the insurance premium is paid in full under item 5.17 the Insurer retains that part of the insurance premium corresponding to the expired term of the insurance contract. The Insurer is entitled to receive insurance premium for the period until the termination of the contract in the case of deferred payment of the insurance premium. 5.23. In case of a corporate/group insurance contract the inclusion of a new Insured is subject to the following conditions: 5.23.1. filling of a health declaration by the candidate and approval by the Insurer, where the health declaration is required for the conclusion of the Insurance contract, and 5.23.2. in the case of deferred payment of insurance premium submitting by the Contractor of data for each new Insured within ten (10) working days before the due date for payment of installments and insurance coverage for each new Insured starts at 00.00 hours on the day following the due date for payment of the installment and the availability of paid insurance premium, or 5.23.3. in the case of a single insurance premium payment, presentation by the Contractor of data for each new Insured and payment of an additional insurance premium, such insurance coverage for each new Insured starts from 00.00 hours on the day following the date of payment of the additional insurance premium for the new insurance. 5.23.4. if the person to be included, will benefit from the coverage of the insurance packages of the Insurer for medical goods and/or dental care the Insurer shall collect the full amount of the insurance premium for that person, which corresponds to the insurance premium for the insurance package from the start date of the insurance contract. 5.24. Family members of the Insured under a corporate insurance contract shall be included, where agreed, not later than 2 (two) months after the date of the insurance contract, subject to the conditions of item 5.23. 5.25. In case of conclusion of corporate/group insurance contract the termination of the insurance coverage in respect of the insurance shall be subject to the following conditions: 5.25.1. The Contractor shall immediately notify the Insurer in writing of the changes in the insurance, but not later than 3 (three) working days of the change; 5.25.2. The insurance coverage for the Insured is up to 24:00 hours on the day of his exclusion from the insurance contract, in which case the Contractor shall notify the Insurer in accordance with the preceding paragraph and shall return the relevant documents, and shall be entitled to reimbursement of the insurance premium for that person in proportion to the remaining term of the insurance contract if the insurance premium is paid in full under item 5.17 or the rest of the deferred insurance premium is not due.
---	---

разсрочената премия. 5.25.3. В случай, че лицето, по отношение на което се прекратява застрахователното покритие, е изразходвало част от лимита по съответния застрахователен пакет, по който са покрити медицински стоки и/или дентални услуги, Застрахователят задържа тази част от годишната застрахователна премия за това лице, която съответства на съответния застрахователен пакет, ако е платена еднократно. Застрахователят има право на съответната част от разсрочена вноска на премията за лицето за периода до прекратяване на договора в случай на разсрочено плащане на премията. 5.26. Застрахователното покритие за член на семейство се прекратява при прекратяването на застраховането на съответния служител като се спазват условията по т.5.25. 5.27. При сключен индивидуален / семеен застрахователен договор, включването на нов Застрахован или прекратяване на застрахователното покритие по отношение на Застрахован, се извършва само при наличие на обективни обстоятелства (раждане, смърт, промяна на семеен статус). VI. Права и задължения на Застрахователя 6.1. Застрахователят се задължава, срещу заплащане на застрахователна премия, да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване, до лимита на отговорност, на здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахован съгласно посоченото в застрахователния договор. 6.2. Застрахователят, в срок до 5 (пет) присъствени дни от влизане в сила на застрахователния договор, предоставя на Договорителя здравна карта, съдържаща трите имена номер на карта и срока на действие на застрахователния договор. При загубване или унищожаване на здравната карта Застрахованият незабавно, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от събитието, уведомява за това Застрахователя. Дубликат се издава от Застрахователя в срок до 7 (седем) присъствени дни от попълване на декларация за невалидност на изгубената / унищожената карта и заплащане на такса съгласно тарифата на Застрахователя. 6.3. Здравната карта легитимира Застрахования с правата по сключения застрахователен договор пред Изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор. 6.4. Застрахователят незабавно, не по-късно от 1 (един) присъствен ден от влизане в сила на застрахователния договор, предоставя на Договорителя, списък с Изпълнителите на медицинска помощ / доставчиците на здравни стоки, с които има сключен договор за обслужване на Застрахованите, в съответствие с покритите рискове по съответните застрахователни пакети и опции. Застрахователят уведомява Договорителя за промени в този списък, чрез предоставянето на актуализиран списък по реда на т.3.2.1 от тези Общи условия. При сключен корпоративен (групов) застрахователен договор, Договорителят е длъжен да уведоми Застрахованите за промените по предходното изречение. 6.5. Застрахователят изготвя здравно досие на Застрахования и води регистър, в който се съдържа информация за внесените застрахователни премии, ползваните здравни услуги и стоки и данни за възстановените разходи. 6.6. Застрахователят, при поискване от Застрахования, представя информация за ползваните здравни услуги и стоки и възстановените разходи. При корпоративни застрахователни договори Договорителят има право да получи само статистически обобщени и неперсонифицирани данни за здравословното състояние на Застрахованите. 6.7. Застрахователят няма право, без изричното писмено съгласие на Застрахования, да разгласява станалите му известни лични данни, факти и обстоятелства, свързани със	5.25.3. In the event that the person in respect of whom the insurance coverage is terminated, has spent part of the limit under the relevant insurance package that covered medical goods and/or dental care the Insurer retains that part of the annual insurance premium for that person that corresponds with the relevant insurance package if paid in a single instalment. The Insurer is entitled to the corresponding part of the deferred payment of the insurance premium for this person for the period until the termination of the contract in case of deferred payment of the insurance premium. 5.26. The Insurance coverage for a family member shall terminate upon termination of the insurance for the employee subject to the conditions in item 5.25. 5.27. In case of a conclusion of individual/family insurance contract, the inclusion of a new Insured or termination of the insurance coverage for the Insured, shall be carried out only if there are objective circumstances (birth, death, change of marital status). VI. Right and obligations of the Insurer 6.1. The Insurer undertakes, against payment of an insurance premium, to assume the risks associated with funding, up to a limit of liability of health goods and services provided to the Insured as specified in the insurance contract. 6.2. The Insurer shall, within 5 (five) working days from the entry into force of the insurance contract, submit to the Contractor a health card containing the names, the card number and the duration of the insurance contract. In case of loss or destruction of the health card immediately, but not later than 3 (three) working days of the event, notify the Insurer. The duplicate shall be issued by the Insurer within 7 (seven) working days of completing the declaration of invalidity of the lost/destroyed card and payment of a fee according to the tariff of the Insurer. 6.3. The Health card is the document for legitimization of the Insured's rights under the insurance contract concluded before the medical aid Contractors with whom the Insurer has a contract. 6.4. The Insurer immediately and not later than 1 (one) working day of the entry into force of the insurance contract shall provide to the Contractor a list of the medical care providers/suppliers of health products, with whom there is a contract to service the Insured in accordance with the risks covered by the insurance packages and options. The Insurer shall notify the Contractor for changes to this list by providing an updated list under item 3.2.1 of these General Conditions. In case of a concluded corporate (group) insurance contract, the Contractor shall notify the Insured of the changes in the previous sentence. 6.5. The Insurer prepares medical record for the Insured and shall keep a register, which contains information on the insurance premiums paid, use of health services and products and data on reimbursement. 6.6. The Insurer, at the request of the Insured, presents information about the use of health services and goods and reimbursement of costs. In the case of corporate insurance policies the Contractor is entitled to receive only aggregated statistical and unpersonified health insurance data for the Insured persons. 6.7. The Insurer shall not, without the express written consent of the Insured, disclose personal data that the Insurer has become aware of, facts and circumstances related to the
---	---

здравословното състояние на Застрахования, освен в случаите, предвидени със закон. VII. Права и задължения на Договорителя / Застрахования 7.1. Договорителят, при сключване на застрахователния договор (във формата на застрахователна полица), избира застрахователния пакет, съответната опция, формата на медицинско застраховане - абонаментно обслужване и/или възстановяване на разходи, както и начина на плащане на застрахователната премия. 7.2. Здравните услуги и стоки, включени в избрания застрахователен пакет и съответната опция се ползват лично от Застрахования при възникнала необходимост и реализирал се покрит риск съгласно условията на застраховката. Разходи на Застрахования за ползвани здравни стоки и услуги, извън покритите по застрахователния договор, са за сметка на Застрахования. 7.3. В случаите, когато Договорителят е избрал абонаментно обслужване, той има право на свободен избор на Изпълнител на медицинска помощ от списъка с Изпълнители на медицинска помощ / доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за обслужване по съответните застрахователни пакети и съответните опции. Когато Договорителят е избрал като форма на медицинско застраховане „възстановяване на разходи“, той има право на свободен избор на Изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки на територията на Република България, регистриран съобразно българското законодателство и имащ право да осъществява съответната дейност. 7.4. При абонаментно обслужване Застрахованият ползва съдействието на Медицинския координатор на Застрахователя при всяко събитие, представляващо покрит по застраховката риск, когато и съответното лечебно заведение има такъв, и съдействието на координатора на съответния Изпълнител на медицинска помощ, името и адреса за кореспонденция на който са включени в списъка с Изпълнителите на медицинска помощ. 7.5. Застрахованият, при всяко събитие, представляващо покрит по застраховката риск, в резултат на което се ползват здравни услуги и стоки, се свързва с Медицинския координатор на Застрахователя, който осъществява съдействие на и уведомява Застрахования за реда на ползване на медицински услуги в съответното Лечебно заведение и оказва съдействие при ползване от Застрахования на здравните услуги и стоки, когато това е необходимо. 7.6. Договорителят е длъжен да заплаща договорената застрахователна премия, съответно вноските по нея, в случай на разсрочено плащане, в сроковете и условията съгласно застрахователния договор. 7.7. Застрахованият / Договорителят е длъжен да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравни услуги и стоки, ползването на които се обезпечава финансово по застраховката. 7.8. При всяко посещение при Изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен договор, Застрахованият се легитимира със здравната карта и документ за самоличност. Застрахованият няма право да преотстъпва на други лица своята здравна карта. 7.9. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно и не по-късно от 5 (пет) присъствени дни от прекратяване на застрахователното покритие или на застрахователния договор, да върне на Застрахователя здравната карта. При неизпълнение на задължението по предходното изречение и неправомерно ползване на здравната карта, се дължи възстановяване на стойността на съответната здравна услуга / стока. VIII. Лимит на отговорност	health of the Insured, except as provided by law. VII. Rights and obligations of the Contractor/Insured 7.1. The Contractor, upon the conclusion of the insurance contract (in the form of an insurance policy), shall select the insurance package, the corresponding option, the form of medical insurance - subscription services and/or reimbursement of expenses, and payment of the insurance premium. 7.2. The Health goods and services included in the selected insurance package and the corresponding option shall be used personally by the Insured when necessary and the occurrence of a risk covered under the terms of the insurance. The costs of the Insured for using health goods and services, other than that covered under the insurance contract shall be borne by the Insured. 7.3. In cases where the Contractor has chosen subscription service, she/he is entitled to a free choice of health care providers from the list of Providers of medical care/health service with whom the Insurer has a contract for services for the insurance packages and the corresponding options. When the Contractor has selected a form of medical insurance with reimbursement, she/he has the right to free choice of providers of medical care and/or health products in the territory of the Republic of Bulgaria, registered under the Bulgarian law and has the right to practice the activity. 7.4. In case of subscription service the Insured shall use the assistance of the Medical Coordinator of the Insurer in any event, representing a risk included in the insurance coverage, when the relevant hospital also offers such, and the assistance of the coordinator of the providers of medical care, where the name and mailing address of which is included within list of providers of medical care. 7.5. The Insured, in any event, representing a risk included in the insurance coverage, as a result of which health services and products are used, shall connect with the Medical Coordinator of the Insurer who shall provide assistance and shall notify the Insured on the terms of use of medical services in the relevant hospital and shall assist in the use by the Insured of health goods and services when necessary. 7.6. The Contractor shall pay the agreed insurance premium, respectively, the instalments thereof, the General Conditions pursuant to the insurance contract. 7.7. The Insured/Contractor shall not create conditions for unlawful and fraudulent use of health care goods and services, the use of which is secured financially via the insurance. 7.8. At every visit to the medical care providers with which the Insurer has a contract, the Insured shall identify the health card and the ID card. The Insured shall not give her/his health card the card to other people. 7.9. The Insured/Contractor shall immediately and not later than 5 (five) working days of the termination of the insurance coverage or contract return the health card to the Insurer. When the obligation under the preceding sentence and unauthorized use of the health card, due to reimbursement of the health services/products. VIII. Limit of liability
--	--

8.1. Отговорността на Застрахователя по застрахователния договор е до лимита на отговорност по съответния застрахователен пакет и избраната опция, посочени в застрахователния договор (полица). 8.2. Лимитът на отговорност на Застрахователя може да бъде: 8.2.1. финансов (застрахователна сума) – определена парична сума, до която се обезпечават финансово ползвани от Застрахования здравни стоки и услуги; или 8.2.2. честотен - определени по брой здравни стоки и услуги, които се обезпечават финансово от Застрахователя и се предоставят на Застрахования от Изпълнител на медицинска помощ / доставчик на здравни стоки. 8.3. Отделни здравни услуги и стоки, както и определени групи от здравни услуги и стоки, могат да имат лимити, които са част от лимит на отговорност, определен за съответната опция на съответния застрахователен пакет.	8.1. The Insurer's liability under the insurance contract shall be to the limit of liability under the relevant insurance package and selected option specified in the insurance contract (policy). 8.2. The limit of liability of the Insurer may be: 8.2.1. financial (insurance amount) - a sum of money to ensure that the financial use of the health goods and services by the Insured, or 8.2.2. frequency - defined number of health goods and services that provide financial insurance and are provided to the Insured by a medical care provider/supplier of healthcare products. 8.3. Individual health services and products, and certain groups of health goods and services may have limits that are part of the liability limit set for the option of the insurance package.
IX. Застрахователна премия 9.1. Размерът на застрахователната премия се определя съобразно покритите рискове и осигуреното финансово обезпечение на съответните здравни услуги и стоки, включени в съответния застрахователен пакет и опция, и съгласно действащата към момента на сключване на застрахователния договор тарифа. Застрахователят, при определяне на премията, прилага определените в тарифите коефициенти, като преценява потенциалния риск за всеки Застрахован. Ако през съответния Застрахователен период е договорено разширяване на покритието и/или увеличаване на лимитите и/или на застрахователната сума, премията за доплащане се определя пропорционално на остатъка от Застрахователния период. Ако през Застрахователния период настъпи промяна в риска, Застрахователят може да поиска предоговаряне на приложените коефициенти. 9.2. Застрахователната премия се плаща при сключване на застрахователния договор в пълен размер, освен в случаите когато е уговорено друго. По договореност между страните, отразена в застрахователния договор или в приложение към него, премията може да бъде заплатена на разсрочени вноски през съответния Застрахователен период. 9.3. Застрахователната премия се плаща по банков път, като за дата на внесената премия се приема денят, в който е заверена банковата сметка на Застрахователя. 9.4. В случаите, когато е договорено разсрочено плащане, при неплащане на вноска от разсрочената премия, застраховката се прекратява след изтичането на 15 (петнадесет) дни от датата на падежа на разсрочената вноска. 9.5. Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия при смърт на Застрахован.	IX. Insurance premium 9.1. The amount of the insurance premium shall be determined according to the risks covered and the provided financial security of the health services and products incorporated into the insurance package and option, and according to the tariff current at the time of concluding of the insurance contract. The Insurer shall use the applicable tariff rates in determining the insurance premium specified and in assessing the potential risk to each insured. If during the relevant Insurance Period there is an agreement for extension of the coverage and/or increase of the limits and/or the insurance amount, the insurance premium to be paid shall be determined in proportion to the remainder of the term of the Insurance Period. If during the Insurance Period there is a change in the risk, the Insurer may request renegotiation of the applied coefficients. 9.2. The insurance premium shall be paid at the conclusion of the insurance contract in full, unless otherwise agreed. Upon agreement between the parties, as reflected in the insurance contract or attached thereto, the insurance premium may be paid in deferred instalments over the Insurance Period. 9.3. The insurance premium shall be paid by bank transfer, and the date of the paid insurance premium is the day on which the bank account is credited by the insurer. 9.4. In cases with deferred payment, the failure to pay an installment of deferred insurance premium, the insurance shall be terminated after the expiry of 15 (fifteen) days from the due date of the deferred payment. 9.5. The Insurer shall not refund insurance premiums in case of death of the insured.
X. Действия при настъпване на застрахователно събитие. Възстановяване на разходи 10.1. В случай на събитие, представляващо покрит риск, Застрахователят обезпечаваша заплащането на стойността на предоставените от Изпълнител на медицинска помощ здравни услуги и стоки, посочени в опциите на съответния застрахователен пакет, избран от Договорителя със сключване на застрахователния договор, в случаите когато като форма на медицинско застраховане е избрано „абонаментно обслужване“. 10.2. При избрана форма на медицинско застраховане „абонаментно обслужване“, Застрахованият няма парични взаимоотношения с Изпълнителите на медицинска помощ, с изключение на случаите, когато се надхвърли лимита на отговорност по застраховката по повод ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки. При „абонаментно	X. Actions in case of occurrence of insurance event. Reimbursement of costs 10.1. In case of an event, representing a covered risk, the Insurer shall provide payment for the value of the provided health care services and goods by the supplier of medical aid, specified in the options of the insurance package selected by the Contractor for the conclusion of the insurance contract, when the form of medical insurance is selected as subscription service. 10.2. In case of selecting form of medical insurance such as subscription service, the Insured has no monetary relationship with the providers of medical care, except when the limit of liability of the insurance is exceed in connection with the use of health services and goods by the Insured. In case of a subscription service the insurance is

обслужване" Застрахователят възстановява, до лимита на отговорност, на съответния Изпълнител на медицинска помощ направените от Застрахования разходи за здравни услуги и стоки. 10.3. При форма на медицинско застраховане „възстановяване на разходи“, Застрахователят възстановява на Застрахования, до лимита на отговорност, направените от Застрахования разходи въз основа на искане за възстановяване на разходи (по образец на Застрахователя) от Застрахования и на представени застрахователни, медицински и финансови документи, съответстващи на ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки, както и на условията за тяхното предоставяне. Всички документи се представят от Застрахования за негова сметка. 10.4. Застрахованият е длъжен в срок от 1 (един) месец писмено да уведоми Застрахователя за извършените разходи за здравни услуги и стоки (при „възстановяване на разходи“) и да подаде искане съгласно т.10.3. Срокът може да се удължи при наличието на обективни причини, които са възпрепятствали спазването му (престой в болнично заведение, тежко заболяване, отсъствие от страната и други подобни), удостоверени с надлежни документи. 10.5. За изплащане на застрахователно обезщетение (при „възстановяване на разходи“) при подаване на искането по т.10.3, Застрахованият трябва да представи и разходооправдателни и платежни документи (фактура с касов бон / платежно нареждане / вносна бележка или фискална фактура) издадени на името на Застрахования, за ползваните здравни стоки и услуги, както и следните документи: 10.5.1. за закупени лекарствени средства: рецепти, издадени от съответния Лекар и Документ за извършен лекарски преглед; лекарствените средства трябва да са закупени в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на издадената рецепта / документа от лекарския преглед; 10.5.2. за закупени помощни средства: рецепти / документи за медицинско назначение, издадени от Лекар / Изпълнител на медицинска помощ; 10.5.3. за извършени медицински прегледи и/или манипулации: документ за лекарски преглед и/или манипулация; 10.5.4. за извършени медицински изследвания: документ от лекарски преглед, документ за назначаване на изследванията и копие от резултатите; 10.5.5. за болнично лечение: епикриза; 10.5.6. за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза и картон (физиотерапевтична карта) с описание на проведените физиотерапевтични процедури. 10.6. Съгласно разпоредбите на Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска от Застрахования представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на основанието, обстоятелствата и размера на предявената към него претенция. 10.7. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им. 10.8. В случай, че представените с искането по т.10.3 документи са непълни или са необходими допълнителни доказателства съгласно т.10.6, Застрахователят уведомява Застрахования за това в срок до 15 дни от получаване на искането, като предоставя на Застрахования срок до 1 (един) месец за предоставяне на съответните доказателства. 10.9. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Договорителя и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното	refunded to the limit of liability of the providers of medical care expenses incurred by the Insured for health goods and services. 10.3. In case of selecting form of medical insurance such as subscription service, the Insurer shall reimburse the Insured, up to the limit of liability incurred by the Insured for costs on the basis of a request for reimbursement of costs (as per template of the Insurer) submitted by the Insured and submitted insurance, medical and financial records corresponding to those presented by the Insured for health services and products, and the conditions for their provision. All documents shall be submitted by the Insured at his expense. 10.4. The Insured shall submit within 1 (one) month a written notice to the Insurer of the expenditures on health goods and services (for reimbursement) and shall present a request under item 10.3. The deadline may be extended if there were objective reasons that have prevented compliance therewith (hospital stay, serious illness, absence from the country, and the like), certified by the appropriate documents. 10.5. For payment of insurance compensation (for reimbursement) at the submission of the request as per item 10.3, the Insured must also provide supporting documents and payment (invoice to cash receipt/payment order/deposit slip or tax invoice) issued in the name of the Insured used for health goods and services, as well as the following documents: 10.5.1. for purchased drugs: prescription issued by the physician and documents for medical examination, medicines should be purchased within 7 (seven) working days from the date of a prescription/document from a medical examination; 10.5.2. for purchased aids: recipes/documents and medical prescriptions issued by a physician/provider of health care; 10.5.3. for a medical examination and/or treatment: document of medical examination and/or treatment; 10.5.4. for performed medical tests: document the medical examination, document appointing the test and a copy of the results, 10.5.5. for hospital treatment: medical history; 10.5.6. treatment in a sanatorium: medical card for treatment in a sanatorium, medical history and card (physiotherapy card) with a description of the conducted physiotherapy. 10.6. Under the provisions of the Insurance Code, the Insurer has the right to require the Insured to furnish additional evidence needed to identify and assess the ground, circumstances and amount of the claim made against him. 10.7. The Insurer will require evidence that the Insured can not obtain because of existing regulatory barriers or lack of legal possibility of provision thereof. 10.8. In the event that the documents presented with the request as per item 10.3 are incomplete or require additional evidence pursuant to section 10.6, the Insurer shall notify the Insured for this within 15 days of receipt of the request, providing the Insured within 1 (one) month to provide evidence. 10.9. Upon the occurrence of an Insured event the Insurer shall have access to all medical records relating to the health documents and it may require it from all persons storing this information, including the Contractor and the Insured, and they shall be required to provide to the Insurer all the requested information and/or certain information and documentation about the health of the Insured.
---	--

състояние на Застрахования. 10.10. Застрахователят, в срок до 15 (петнадесет) работни дни, от предоставяне от Застрахования на всички доказателства, установяващи основанието и размера на направените разходи включително и на допълнителните доказателства, изискани от Застрахователя съгласно Кодекса за застраховането, възстановява на Застрахования направените разходи за здравни стоки и услуги или мотивирано отказва плащане, като уведомява Застрахования относно причините за отказа за цялостно или частично плащане. 10.11. В случай на смърт на Застрахования, след като е получил здравни услуги и стоки, покрити по застраховката, Застрахователят възстановява разходите за тях на законните наследници на Застрахования (при „възстановяване на разходи“). 10.12. Ако претенцията по застраховката е измамлива, всички плащания по застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане. 10.13. Застрахователят не обезпечава финансово ползване от Застрахования здравни услуги и стоки в следните случаи: 10.13.1. при неспазване от Застрахования на предписан режим или лечение; при симулиране от Застрахования на събитие, представляващо покрит риск; 10.13.2. при извършени разходи за: - слабителни лекарства, лекарства за отслабване; - медикаменти против прилошаване при пътуване; - противозачатъчни средства; - имуномодулатори и ваксини, извън посочените в застрахователните пакети; - хранителни добавки, медицинска козметика, фитопрепарати; - стъкла за очила с диоптер под 0.5, цветни лещи, очила за работа с компютър, рамки за очила; - лекарства, медикаменти и каквито и да било медицински изделия, нерегистрирани като лекарства в Република България по съответния нормативно установен ред. 10.13.3. разходи, покрити по други застрахователни договори с друг застраховател или покрити от държавни, общински, или обществени и частни медицински програми; 10.13.4. разходи за самолечение или за лечение от лице, което няма право да упражнява лекарска професия; 10.13.5. разходи за лечение, извършено при нарушаване разпоредбите на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения. XI. Съобщения 11.1. Всяко съобщение от Застрахования / Договорителя, свързано със застраховката трябва да бъде изпратено на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахователя и/или адрес на електронна поща (e-mail), освен ако Застрахователят писмено не се съгласи друго. 11.2. Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Договорителя се изпраща на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахования / Договорителя. При сключване на застраховката Застрахованият / Договорителят заявяват и	10.10. The Insurer shall, within to 15 (fifteen) working days from the provision by the Insured of any evidence establishing the basis and amount of the expenses incurred including the additional evidence requested by the Insurer under the Insurance Code shall reimburse the Insured expenses incurred for health goods and services or shall refuse payment and notify the Insured of the reasons for the refusal of full or partial payment. 10.11. In case of death of the Insured, after receiving health care services and goods covered by insurance, the Insurer shall reimburse them to the legal heirs of the Insured (for reimbursement). 10.12. If the insurance claim is fraudulent, all payments under insurance will be cancelled and the person that has performed those acts or omissions will be transferred to the competent authorities for the realization of his responsibility under criminal law. A fraud is any act or omission likely to mislead or deceive and maintain existing fraud in agents or employees of the Insurer regarding the occurrence of the Insured event, the amount of outstanding insurance payment or other circumstances that are relevant to the entity's right to receive insurance payment. 10.13. The Insurer does not provide the financial benefits of the Insured health services and goods in the following cases: 10.13.1. for non-compliance by the Insured of a prescribed regimen or treatment for simulation of the Insured Event, representing Insured risk; 10.13.2. The expenditures incurred for: - Laxatives, medicines for weight loss; - anti-nausea medication while travelling; - contraception drugs; - immunomodulators and vaccines not covered by the insurance packages; - food supplements, medical cosmetics, phytopreparations; - glasses for spectacles under 0.5, coloured contact lenses, glasses for work with computer, spectacle frames; - drugs, medications and any medical devices that are not registered as medicines in the Republic of Bulgaria in the respective normative order. 10.13.3. costs covered by other insurance with another Insurer or covered by state, municipal, or public and private health care programs; 10.13.4. costs for self or for the treatment of a person who is not entitled to exercise the medical profession; 10.13.5. costs of treatment provided in violation of the provisions of the Health Act and the Health Establishments Act. XI. Notices 11.1. Any communication by the Insured/Contractor relating to insurance should be sent to the address of the insurance contract of insurance and/or e-mail (e-mail), unless the Insurer agrees in writing not otherwise. 11.2. Any communication by the Insurer to the Insured/Contractor shall be forwarded to the insurance contract at the Insured/Contractor. In the conclusion of the insurance the Insured/Contractor shall submit an address
--	---

адрес на електронна поща (e-mail), на който ще получават съобщения, включително за промени в условията на застраховката, относно размера на застрахователната премия и други. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес или в заявления е-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/e-mail.	and e-mail address (e-mail), where the messages shall be received, including changes in the terms of the insurance, the amount of the insurance premium and others. The Insured/Contractor shall immediately provide written notice to the Insurer of the changes indicated in the insurance contract at the requested address or e-mail to notify the Insurer of your new address/e-mail.
XII. Лични данни	XII. Personal data
12.1. С настоящото, съгласно приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Застрахования, че: 12.1.1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра на Комисията за защита на личните данни, като връзка със Застрахователя и определеното от него длъжностно лице по защита на личните данни може да бъде осъществена на посочения в т.1.1.1. адрес на управление; 12.1.2. Предоставените от Застрахования / Договорителя лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договори за целите на директния маркетинг, като правното основание за обработването им може да бъде или изрично съгласие на Застрахования / Договорителя, или изпълнението на застрахователния договор, или ако обработването е необходимо за спазването на законово задължение на Застрахователя, или ако обработването е необходимо целите на легитимните интереси на Застрахователя. Обработването на личните данни е за срок, който е съобразен с целите на обработването, без да навървя минимално необходимия срок за обработване на данните; 12.1.3. Приналичие на изрично съгласие на Застрахования / Договорителя и спазване изискванията на приложимото в страната законодателство, личните данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни" по смисъла на §1, т.3 от ЗЗЛД; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба, или е свързано с изпълнението на застрахователния договор; на трети лица за статистически цели; 12.1.4. Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за предоставянето им е основание Застрахователят да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси или възпрепятства изпълнението на застрахователния договор; 12.1.5. Застрахованият / Договорителят има право на достъп до личните си данни, както и право да иска коригирането им или заличаването им по реда и условията на приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни. 12.1.6. Всяко лице, има право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг, като с настоящото е уведомено, че личните му данни могат да бъдат разкрити на трети лица или използвани от тяхно име за целите на директния маркетинг. Лицето има възможност да възрази срещу такова разкриване или използване посредством изявление, изпратено на адреса на Застрахователя. 12.2. С полагането на подпис за сключване на настоящата застраховка, Застрахованият / Договорителят дава изричното си съгласие личните данни, предоставени от него, да бъдат обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка, включително чрез извършването на всяка операция или съвкупност на операции с предоставените лични данни или с набора от лични данни, включващ предоставените от данни по време на процеса по	12.1. Hereby, according to the legislation applicable in the Republic of Bulgaria regarding the Personal Data Protection the Insurer shall notify the Insured that: 12.1.1. The Insurer is registered as a data controller in the register of the protection of personal data, and a contact with the Insurer and the data protection officer appointed by him may be carried out at the registered address, as specified in point 1.1.1. ; 12.1.2. The personal data provided by the Insured/Contractor are processed by the Insurer for the conclusion and performance of the insurance contract and for the purposes of direct marketing and the legal basis for their processing may be either the explicit consent of the Insured / Contractor, or the execution of the insurance contract or if the processing is necessary to comply with the Insurer's statutory obligation or if processing is necessary the legitimate interests of the Insurer. The processing of personal data is carried out for a period that is consistent with the purpose of the processing, without imposing the minimum time required for processing the data; 12.1.3. With the explicit consent of the Insured/Contractor and compliance with the applicable legislation in the country, personal data may be disclosed to the following recipients: persons having the capacity processor within the meaning of § 1, item 3 of the Data Protection Act, to third party institutions or organizations where disclosure is by virtue of an express statutory provision, or is related to the performance of the insurance contract; to third parties for statistical purposes; 12.1.4. The provision of personal data is entirely voluntary. Refusal to supply them is the reason for the Insurer to refuse to enter into a contract or take any other action, if the lack of such data makes impossible the objective assessment of the risk taken, or otherwise endangers the realization of his legitimate interests or obstructs the performance of the insurance contract; 12.1.5. The Insured/Contractor has the right to access his or her personal data and the right to request correction or deletion under the terms and conditions of the applicable data protection legislation in the Republic of Bulgaria. 12.1.6. Any person has the right to object to the processing of his or her personal data for the purposes of direct marketing and is hereby informed that his or her personal data may be disclosed to third parties or used on their behalf for direct marketing purposes. The person has the opportunity to object to such disclosure or use by means of a statement sent to the Insurer's registered address. 12.2. By signing this insurance, the Insured / Contractor explicitly agrees that the personal data provided by him / her will be processed by the Insurer for the purposes of the insurance contract, for the purposes of direct marketing and for statistical purposes as specified in the preceding paragraph, including by performing any operation or set of operations with the personal data provided or the set of personal data, including the data provided during the process of concluding

сключване на застрахователния договор, чрез автоматични или други средства, които операции по преценка на Застрахователя се изразяват в събиране, записване, организиране, структуриране, съхранение, адаптиране или промяна, извличане, консултиране, употреба, разкриване чрез предаване, разпространяване или друг начин, по който данните стават достъпни, подреждане или комбиниране, ограничаване, изтриване или унищожаване. Обработването на лични данни може също така да включва и предоставяне на лични данни на трети лица (включително на лице, установено в държава, която не е държава - членка на Европейския съюз и държава - членка на Европейското икономическо пространство) за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка. Подписването на застраховката също така означава потвърждение на факта, че Застрахованият / Договорителят е уведомен за Политиката за конфиденциалност на Застрахователя, която е публикувана на www.fihealth.bg. XIII. Приложимо право и подсъдност 13.1. Споровете между страните се решават с преговори и по взаимно съгласие между тях, както и съгласно установеното във "Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „Фи Хелт Застраховане“ АД. Уреждането на претенциите по реда на вътрешните правила на „Фи Хелт Застраховане“ АД не ограничава правото на Застрахования да предяви претенцията си и пред съд. Всички спорове, нерешени по взаимно съгласие, породени от тази застраховка или отнасящи се до нея, включително споровете, породени или отнасящи се до нейното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в застраховката или приспособяването ѝ към нововъзникнали обстоятелства, ще бъдат разрешавани от компетентния съд. 13.2. За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство. XIV. Допълнителни разпоредби 14.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство. 14.2. По решение на Застрахователя застрахователно обезщетение може да се плаща и след изтичане на давностния срок. Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Фи Хелт Застраховане“ АД на заседание, проведено на 16.05.2013 г. и са в сила от 14.06.2013 г., изм. с решение от 30.03.2015г., в сила от 30.03.2015 г., изм. с решение от 01.02.2018г., в сила от 01.03.2018 г., изм. с решение от 23.05.2018 г., в сила от 23.05.2018 г. изм. с решение от 21.12.2023 г., в сила от 01.01.2024 г.	the insurance contract, by automatic or other means which, at the discretion of the Insurer, consist of collecting, recording, organizing, structuring, storing, adapting or changing, retrieving, consulting, using, disclosing by transmission, dissemination or other means by which data becomes available, arranged or combined, restricted, deleted or destroyed. The processing of personal data may also include the provision of personal data to third parties (including a person established in a country which is not a Member State of the European Union and a Member State of the European Economic Area) for the purposes of insurance contract, the purposes of direct marketing and for statistical purposes, as set out in the previous paragraph. Signing the insurance also means confirming that the Insured / Contractor is notified of the Insurer's Privacy Policy, which is published on www.fihealth.bg. XIII. Applicable law and jurisdiction 13.1. Disputes between the parties shall be settled by negotiation and mutual agreement between them, and as established in Internal Rules of Procedure for the settlement of claims under insurance contracts concluded by the FI Health Insurance AD. Settlement of claims in accordance with the internal rules of FI Health Insurance AD does not restrict the right of the Insured to pursue its claim in court. All disputes unresolved by mutual agreement arising from this insurance or related to it, including disputes arising from or related to its interpretation, invalidity, performance or termination, as well as disputes about filling gaps in insurance or adaptation to new circumstances will be resolved by the competent court. 13.2. All outstanding issues on insurance contract applicable Bulgarian legislation. XIV. Additional provisions 14.1. All rights arising from insurance coverage are time barred after the expiration of the period specified in the Bulgarian legislation. 14.2. By decision of the Insurer the insurance compensation can be paid after the expiry of the limitation period. These General Conditions have been approved by the Board of Directors of FI Health Insurance AD meeting held on 16.05.2013 with effect from 14.06.2013, amended by the Board of Directors meeting held on 30.03.2015, with effect from 30.03.2015; amended by the Board of Directors meeting held on 01.02.2018 with effect from 01.03.2018, amended by the Board of Directors meeting held on 23.05.2018, with effect from 23.05.2018., amended by the Board of Directors meeting held on 21.12.2023 with effect from 01.01.2024.
--	---

For the Insurer:

За Застрахователя:


Виктор Спасов
Изпълнителен директор
Viktor Spasov
CEO


Цветомира Карапчанска
Изпълнителен директор
Tsvetomira Karapchanska
CEO

For the Policyholder:

За Договорителя: