ОБЩИ УСЛОВИЯ
ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

GENERAL TERMS AND CONDITIONS
FOR MEDICAL INSURANCE

Настоящите Общи условия уреждат условията и реда, при които „Фи Хелт Застраховане“ ЕАД, наричано по-нататък „Застраховател“, сключва договори за медицинска застраховка и срещу заплащане на застрахователна премия обезпечава финансово ползването на здравни услуги и стоки от застрахованите лица.	These General Terms and Conditions govern the terms and procedures under which FI Health Insurance EAD, hereinafter referred to as the “Insurer”, enters into medical insurance contracts and, in consideration of an insurance premium, funds the use of healthcare services and goods by insured persons.
Застраховката се сключва като индивидуална, семейна или корпоративна (групова), съобразно избраните застрахователни пакети и опции. Покритието се предоставя чрез абонаментно обслужване и/или възстановяване на разходи при условията, уговорени в застрахователния договор.	The Insurance may be individual, family or corporate (group) insurance, according to the selected Insurance Packages and options. Cover is provided through Subscription Service and/or Reimbursement of Expenses on the terms agreed in the Insurance Contract.
Конкретните здравни услуги и стоки, техният обхват и обем, приложимите лимити и самоучастието се определят в застрахователната полица и приложенията към нея. Правата и задълженията на страните, условията за ползване на покритието и изключенията от него се уреждат от застрахователния договор, тези Общи условия и приложимото законодателство.	The specific healthcare services and goods, their scope and volume, the applicable limits and Cost Sharing are set out in the insurance policy and its appendices. The rights and obligations of the parties, the conditions for accessing cover and the exclusions from cover are governed by the Insurance Contract, these General Terms and Conditions and the applicable legislation.
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 Terms and Conditions, the terms below have the following meanings:
1.1.1. **Застраховател** – „Фи Хелт Застраховане“ ЕАД, със седалище и адрес на управление: град София 1784, Столична община, район „Младост“, бул. „Цариградско шосе“ №111П, ет.4, 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 EAD, with its registered office and business address at: 111P Tsarigradsko Shose Blvd., 4th floor, Mladost District, Sofia Municipality, Sofia 1784, Unified Identification Code (UIC) 200103397, holding a licence to conduct insurance business issued by the Financial Supervision Commission under the Insurance Code.
1.1.2. **Застраховащ (Договорител)** – юридическо или физическо лице, което сключва Застрахователен договор за медицинска Застраховка със Застрахователя и поема задължение да плаща определената в Застрахователния договор Застрахователна премия. Застраховащият и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице.	1.1.2. **Policyholder (Contracting Party)** – a legal or natural person who enters into an Insurance Contract for medical Insurance with the Insurer and undertakes to pay the Insurance Premium specified in the Insurance Contract. The Policyholder and the Insured may be the same person.
1.1.3. **Застрахован** – физическо лице, на което се предоставя застрахователно покритие и в полза на което е сключен Застрахователният договор.	1.1.3. **Insured** – a natural person to whom insurance cover is provided and for whose benefit 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** – the set of healthcare services and goods, specified by type and scope, provided to the Insured for the purpose of restoring, maintaining and improving their health, which are funded by the Insurer on the terms and in accordance with the procedures set out in the Insurance Contract, these General Terms and Conditions and the other agreements and appendices to the Insurance Contract.
1.1.5. **Застраховка (Застрахователен договор)** – застрахователната полица заедно с тези Общи условия, уговорените Специални условия, избраните Застрахователни пакети и опции, писменото искане на Застраховащия за сключване на Застраховката, списъкът на Застрахованите и здравните декларации, когато такива са представени, всички останали писмени изявления на Застраховащия, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения и останалите приложения и писмени съглашения.	1.1.5. **Insurance (Insurance Contract)** – the insurance policy together with these General Terms and Conditions, the agreed Special Conditions, the selected Insurance Packages and options, the Policyholder’s written application for Insurance, the list of Insured persons and health declarations, where submitted, all other written statements by the Policyholder relevant to cover, the corresponding supplementary agreements and the other appendices and written agreements.
1.1.6. **Абонаментно обслужване** – форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят при настъпване на предвидени в Застрахователния договор събития, обезпечава 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** – a form of medical insurance under which, upon the occurrence of events specified in the Insurance Contract, the Insurer funds, up to the Limit of Liability, the provision of specified healthcare services and goods to an Insured exclusively through Healthcare Providers with which the Insurer has a contract.
1.1.7. **Възстановяване на разходи** – форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят при настъпване на предвидени в Застрахователния	1.1.7. **Reimbursement of Expenses** – a form of medical insurance under which, upon the occurrence of events specified in the Insurance Contract, the Insurer

	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.		reimburses an Insured, in whole or in part and up to the Limit of Liability, for expenses incurred for specified healthcare services and goods provided by a Healthcare Provider freely chosen by the Insured.
1.1.8.	**Застрахователна премия** – сумата, която Застраховащият заплаща на Застрахователя срещу поетите от последния рискове по Застрахователния договор.	1.1.8.	**Insurance Premium** – the amount paid by the Policyholder to the Insurer in consideration of the risks assumed by the latter under the Insurance Contract.
1.1.9.	**Лимит на отговорност** – определеният в Застрахователния договор максимален размер на задължението на Застрахователя за финансово обезпечаване на покритите здравни услуги и стоки чрез заплащането им на Изпълнител на медицинска помощ при Абонаментно обслужване и/или чрез възстановяване на направените от Застрахования разходи за тези здравни услуги и стоки за съответния уговорен период.	1.1.9.	**Limit of Liability** – the maximum amount of the Insurer's obligation, as specified in the Insurance Contract, to fund covered healthcare services and goods by paying a Healthcare Provider under Subscription Service and/or reimbursing expenses incurred by the Insured for those healthcare services and goods during the relevant agreed period.
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 подлежи на покриване / възстановяване от Застрахователя.	1.1.10.	**Cost Sharing** – the portion of the expenses for healthcare goods and services specified in the Insurance Contract which is payable by the Insured at their own expense and is not covered or reimbursed by the Insurer.
1.1.11.	**Обем на здравни услуги и стоки** – количеството здравни услуги и стоки, до които Застрахованият има достъп, при условията, определени от Общите условия и Застрахователния договор.	1.1.11.	**Volume of Healthcare Services and Goods** – the quantity of healthcare services and goods to which the Insured has access on the terms set out in these General Terms and Conditions and the Insurance Contract.
1.1.12.	**Заболяване** – съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лечебно 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.	1.1.12.	**Illness** – a combination of symptoms and clinical manifestations first diagnosed at a medical establishment during the term of the Insurance Contract and recorded in an official medical document. The date of onset of the Illness is deemed to be the date of its initial diagnosis.
1.1.13.	**Хронично заболяване** – Заболяване, което по своето естество има продължителен характер или е с продължителност 3 месеца или повече и може да протича непрекъснато или с периоди на обостряне и ремисия. Хроничният характер на Заболяването се установява в лечебно заведение съобразно приложимите медицински критерии и се удостоверява с медицински документ.	1.1.13.	**Chronic Illness** – an Illness which is prolonged by its nature or lasts for 3 months or longer and may have a continuous course or periods of exacerbation and remission. The chronic nature of the Illness is established at a medical establishment in accordance with the applicable medical criteria and is certified by a medical document.
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.	1.1.14.	**Accident** – a sudden and unexpected event occurring accidentally and unintentionally as a result of sudden and unforeseeable external influences and causing bodily injury to an Insured.
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.	1.1.15.	**Pre-existing Condition** – any condition of an Insured resulting from an Illness, Accident or bodily injury which arose or was caused before the Insurance Contract was concluded, regardless of whether it was diagnosed before the commencement of insurance cover under the Insurance.
1.1.16.	**Изпълнител на медицинска помощ** – Изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл.58 от Закона за здравното осигуряване.	1.1.16.	**Healthcare Provider** – a provider of medical care within the meaning of Article 58 of the Health Insurance Act.
1.1.17.	**Болница** – лечебно заведение за болнична помощ за активно лечение, притежаващо изискуемото разрешение за осъществяване на лечебна дейност и функциониращо в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри Заболявания, травми, изострени хронични болести и 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 задоволително 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.	1.1.17.	**Hospital** – a medical establishment providing inpatient acute care, holding the requisite authorisation to carry out medical activities and operating in accordance with the legislation in force, in which persons with acute Illnesses, injuries, exacerbations of chronic diseases and conditions requiring surgery in an inpatient setting are treated. The following are not Hospitals: inpatient medical establishments treating persons who need prolonged recovery and persons with Chronic Illnesses requiring care and maintenance of a satisfactory physical and mental condition, as well as persons requiring physical therapy, motor and psychological rehabilitation, balneotherapy, climatotherapy or thalassotherapy; specialised hospitals, clinics and departments treating persons with mental illness or addiction to alcohol, drugs or other intoxicating substances.

1.1.18.	**Лекар** – лице с професионална квалификация „лекар“, което има право да упражнява лекарската професия и е регистрирано по приложимия нормативно установен ред.	1.1.18.	**Physician** – a person holding the professional qualification of physician who is entitled to practise medicine and is registered in accordance with the applicable statutory requirements.
1.1.19.	**Извънболнично лечение** – медицинско лечение на Застрахован, който не е хоспитализиран в Болница.	1.1.19.	**Outpatient Treatment** – medical treatment of an Insured who is not admitted to a Hospital.
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.	1.1.20.	**Insurance Term** – the period beginning on the inception date of the Insurance stated in the insurance policy and ending on or before the expiry date of the Insurance stated in the insurance policy. The Insurance may also be concluded for an indefinite term.
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 вноска от нея.	1.1.21.	**Insurance Period** – the period for which the Insurance Premium is payable. The first Insurance Period begins on the date stated in the insurance policy. Each subsequent Insurance Period begins on the day following the expiry of the preceding period, provided that the Insurance Premium or the relevant instalment has been paid.
1.1.22.	**Период на застрахователното покритие** – периодът, в който Застрахователят носи риска по Застраховката за съответния Застрахован, определен съобразно условията за начало и прекратяване на покритието по Застрахователния договор.	1.1.22.	**Coverage Period** – the period during which the Insurer bears the risk under the Insurance in respect of the relevant Insured, determined in accordance with the provisions of the Insurance Contract governing the commencement and termination of cover.
1.1.23.	**Нормален здравен риск** – състояние, при което Застрахованият е в добро физическо и психическо здраве, без Предходно състояние, налагащо продължаване на лечението.	1.1.23.	**Standard Health Risk** – a state in which the Insured is in good physical and mental health, without a Pre-existing Condition requiring continued 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.	1.1.24.	**Insurer's Medical Coordinator** – a person authorised by the Insurer whom each Insured contacts upon the occurrence of an event constituting a risk covered by the Insurance in order to obtain instructions on the steps to be taken.
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.	1.1.25.	**Medical Examination Record** – a document drawn up by a Physician upon examining an Insured, which must contain information about the Insured, their state of health and the medical activities performed by the Physician, including at least: the Insured's full name and unique civil identification number (or other identification number); the Physician's full name and identification number (code); the date of the examination and the diagnosis, identified by its International Classification of Diseases (ICD) code; a description of the objective clinical findings; the investigations and procedures ordered; and the treatment prescribed.
1.1.26.	**Амбулаторна операция** – по смисъла на тези Общи условия планова или спешна медицинска интервенция с хирургичен, диагностичен или терапевтичен характер, извършена от правоспособен медицински специалист в рамките на неговата професионална компетентност в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, при която приемът, интервенцията и медицинското наблюдение се осъществяват в рамките на по-малко от 24 часа, без хоспитализация.	1.1.26.	**Outpatient Procedure** – for the purposes of these General Terms and Conditions, an elective or emergency surgical, diagnostic or therapeutic medical intervention performed by a duly qualified healthcare professional within the scope of their professional competence at an outpatient medical establishment, where admission, the intervention and medical observation take place within less than 24 hours, without hospitalisation.
1.1.27.	**Медицински консумативи в болничната помощ** – по смисъла на тези Общи условия медицински изделия, включително импланти, които се употребяват и/или влагат в човешкото тяло при извършване на хирургична интервенция или медицинска манипулация и които не се заплащат или се заплащат частично от НЗОК по съответната клинична пътека.	1.1.27.	**Inpatient Medical Consumables** – for the purposes of these General Terms and Conditions, medical devices, including implants, used and/or placed in the human body during surgery or a medical procedure, the cost of which is not paid or is only partly paid by the National Health Insurance Fund (NHIF) under the relevant clinical pathway.
1.1.28.	**Помощни средства** – протези, патерици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, ортопедични стелки, еластични бандажни превръзки, уринатори и др.	1.1.28.	**Assistive Devices** – prostheses, crutches, walking sticks, disability chairs and wheelchairs, orthoses, elastic stockings, orthopaedic insoles, elastic support bandages, urinals and other such devices.
1.1.29.	**Медицински консумативи в извънболничната помощ** – по смисъла на тези Общи условия	1.1.29.	**Outpatient Medical Consumables** – for the purposes of these General Terms and Conditions, dressing materials,

	превързочни материали, включително бинтове, хирургически игли и конци, системи за трансфузия, периферни венозни канюли (абокати), инжекционни спринцовки и игли, катетри, еднократни медицински инструменти и комплекти.		including bandages, surgical needles and sutures, transfusion sets, peripheral venous cannulae, injection syringes and needles, catheters, and single-use medical instruments and kits.
	II. Общи положения		**II. General Provisions**
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.	2.1.	Under these General Terms and Conditions and pursuant to an Insurance Contract, the Insurer, in consideration of an Insurance Premium, assumes risks and provides cover for the cost of specified healthcare goods and services used when needed.
2.2.	Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования.	2.2.	The insurance relationship is governed by the principles of voluntary participation, good faith, equality of the parties and the Insured's responsibility for their own health.
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 Застраховащия, които са финансово обезпечени по Застраховката, е приложение към Застрахователната полица и е неразделна част от нея.	2.3.	Insurance cover under these General Terms and Conditions is provided in accordance with the Insurance Package for healthcare services and goods selected in the insurance policy. The detailed description of the healthcare services and goods included in the relevant Insurance Package selected by the Policyholder and funded under the Insurance is an appendix to the insurance policy and forms an integral part thereof.
2.4.	Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва на основание сключен Застрахователен договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) със Застраховащ.	2.4.	Insurance cover under these General Terms and Conditions is provided on the basis of an Insurance Contract (individual, family or corporate/group) concluded with a Policyholder.
2.5.	Правата на Застрахования по Застрахователния договор са лични и не могат да се преотстъпват.	2.5.	The Insured's rights under the Insurance Contract are personal and may not be assigned.
2.6.	Застраховащият 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.	2.6.	The Policyholder selects an Insurance Package for each Insured, as described in detail in the insurance policy, with a specified option for each Insurance Package. The options of the Insurance Packages included in the Insured's cover may differ from package to package.
2.7.	Чрез предоставянето на застрахователно покритие по тази медицинска Застраховка се обезпечава финансово ползването от Застрахования на здравни услуги и стоки, както в обхвата на задължителното здравно осигуряване, така и извън него.	2.7.	Cover under this medical Insurance funds the Insured's use of healthcare services and goods both within and outside the scope of compulsory health insurance.
2.8.	Застрахователните покрития по тази Застраховка се предоставят за рискове, разположени само на територията на Република България.	2.8.	Cover under this Insurance is provided only for risks located in the territory of the Republic of Bulgaria.
	III. Предмет и обхват на Застраховката. Застрахователни покрития		**III. Subject Matter and Scope of the Insurance. Insurance Cover**
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 услуги и стоки.	3.1.	Under these General Terms and Conditions and in consideration of the Insurance Premium paid, the Insurer undertakes to assume risks relating to the funding of healthcare services and goods provided to an Insured within the agreed combinations of Insurance Packages. The Insurer does not itself supply or provide healthcare services and goods.
3.2.	Застрахователят обезпечава финансово определените здравни услуги и стоки, чрез следните две форми:	3.2.	The Insurer funds the specified healthcare services and goods in the following two forms:
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.	3.2.1.	Subscription Service – a form of medical insurance under which, upon the occurrence of events specified in the Insurance Contract, the Insurer funds (pays for) the provision of specified healthcare services and goods to an Insured exclusively through Healthcare Providers under the relevant Insurance Packages and options. The list of Healthcare Providers/suppliers of healthcare goods is made available by the Insurer on a durable medium by publication on the Insurer's website.
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	3.2.2.	Reimbursement of Expenses – a form of medical insurance under which, upon the occurrence of events specified in the Insurance Contract, the Insurer funds (reimburses), in whole or in part, an Insured's expenses

	финансово (възстановява в пари) разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, съобразно избрания от Застраховащия Застрахователен пакет и опция, които здравни услуги и стоки се предоставят от свободно избран от Застрахования Изпълнител на медицинска помощ.		for specified healthcare services and goods in accordance with the Insurance Package and option selected by the Policyholder, those healthcare services and goods being provided by a Healthcare Provider freely chosen by the Insured.
3.3.	Покритите по Застраховката здравни услуги и стоки са групирани в Застрахователни пакети, като конкретно избраният от Застраховащия Застрахователен пакет е подробно описан и е неразделна част от застрахователната полица.	3.3.	The healthcare services and goods covered by the Insurance are grouped into Insurance Packages. The specific Insurance Package selected by the Policyholder is described in detail and forms an integral part of the insurance policy.
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 Застраховащия 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.	3.4.	Depending on the type and volume of the covered healthcare services and goods, the Insurer offers each Insurance Package in different options. The specific option selected by the Policyholder for the relevant Insurance Package is stated in the insurance policy. Each option comprises healthcare services and goods differing in type and volume. The Insurer's Limits of Liability for the individual groups of healthcare services and goods under the different Insurance Package options, and the Insured's Cost Sharing, are specified in the relevant Insurance Package.
3.5.	Избраният от всеки Застраховащ Застрахователен пакет и неговата опция, срокът, размерът и начинът за плащане на Застрахователната премия, се определят в конкретния Застрахователен договор (полица).	3.5.	The Insurance Package selected by each Policyholder and its option, and the period, amount and method of payment of the Insurance Premium, are specified in the individual Insurance Contract (policy).
	IV. Изключения		**IV. Exclusions**
4.1.	Отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не обезпечава финансово здравни услуги и стоки в следните случаи:	4.1.	The Insurer shall have no liability and shall not fund healthcare services and goods in the following cases:
4.1.1.	когато здравните стоки и услуги не са изрично включени в покритието по избрания Застрахователен пакет и съответната опция на Застраховката;	4.1.1.	where the healthcare goods and services are not expressly included in the cover under the selected Insurance Package and the relevant option of the Insurance;
4.1.2.	за спешна медицинска помощ;	4.1.2.	emergency medical care;
4.1.3.	прегледи, изследвания и лечение на болести, предавани по полов път, включително венерически Заболявания; изследвания за човешки папиломен вирус (HPV), „Фемофлор“, „Андрофлор“ и STI 3 PCR, независимо от повода за назначаването им; диагностика и лечение на психични и психиатрични Заболявания, включително тревожно-паническо разстройство, анорексия и булимия;	4.1.3.	consultations, investigations and treatment for sexually transmitted infections, including venereal diseases; human papillomavirus (HPV), Femoflor, Androflor and STI 3 PCR tests, regardless of the reason for ordering them; diagnosis and treatment of mental and psychiatric Illnesses, including anxiety and panic disorder, anorexia and bulimia;
4.1.4.	диагностика и лечение на туберкулоза;	4.1.4.	diagnosis and treatment of tuberculosis;
4.1.5.	вродени Заболявания и малформации;	4.1.5.	congenital Illnesses and malformations;
4.1.6.	за диагностика и лечение на СПИН, ТОРС и други Заболявания с епидемичен характер, вкл. пандемии;	4.1.6.	diagnosis and treatment of AIDS, SARS and other Illnesses of an epidemic nature, including pandemics;
4.1.7.	за диагностика и оперативно лечение в обхвата на лицево-челюстната хирургия, освен ако здравните стоки и услуги не са покрити по Застрахователен пакет „Дентална помощ“;	4.1.7.	diagnostic procedures and surgery within the scope of oral and maxillofacial surgery, unless the healthcare goods and services are covered under the Dental Care Insurance Package;
4.1.8.	за зъбопротезиране, включително и подготовка за зъбопротезиране; за щифтово и безщифтово изграждане на зъби, реплантанти и импланти; за ортодонтски услуги, за избелване на зъби, освен ако не са покрити по Застрахователен пакет „Дентална помощ”;	4.1.8.	dental prosthetic treatment, including preparation for such treatment; tooth restoration with or without posts, dental replantations and implants; orthodontic services and tooth whitening, unless covered under the Dental Care Insurance Package;
4.1.9.	за трансплантация на органи;	4.1.9.	organ transplantation;
4.1.10.	за хемодиализа и хемотрансфузия;	4.1.10.	haemodialysis and blood transfusion;
4.1.11.	за кардио- и неврохирургични операции с много голям обем и сложност;	4.1.11.	cardiac surgery and neurosurgery of very extensive scope and complexity;
4.1.12.	за прилагане на цитостатици, химиотерапия и лъчетерапия;	4.1.12.	administration of cytostatic agents, chemotherapy and radiotherapy;
4.1.13.	за извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на психиатрично болни;	4.1.13.	outpatient and inpatient care, additional care and special services provided in the course of medical care for patients with psychiatric conditions;
4.1.14.	за извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на онкологично болни, както и за прегледи, изследвания и лечение на онкологични	4.1.14.	outpatient and inpatient care, additional care and special services provided in the course of medical care for patients with cancer, and consultations, investigations

	Заболявания, включително лекарствени продукти за тяхното лечение;		and treatment for oncological Illnesses, including medicinal products for their treatment;
4.1.15.	за задължителни имунизации по имунизационния календар; за деца от 1-18 години: Застрахователят не покрива и не възстановява разходи за: медицински прегледи, изследвания, манипулации и имунизации на лица от 1 до 18 годишна възраст, които влизат в задължителния пакет за проследяване на детското развитие /Детска консултация и профилактични прегледи/, регламентиран в Националния рамков договор по линия на НЗОК;	4.1.15.	mandatory immunisations under the immunisation schedule; for children aged 1–18: the Insurer does not cover or reimburse the cost of medical examinations, investigations, procedures or immunisations for persons aged 1 to 18 which form part of the mandatory child development monitoring package (child health consultations and preventive examinations) regulated by the National Framework Agreement under the NHIF scheme;
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 fertilisation or assisted reproduction – diagnosis, preparation, treatment and other activities relating to the diagnosis and treatment of infertility;
4.1.17.	за пластични, естетични и козметични манипулации и операции;	4.1.17.	plastic, aesthetic and cosmetic procedures and operations;
4.1.18.	за диагностика, проследяване, лечение и отстраняване на следните образувания на кожата и подкожната тъкан: невуси, папиломи, кокоши трън, кератози, келоиди, хипертрофични белези, атероми, милиуми, хемангиоми, лимфангиоми, брадавици (веруки), кондиломи, молуски, фиброми, липоми, ангиолипоми и злокачествени новообразувания на кожата;	4.1.18.	diagnosis, monitoring, treatment and removal of the following lesions of the skin and subcutaneous tissue: naevi, papillomas, plantar warts, keratoses, keloids, hypertrophic scars, epidermoid cysts (atheromas), milia, haemangiomas, lymphangiomas, warts (verrucae), condylomata, molluscum lesions, fibromas, lipomas, angiolipomas and malignant neoplasms of the skin;
4.1.19.	не се покриват витилиго, косопад и акне;	4.1.19.	vitiligo, hair loss and acne are not covered;
4.1.20.	за лазерна корекция на зрението; оперативно лечение на старческа катаракта, блефаропластика;	4.1.20.	laser vision correction; surgery for age-related cataract and blepharoplasty;
4.1.21.	за изследвания, манипулации и медикаменти, свързани със смянана пола;	4.1.21.	investigations, procedures and medication relating to sex reassignment;
4.1.22.	за прилагане на методи на нетрадиционната медицина и акупунктура; за ударно-вълнова терапия (shockwave) и процедури за електромагнитна стимулация на мускулите на тазовото дъно, включително с апарат EMSELLA;	4.1.22.	non-conventional medical treatments and acupuncture; shockwave therapy and procedures involving electromagnetic stimulation of the pelvic floor muscles, including procedures using an EMSELLA device;
4.1.23.	не се покриват контрастно-усилена мамография (CEM) и томосинтеза (3D мамография);	4.1.23.	contrast-enhanced mammography (CEM) and tomosynthesis (3D mammography) are not covered;
4.1.24.	не се покрива диагностика, проследяване и лечение на сънна апнея;	4.1.24.	diagnosis, monitoring and treatment of sleep apnoea are not covered;
4.1.25.	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;	4.1.25.	healthcare goods and services for damage to health resulting from acute and/or chronic alcohol intoxication, chronic alcohol use, or the use of alcohol, drugs, narcotic substances, stimulants, anabolic hormones or other doping substances;
4.1.26.	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;	4.1.26.	healthcare goods and services for damage to health resulting from, or sustained during participation in, war, hostilities or military operations (whether declared or not); invasion; a hostile act against an Insured on account of their nationality, or against or within the country in which the act occurred; civil war; rebellion; riots; insurrection; revolution; a coup; civil commotion amounting to a rebellion; the explosion of military weapons; the use of weapons of mass destruction; murder or attempted assassination; acts of terrorism;
4.1.27.	за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето от радиоактивен източник;	4.1.27.	healthcare goods and services for damage to health caused by a radioactive source;
4.1.28.	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,	4.1.28.	healthcare goods and services for damage to health sustained while engaging in extreme sports or activities, including but not limited to: motor racing; bobsleigh, solo caving, cave diving or sinkhole exploration, canyoning, scuba diving to a depth of up to 30 metres, racing, mountaineering, hang-gliding, heli-skiing, diving into water, hunting/shooting, mounted hunting, show jumping, polo, horse racing, riding as a jockey or equestrian races of any kind, ice hockey, sledging, skiing or snowboarding off-piste or outside designated areas, parasailing, para-skiing, parachuting, rock climbing, quad biking, shark feeding/cage diving, skeleton, ski jumping, slalom, acrobatic skiing, bungee jumping, flying or taking

	парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бънджи 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;		part in other aerial activities, boxing, wrestling, karate or other forms of martial arts or unarmed combat, professional sport, weightlifting, white-water canoeing, river and cave rafting, yachting outside territorial waters, or any other dangerous pursuit or activity;
4.1.29.	при прекъсване на бременност по желание;	4.1.29.	elective termination of pregnancy;
4.1.30.	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;	4.1.30.	healthcare goods and services for damage to health sustained during, or resulting from, the commission or attempted commission of a criminal offence, or an act or omission by the Insured constituting an administrative offence, including where the Insured commits an act constituting an administrative or criminal offence while in a state of legal insanity;
4.1.31.	за лечение по време, когато Застрахованият е лишен от свобода, изтърпява присъда или е на активна военна служба;	4.1.31.	treatment while the Insured is deprived of their liberty, serving a sentence or on active military service;
4.1.32.	при самоубийство или опит за самоубийство на Застрахования, включително и когато е действал в състояние на невменяемост;	4.1.32.	suicide or attempted suicide by the Insured, including where the Insured acted while in a state of legal insanity;
4.1.33.	при умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от Застрахования;	4.1.33.	intentional injury or attempted intentional injury by the Insured to their own health;
4.1.34.	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;	4.1.34.	detention of an Insured by the competent law enforcement authorities, and damage to health sustained during detention in prison or another specialised place of compulsory detention;
4.1.35.	при участие в дейности или мероприятия с експериментална и научноизследователска цел;	4.1.35.	participation in activities or events for experimental or scientific research purposes;
4.1.36.	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;	4.1.36.	use of medical services provided by the Ministry of Health or under national, municipal or international programmes for prevention, preventive healthcare, treatment or rehabilitation;
4.1.37.	при увреждане на здравето следствие на химически замърсявания, производствени и други аварии;	4.1.37.	damage to health resulting from chemical pollution, industrial accidents or other accidents;
4.1.38.	при увреждане на здравето следствие на земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;	4.1.38.	damage to health resulting from an earthquake, flood or other natural disaster of a widespread or catastrophic nature;
4.1.39.	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;	4.1.39.	failure by an Insured to comply with a regimen and/or treatment prescribed by a Physician; use by an Insured of medicinal products or medication of any kind without a prescription; performance by the Insured or other persons lacking the requisite medical qualifications of procedures which, by their nature, must be performed by a Physician;
4.1.40.	когато медицинските услуги и стоки са предоставени от лица, които нямат право да извършват съответната дейност съгласно действащата нормативна уредба;	4.1.40.	where medical services and goods are provided by persons who are not authorised to carry out the relevant activity under the legislation in force;
4.1.41.	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 реализирал се покрит риск и извършени разходи за лечение на увреждане на здравето;	4.1.41.	feigning of damage to health by an Insured, or acts by the Insured or other persons intended to mislead the Insurer as to the occurrence of a covered risk and the incurring of expenses for treatment of damage to health;
4.1.42.	за здравни услуги и стоки във връзка със Заболяването, за което Застрахованият подлежи на диспансерно наблюдение или диспансерно лечение;	4.1.42.	healthcare services and goods relating to the Illness for which the Insured is subject to dispensary follow-up or treatment;
4.1.43.	когато е ползвана болнична медицинска помощ от лица, които не са задължително осигурени в НЗОК или са с прекъснати здравноосигурителни права;	4.1.43.	use of inpatient medical care by persons who are not covered by compulsory health insurance with the NHIF or whose health insurance entitlements have been suspended;

4.1.44.	при ползване на здравни услуги и стоки от чужди граждани или лица без гражданство, които не са задължително осигурени в НЗОК;	4.1.44.	use of healthcare services and goods by foreign nationals or stateless persons who are not covered by compulsory health insurance with the NHIF;
4.1.45.	при събития, представляващи Предходно състояние или настъпили пряко, или косвено в резултат на Предходни състояния;	4.1.45.	events constituting a Pre-existing Condition or arising directly or indirectly from Pre-existing Conditions;
4.1.46.	при лечение на Заболявания със стволови клетки и за всяка манипулация при извличане и съхранение на стволови клетки;	4.1.46.	treatment of Illnesses with stem cells and any procedure involving the extraction or storage of stem cells;
4.1.47.	не се покриват повече от един първичен и два вторични прегледа, извършени от Лекар-специалист от една и съща специалност в рамките на един месец;	4.1.47.	more than one initial consultation and two follow-up consultations by a specialist Physician in the same specialty within one month are not covered;
4.1.48.	прегледи, изследвания, лечение и други разходи, свързани с епилепсия;	4.1.48.	consultations, investigations, treatment and other expenses relating to epilepsy;
4.1.49.	прегледи, изследвания и лечение, свързани със сексуална дисфункция;	4.1.49.	consultations, investigations and treatment relating to sexual dysfunction;
4.1.50.	прегледи, изследвания, диагностика и лечение, свързани с проблеми с теглото, затлъстяване или хранителни разстройства; за лекарствени продукти за отслабване;	4.1.50.	consultations, investigations, diagnosis and treatment relating to weight problems, obesity or eating disorders; medicinal products for weight loss;
4.1.51.	изследвания и лечение на хранителни алергии, както и тестове за хранителна непоносимост;	4.1.51.	investigations and treatment for food allergies, and tests for food intolerance;
4.1.52.	за лекарствени продукти, изследвания и други здравни услуги и стоки, предписани или назначени от Лекар по дентална медицина, освен ако не е договорено друго в Застрахователния пакет „Дентална помощ“;	4.1.52.	medicinal products, investigations and other healthcare services and goods prescribed or ordered by a dentist, unless otherwise agreed under the Dental Care Insurance Package;
4.1.53.	административни такси, потребителски такси, такси за издаване на документи и други;	4.1.53.	administrative fees, patient user fees, fees for issuing documents and other fees;
4.1.54.	за високоспециализирани изследвания, включително компютърна томография (КТ), магнитнорезонансна томография (ЯМР), ендоскопски изследвания – гастроскопия и колоноскопия, и други, когато не са назначени от Лекар специалист или не са предварително съгласувани и писмено одобрени от Застрахователя;	4.1.54.	highly specialised investigations, including computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), endoscopic investigations – gastroscopy and colonoscopy – and others, where they have not been ordered by a specialist Physician or have not been agreed in advance and approved in writing by the Insurer;
4.1.55.	разходи за хондропротектори;	4.1.55.	expenses for chondroprotective agents;
4.1.56.	за процедури с обогатена с тромбоцити плазма (PRP); за прилагане на медицински методи, които не са утвърдени в медицинската наука и практика за съответното Заболяване или състояние;	4.1.56.	platelet-rich plasma (PRP) procedures; medical methods that are not established in medical science and practice for the relevant Illness or condition;
4.1.57.	за здравни услуги, извършени в лечебни заведения, които нямат изискуемата по Закона за лечебните заведения регистрация или разрешение за осъществяване на съответната медицинска дейност;	4.1.57.	healthcare services provided at medical establishments which do not hold the registration or authorisation required under the Medical Establishments Act to carry out the relevant medical activity;
4.1.58.	за слабителни лекарствени продукти (лаксативи);	4.1.58.	laxative medicinal products (laxatives);
4.1.59.	за медикаменти против прилошаване при пътуване;	4.1.59.	medication for motion sickness;
4.1.60.	за противозачатъчни средства;	4.1.60.	contraceptives;
4.1.61.	за имуномодулатори и ваксини, извън посочените в Застрахователните пакети;	4.1.61.	immunomodulators and vaccines other than those specified in the Insurance Packages;
4.1.62.	за хранителни добавки, медицинска козметика, фитопрепарати;	4.1.62.	food supplements, medical cosmetics and herbal preparations;
4.1.63.	за стъкла за очила с диоптър под 0.5, или разлика с предходен под 0.5, цветни лещи, очила за работа с компютър, рамки за очила, монтаж;	4.1.63.	spectacle lenses with a refractive power below 0.5 dioptres or a change of less than 0.5 dioptres from the previous prescription, coloured lenses, glasses for computer use, spectacle frames and lens fitting;
4.1.64.	за лекарствени продукти, които не са разрешени за употреба или регистрирани по приложимия нормативно установен ред за употреба в Република България, както и медицински изделия, когато разходите за тях се претендират по покритието за лекарствени продукти.	4.1.64.	medicinal products that have not been authorised or registered for use in the Republic of Bulgaria in accordance with the applicable statutory procedure, and medical devices where reimbursement of their cost is claimed under medicinal products cover.
	V. Сключване, действие и прекратяване на Застрахователния договор. Видове		**V. Conclusion, Operation and Termination of the Insurance Contract. Types of Contract**
5.1.	Застрахователният договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) се сключва във формата на застрахователна полица между Застрахователя и Застраховащия и неразделна част от него са писменото искане за сключване на Застраховката, списък на Застрахованите (когато има такъв), Общите условия на	5.1.	The Insurance Contract (individual, family or corporate/group) is concluded in the form of an insurance policy between the Insurer and the Policyholder. The written application for Insurance, the list of Insured persons (where applicable), the General Terms and Conditions of the Insurance, supplementary agreements

	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 срокът, обемът и обхватът (съгласно избрания Застрахователен пакет) на тези здравни услуги и стоки, дължимата Застрахователна премия, както и сумата на начисления данък върху Застрахователната премия, когато такъв се дължи. Застраховката влиза в сила при условията на т.5.17, след подписване на Застрахователния договор от двете страни, при наличие на застрахователен интерес и заплащане на дължимата Застрахователна премия и начисления върху нея данък съгласно договореното.		(endorsements) and other written agreements between the parties form an integral part of it. The Insurance Contract specifies the risks covered by the Insurer upon the occurrence of which specified healthcare services and goods provided to the Insured are funded, as well as the period, volume and scope of those healthcare services and goods (according to the selected Insurance Package), the Insurance Premium payable and any insurance premium tax due. The Insurance takes effect subject to clause 5.17, after the Insurance Contract has been signed by both parties, provided that an insurable interest exists and the Insurance Premium due and the tax charged on it have been paid as agreed.
5.2.	В застрахователната полица се вписват данните за Застраховащия, 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.	5.2.	The insurance policy states the particulars of the Policyholder and the Insured person(s) – name and unique civil identification number (or other identifying particulars). The Insurer may additionally request in writing other information which it considers relevant to the assessment of the risk under the Insurance.
5.3.	Корпоративен (групов) Застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане на Застраховащия, 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 своя преценка, в зависимост от броя на Застрахованите, Застрахователят може да изиска и представяне на здравни декларации на кандидатите за застраховане по свой образец.	5.3.	A corporate (group) Insurance Contract is concluded on the basis of a written application by the Policyholder. The identifying particulars (name and unique civil identification number) of the Insured persons are not stated in the insurance policy; instead, a list of the persons, in the Insurer's prescribed form, is attached to the application. At its discretion, depending on the number of Insured persons, the Insurer may also require health declarations from the applicants for insurance, using its prescribed form.
5.4.	Индивидуален или семеен Застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане, към което се прилагат:	5.4.	An individual or family Insurance Contract is concluded on the basis of a written application accompanied by:
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 Застраховащия или от законен представител (ако Застраховащият не е такъв) на кандидата за застраховане;	5.4.1.	a health declaration completed by the applicant for insurance using the Insurer's prescribed form; the health declaration for a person under 18 years of age must be completed and signed by the Policyholder or by the applicant's legal representative, if the Policyholder is not that representative;
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;	5.4.2.	an opinion on the applicant's state of health from a Physician authorised by the Insurer, based on the information in the health declaration and a preliminary medical examination carried out, at the applicant's expense, at a medical establishment designated by the Insurer;
5.4.3.	списък на лицата, по образец на Застрахователя.	5.4.3.	a list of the persons, using the Insurer's prescribed form.
5.5.	Застрахователни договори за лица от 0 до 18 години, за лица над 64 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.	5.5.	Insurance Contracts for persons aged 0 to 18, persons over 64 and other persons presenting an increased health risk, as determined from the health declaration, the conclusion of the Physician who certified that declaration and the opinion of the Physician who performed the preliminary medical examination, are concluded on terms applicable to an increased health risk.
5.6.	За лица, при които по преценка на Застрахователя е налице завишен здравен риск, Застрахователят може да откаже сключване на Застрахователен договор.	5.6.	The Insurer may decline to enter into an Insurance Contract for persons whom it considers to present an increased health risk.
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.	5.7.	An applicant's age is determined in whole years. A period of up to 6 (six) months is disregarded, while a period exceeding 6 (six) months counts as a full year.
5.8.	Писменото искане за сключване на Застрахователен договор е по образец на Застрахователя, като същото включва данни на Застраховащия / Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, други идентификационни данни, списък на Застрахованите и избраните Застрахователни пакети и съответни опции.	5.8.	The written application for an Insurance Contract must be made using the Insurer's prescribed form and must include particulars of the Policyholder/Insured, a correspondence address and telephone number, other identifying particulars, a list of Insured persons and the selected Insurance Packages and their respective options.
5.9.	При попълване на здравната декларация или на други документи с писмено поставени от Застрахователя въпроси лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на здравния риск и за които писмено е поставен въпрос, като лицата	5.9.	When completing the health declaration or other documents containing written questions from the Insurer, the persons concerned must disclose all circumstances that are material and relevant to the assessment of the health risk and about which a written question has been asked.

	носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.		Those persons bear responsibility for the truthfulness, accuracy and completeness of the information.
5.10.	Ако при попълване на здравната декларация или на други документи с писмено поставени от Застрахователя въпроси лице съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил Застраховката, ако е знаел за това обстоятелство, 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 й за периода до прекратяването на договора.	5.10.	If, when completing the health declaration or other documents containing written questions from the Insurer, a person knowingly misstates or conceals a circumstance of which, had the Insurer been aware, it would not have entered into the Insurance, the Insurer may terminate the Insurance Contract. The Insurer may exercise this right within one month of becoming aware of the circumstance. Upon termination, the Insurer retains the portion of the Insurance Premium already paid and is entitled to claim payment of the premium for the period up to termination of the contract.
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 Застраховащият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т.5.10.	5.11.	If the circumstance knowingly misstated or concealed is such that the Insurer would have entered into the contract, but on different terms, the Insurer may request an amendment to the contract. This right may be exercised within one month of becoming aware of the circumstance. If the Policyholder does not accept the proposed amendment within two weeks of receiving it, the contract terminates with the consequences specified in clause 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.	5.12.	Where an insured event occurs in the circumstances described in clause 5.10 or 5.11, the Insurer may refuse, in whole or in part, to fund the relevant healthcare services and goods only if the misstated or concealed circumstance contributed to the occurrence of the event. Where a circumstance under clause 5.10 or 5.11 contributed only to an increase in the amount of the loss, the Insurer may not refuse payment but may reduce it in the ratio of the Insurance Premium paid to the premium that would have been payable for the actual insurance risk.
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.	5.13.	If, when the Insurance Contract was concluded, a circumstance material to the assessment of the insurance risk was unknown to the parties, either party may propose an amendment to the contract within two weeks of becoming aware of it. If the other party does not accept the proposal within two weeks of receiving it, the proposing party may terminate the contract by notifying the other party in writing.
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.	5.14.	If the contract is terminated under clause 5.13, the Insurer refunds the portion of the Insurance Premium paid corresponding to the unexpired term of the Insurance Contract.
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.	5.15.	If an insured event occurs before the Insurance Contract is amended or terminated under clause 5.13, the Insurer may not refuse to fund the relevant healthcare services and goods but may reduce the amount payable in the ratio of the Insurance Premium paid to the premium that would have been payable for the actual insurance risk.
5.16.	По време на действието на Застрахователния договор всеки Застрахован е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмен въпрос, включително в здравната декларация. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно, но не по-късно от 7 дни след узнаването им.	5.16.	During the term of the Insurance Contract, each Insured must disclose to the Insurer in writing all newly arising circumstances about which the Insurer asked a written question when the contract was concluded, including in the health declaration. Disclosure must be made immediately, and no later than 7 days after the Insured becomes aware of those circumstances.
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 00.00 часа на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Застрахователя, но	5.17.	The Insurance Contract takes effect at 00:00 hours on the date stated in the insurance policy, but only if the Insurance Premium or, where payment by instalments has been agreed, the first instalment has been paid. If payment is made by bank transfer, the contract takes effect at 00:00 hours on the day following the date on

	не по-рано от началната дата, посочена в застрахователната полица.		which the Insurer's bank account is credited, but not before the inception date stated in the insurance policy.
5.18.	Подновяване на Застрахователния договор, промени в избраните пакети и опции се извършват с допълнително споразумение между страните.	5.18.	Renewal of the Insurance Contract and changes to the selected packages and options are made by supplementary agreement between the parties.
5.19.	Застрахователният договор се прекратява:	5.19.	The Insurance Contract terminates:
5.19.1.	с изтичане срока на договора;	5.19.1.	on expiry of its term;
5.19.2.	по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;	5.19.2.	by mutual agreement of the parties expressed in writing;
5.19.3.	едностранно, с едномесечно писмено предизвестие от някоя от страните;	5.19.3.	unilaterally, on one month's written notice by either party;
5.19.4.	в случаите на т.5.10, т.5.11 и т.5.13 от тези Общи условия;	5.19.4.	in the cases specified in clauses 5.10, 5.11 and 5.13 of these General Terms and Conditions;
5.19.5.	при смърт на единствения Застрахован по договора; когато по договора са Застраховани повече лица, при смърт на Застрахован се прекратява само застрахователното покритие за него.	5.19.5.	on the death of the sole Insured under the contract; where more than one person is Insured under the contract, the death of an Insured terminates only the insurance cover for that person.
5.20.	Застрахователят прекратява Застрахователния договор и отказва финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки при измама, извършена от Застраховащия / 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.	5.20.	The Insurer terminates the Insurance Contract and refuses to fund the relevant healthcare services and goods in the event of fraud committed by the Policyholder/Insured, or by a third party with their knowledge and without their objection, in connection with the use of healthcare services and goods covered under the Insurance Contract.
5.21.	При прекратяване на Застрахователния договор от Застраховащия, той е длъжен в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на предизвестието да уведоми за прекратяването и Застрахованите по договора лица.	5.21.	Where the Policyholder terminates the Insurance Contract, the Policyholder must also inform the persons Insured under the contract of the termination within 7 (seven) working days of the date of the notice of termination.
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.	5.22.	In the event of early termination, where the Insurance Premium has been paid in full in accordance with clause 5.17, the Insurer retains the portion of the premium corresponding to the elapsed term of the Insurance Contract. Where the premium is payable by instalments, the Insurer is entitled to the Insurance Premium for the period up to termination of the contract.
5.23.	При сключен корпоративен / групов Застрахователен договор, включването на нов Застрахован се извършва при следните условия:	5.23.	Under a corporate/group Insurance Contract, a new Insured is added subject to the following conditions:
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	5.23.1.	the applicant must complete a health declaration and the Insurer must approve it, where a health declaration was required when the Insurance Contract was concluded; and
5.23.2.	в случаите на разсрочено плащане на Застрахователната премия – представяне от Застраховащия на данни за всеки нов Застрахован в срок до 10 (десет) присъствени дни преди датата на падежа за плащане на вноската; покритието за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ датата на падежа, но не по-рано от 00.00 часа на деня, следващ заплащането на дължимата Застрахователна премия за него; при плащане по банков път за дата на плащането се приема датата на заверяване на банковата сметка на Застрахователя;	5.23.2.	where the Insurance Premium is payable by instalments, the Policyholder must submit the particulars of each new Insured no later than 10 (ten) working days before the due date of the instalment; cover for each new Insured begins at 00:00 hours on the day following the due date, but not before 00:00 hours on the day following payment of the Insurance Premium due for that person; for payment by bank transfer, the payment date is the date on which the Insurer's bank account is credited;
5.23.3.	в случаите на еднократно плащане на премията – представяне от Застраховащия на данни за всеки нов Застрахован и плащане на допълнителна премия; покритието за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на плащане на допълнителната премия за него; при плащане по банков път за дата на плащането се приема датата на заверяване на банковата сметка на Застрахователя;	5.23.3.	where the premium is paid in a single payment, the Policyholder must submit the particulars of each new Insured and pay an additional premium; cover for each new Insured begins at 00:00 hours on the day following payment of the additional premium for that person; for payment by bank transfer, the payment date is the date on which the Insurer's bank account is credited;
5.23.4.	когато нововключеното лице ще ползва покритие по Застрахователните пакети „Медицински стоки" и/или „Дентална помощ", Застрахователят събира за това лице пълния размер на Застрахователната премия за съответния пакет, определена за целия срок на Застрахователния договор.	5.23.4.	where a newly added person is to have cover under the Medical Goods and/or Dental Care Insurance Packages, the Insurer charges, for that person, the full Insurance Premium for the relevant package calculated for the entire term of the Insurance Contract.
5.24.	Членове на семействата на Застраховани по корпоративен Застрахователен договор се включват, когато това е договорено, най-късно до 2 (два) месеца	5.24.	Where agreed, family members of persons Insured under a corporate Insurance Contract may be added no later than 2 (two) months after the inception date of the Insurance Contract, subject to clause 5.23.

	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.	Under a corporate/group Insurance Contract, insurance cover for an Insured is terminated subject to the following conditions:
5.25.1.	Застраховащият незабавно уведомява писмено Застрахователя за промените относно Застрахованите, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от съответната промяна;	5.25.1.	the Policyholder must notify the Insurer in writing of changes concerning the Insured persons immediately, and no later than 3 (three) working days after the relevant change;
5.25.2.	покритието по Застраховката за Застрахован е до 24.00 часа на деня на изключване от Застрахователния договор; в този случай Застраховащият 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 разсрочената премия;	5.25.2.	cover under the Insurance for an Insured continues until 24:00 hours on the date of removal from the Insurance Contract; in this case, the Policyholder must notify the Insurer in accordance with the preceding clause and return the relevant documents and is entitled to a refund of the premium for that person in proportion to the remaining term of the Insurance Contract if the Insurance Premium has been paid in full under clause 5.17, or is not liable for the remaining portion of the premium payable by instalments;
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.	5.25.3.	where the person whose insurance cover is being terminated has used part of the limit under the relevant Insurance Package covering medical goods and/or dental services, the Insurer retains the portion of that person's annual Insurance Premium attributable to that Insurance Package if paid in a single payment; where the premium is payable by instalments, the Insurer is entitled to the corresponding portion of the premium instalment for that person for the period up to termination of the contract.
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.	5.26.	Insurance cover for a family member terminates upon termination of the insurance for the relevant employee, subject to clause 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).	5.27.	Under an individual/family Insurance Contract, a new Insured may be added or insurance cover for an Insured terminated only where objective circumstances exist (birth, death or a change in family status).
	VI. Права и задължения на Застрахователя		**VI. Rights and Obligations of the Insurer**
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.	6.1.	In consideration of an Insurance Premium, the Insurer undertakes to assume risks relating to the funding, up to the Limit of Liability, of healthcare services and goods provided to an Insured as specified in the Insurance Contract.
6.2.	В срок до 5 (пет) присъствени дни от влизане в сила на Застрахователния договор Застрахователят предоставя на Застраховащия здравна карта за всеки Застрахован, съдържаща трите имена на Застрахования, номера на картата 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.	6.2.	Within 5 (five) working days after the Insurance Contract takes effect, the Insurer provides the Policyholder with a health card for each Insured, stating the Insured's full name, the card number and the term of the Insurance Contract. If the health card is lost or destroyed, the Insured must notify the Insurer immediately, and no later than 3 (three) working days after the event. The Insurer issues a duplicate within 7 (seven) working days after a declaration invalidating the lost/destroyed card has been completed and the fee under the Insurer's tariff paid.
6.3.	Здравната карта легитимира Застрахования с правата по сключения Застрахователен договор пред Изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор.	6.3.	The health card serves as evidence of the Insured's entitlement under the Insurance Contract when dealing with Healthcare Providers contracted with the Insurer.
6.4.	Застрахователят незабавно, не по-късно от 1 (един) присъствен ден от влизане в сила на Застрахователния договор, предоставя на Застраховащия, списък с Изпълнителите на медицинска помощ / доставчиците на здравни стоки, с които има сключен договор за обслужване на Застрахованите, в съответствие с	6.4.	Immediately, and no later than 1 (one) working day after the Insurance Contract takes effect, the Insurer provides the Policyholder with a list of the Healthcare Providers/suppliers of healthcare goods with which it has contracts to serve the Insured persons in accordance with the risks covered under the relevant Insurance Packages

	покритите рискове по съответните Застрахователни пакети и опции. Застрахователят уведомява Застраховащия 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, Застраховащият е длъжен да уведоми Застрахованите за промените по предходното изречение.		and options. The Insurer notifies the Policyholder of changes to that list by providing an updated list in accordance with clause 3.2.1 of these General Terms and Conditions. Under a corporate (group) Insurance Contract, the Policyholder must inform the Insured persons of the changes referred to in the preceding sentence.
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.	6.5.	The Insurer creates a health file for the Insured and maintains a register containing information on Insurance Premiums paid, healthcare services and goods used and expenses reimbursed.
6.6.	Застрахователят, при поискване от Застрахования, представя информация за ползваните здравни услуги и стоки и възстановените разходи. При корпоративни Застрахователни договори Застраховащият има право да получи само статистически обобщени и неперсонифицирани данни за здравословното състояние на Застрахованите.	6.6.	At the Insured's request, the Insurer provides information on healthcare services and goods used and expenses reimbursed. Under corporate Insurance Contracts, the Policyholder is entitled to receive only aggregated statistical and non-identifying information on the health of the Insured persons.
6.7.	Застрахователят няма право, без изричното писмено съгласие на Застрахования, да разгласява станалите му известни лични данни, факти и обстоятелства, свързани със здравословното състояние на Застрахования, освен в случаите, предвидени със закон.	6.7.	The Insurer may not, without the Insured's express written consent, disclose personal data, facts or circumstances concerning the Insured's state of health which have come to its knowledge, except as provided by law.
	VII. Права и задължения на Застраховащия / Застрахования		**VII. Rights and Obligations of the Policyholder/Insured**
7.1.	Застраховащият, 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.	7.1.	When entering into the Insurance Contract (in the form of an insurance policy), the Policyholder selects the Insurance Package, the relevant option, the form of medical insurance – Subscription Service and/or Reimbursement of Expenses – and the method of payment of the Insurance Premium.
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.	7.2.	The healthcare services and goods included in the selected Insurance Package and option are for the personal use of the Insured when a need arises and a covered risk occurs, in accordance with the terms of the Insurance. Expenses incurred by the Insured for healthcare goods and services outside the cover provided by the Insurance Contract are borne by the Insured.
7.3.	В случаите, когато Застраховащият е избрал Абонаментно обслужване, Застрахованият 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 Застраховащият е избрал като форма на медицинско застраховане „Възстановяване на разходи", Застрахованият 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.	7.3.	Where the Policyholder has selected Subscription Service, the Insured is free to choose a Healthcare Provider from the list of Healthcare Providers/suppliers of healthcare goods contracted with the Insurer to provide services under the relevant Insurance Packages and options. Where the Policyholder has selected Reimbursement of Expenses as the form of medical insurance, the Insured is free to choose a Healthcare Provider and/or supplier of healthcare goods in the territory of the Republic of Bulgaria, registered under Bulgarian law and entitled to carry out the relevant activity.
7.4.	При Абонаментно обслужване Застрахованият ползва съдействието на Медицинския координатор на Застрахователя при всяко събитие, представляващо покрит по Застраховката риск. Когато съответното лечебно заведение има собствен координатор, Застрахованият ползва и неговото съдействие. Името и адресът за кореспонденция на този координатор са включени в списъка с Изпълнителите на медицинска помощ.	7.4.	Under Subscription Service, the Insured obtains assistance from the Insurer's Medical Coordinator whenever an event constituting a risk covered by the Insurance occurs. Where the medical establishment concerned has its own coordinator, the Insured also obtains assistance from that coordinator. The coordinator's name and correspondence address are included in the list of Healthcare Providers.
7.5.	При всяко събитие, представляващо покрит по Застраховката риск, в резултат на което се ползват здравни услуги и стоки, Застрахованият се свързва с Медицинския координатор на Застрахователя. Медицинският координатор уведомява Застрахования за реда на ползване на медицински услуги в съответното лечебно заведение и при необходимост оказва съдействие при ползването на здравните услуги	7.5.	Whenever an event constituting a risk covered by the Insurance results in the use of healthcare services and goods, the Insured contacts the Insurer's Medical Coordinator. The Medical Coordinator informs the Insured of the procedure for accessing medical services at the relevant medical establishment and, where necessary, assists with access to healthcare services and goods. Where the Special Conditions provide a procedure for booking

	и стоки. Когато в Специалните условия е предвиден ред за записване на часове за прегледи без допълнително телефонно потвърждение, този ред се прилага и за целите на т.7.4 и настоящата точка. Това не отменя изискванията за предварително съгласуване и писмено одобрение от Застрахователя на медицинските дейности, за които такива са предвидени.		consultations without additional telephone confirmation, that procedure also applies for the purposes of clause 7.4 and this clause. This does not waive any requirements for prior agreement and written approval by the Insurer for medical activities for which such requirements apply.
7.6.	Застраховащият е длъжен да заплаща договорената Застрахователна премия, съответно вноските по нея, в случай на разсрочено плащане, в сроковете и условията съгласно Застрахователния договор.	7.6.	The Policyholder must pay the agreed Insurance Premium or, where payment by instalments has been agreed, the instalments, within the time limits and on the terms specified in the Insurance Contract.
7.7.	Застрахованият / Застраховащият е длъжен да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравни услуги и стоки, ползването на които се обезпечава финансово по Застраховката.	7.7.	The Insured/Policyholder must not facilitate the unlawful or bad-faith use of healthcare services and goods funded under the Insurance.
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.	7.8.	At every visit to a Healthcare Provider contracted with the Insurer, the Insured must present their health card and an identity document. The Insured may not allow any other person to use their health card.
7.9.	Застрахованият / Застраховащият 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 неправомерно ползване на здравната карта след прекратяване на застрахователното покритие или на Застрахователния договор се дължи възстановяване на Застрахователя на заплатените от него суми за съответните здравни услуги и стоки.	7.9.	The Insured/Policyholder must return the health card to the Insurer immediately, and no later than 5 (five) working days after termination of the insurance cover or the Insurance Contract. If the health card is used without entitlement after termination of the insurance cover or the Insurance Contract, the amounts paid by the Insurer for the relevant healthcare services and goods must be repaid to the Insurer.
	VIII. Лимит на отговорност		**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).	8.1.	The Insurer's liability under the Insurance Contract is limited to the Limit of Liability for the relevant Insurance Package and selected option specified in the Insurance Contract (policy).
8.2.	Лимитът на отговорност на Застрахователя може да бъде:	8.2.	The Insurer's Limit of Liability may be:
8.2.1.	финансов (застрахователна сума) – определена парична сума, до която се обезпечават финансово ползвани от Застрахования здравни стоки и услуги; или	8.2.1.	a monetary limit (sum insured) – a specified amount up to which the healthcare goods and services used by the Insured are funded; or
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.	8.2.2.	a frequency limit – a specified number of healthcare goods and services funded by the Insurer and provided to the Insured by a Healthcare Provider/supplier of healthcare goods.
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.	8.3.	Individual healthcare services and goods, and specified groups of healthcare services and goods, may be subject to limits forming part of the Limit of Liability for the relevant option of the relevant Insurance Package.
	IX. Застрахователна премия		**IX. Insurance Premium**
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.	9.1.	The Insurance Premium is determined according to the risks covered and the funding provided for the relevant healthcare services and goods included in the Insurance Package and option, and in accordance with the tariff in force when the Insurance Contract is concluded. In determining the premium, the Insurer applies the coefficients specified in its tariffs, assessing the potential risk for each Insured. If an extension of cover and/or an increase in limits and/or the sum insured is agreed during the relevant Insurance Period, the additional premium is calculated in proportion to the remaining Insurance Period. If the risk changes during the Insurance Period, the Insurer may request renegotiation of the coefficients applied.
9.2.	Застрахователната премия се плаща при сключване на Застрахователния договор в пълен размер, освен в	9.2.	The Insurance Premium is payable in full upon conclusion of the Insurance Contract, unless otherwise agreed. By

	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.		agreement between the parties, recorded in the Insurance Contract or an appendix thereto, the premium may be paid in instalments during the relevant Insurance Period.
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.	9.3.	The Insurance Premium is payable by bank transfer. The date of payment is the date on which the Insurer's bank account is credited.
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.	9.4.	Where payment by instalments has been agreed, failure to pay an instalment of the premium results in termination of the Insurance upon expiry of 15 (fifteen) days from the due date of that instalment.
9.5.	Застрахователят не дължи връщане на Застрахователна премия при смърт на Застрахован.	9.5.	The Insurer is not required to refund the Insurance Premium upon the death of an Insured.
	X. Действия при настъпване на застрахователно събитие. Възстановяване на разходи		**X. Procedure Following an Insured Event. Reimbursement of Expenses**
10.1.	В случай на събитие, представляващо покрит риск, Застрахователят обезпечава заплащането на стойността на предоставените от Изпълнител на медицинска помощ здравни услуги и стоки, посочени в опциите на съответния Застрахователен пакет, избран от Застраховащия със сключване на Застрахователния договор, в случаите когато като форма на медицинско застраховане е избрано „Абонаментно обслужване".	10.1.	Where Subscription Service has been selected as the form of medical insurance, upon the occurrence of an event constituting a covered risk, the Insurer pays for the healthcare services and goods supplied by a Healthcare Provider and specified in the options of the relevant Insurance Package selected by the Policyholder when entering into the Insurance Contract.
10.2.	При избрана форма на медицинско застраховане „Абонаментно обслужване" Застрахованият ползва покритите здравни услуги и стоки, без да заплаща стойността им на Изпълнителя на медицинска помощ, освен за частта, представляваща уговорено Самоучастие или надвишаваща приложимия Лимит на отговорност. Застрахователят урежда разплащанията непосредствено със съответния Изпълнител при условията и по реда на сключения между тях договор. Здравните услуги и стоки, които не се покриват по Застрахователния договор, остават за сметка на Застрахования.	10.2.	Where Subscription Service has been selected as the form of medical insurance, the Insured uses the covered healthcare services and goods without paying their cost to the Healthcare Provider, except for the agreed Cost Sharing or any amount exceeding the applicable Limit of Liability. The Insurer settles payments directly with the relevant Provider on the terms and in accordance with the procedure set out in their contract. Healthcare services and goods not covered by the Insurance Contract remain at the Insured's expense.
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.	10.3.	Under Reimbursement of Expenses, the Insurer reimburses expenses incurred by the Insured up to the Limit of Liability, on the basis of the Insured's claim for Reimbursement of Expenses using the Insurer's prescribed form and the insurance, medical and financial documents submitted, corresponding to the healthcare services and goods used by the Insured and the conditions on which they were provided. The Insured submits all documents at their own expense.
10.4.	При „Възстановяване на разходи" Застрахованият е длъжен в срок от 1 (един) месец от датата на извършване на съответния разход за здравни услуги и стоки писмено да уведоми Застрахователя 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.	10.4.	Under Reimbursement of Expenses, the Insured must notify the Insurer in writing and submit a claim under clause 10.3 within 1 (one) month of the date on which the relevant expense for healthcare services and goods was incurred. This period may be extended where objective reasons prevented compliance (hospitalisation, serious Illness, absence from the country or similar circumstances), supported by appropriate documents.
10.5.	За изплащане на застрахователно обезщетение при „Възстановяване на разходи" при подаване на искането по т.10.3 Застрахованият трябва да представи разходооправдателни и платежни документи (фактура с касов бон / платежно нареждане с удостоверено изпълнение / вносна бележка или фискална фактура), издадени на името на Застрахования, за ползваните здравни стоки и услуги, както и следните документи:	10.5.	For payment of insurance indemnity under Reimbursement of Expenses, when submitting a claim under clause 10.3, the Insured must provide documents substantiating the expenses and payment (an invoice together with a fiscal receipt, an executed payment order, a cash deposit slip or a fiscal invoice), issued in the Insured's name for the healthcare goods and services used, together with the following documents:
10.5.1.	за закупени лекарствени продукти: рецепти, издадени от съответния Лекар, и Документ за извършен лекарски преглед; лекарствените продукти трябва да са закупени в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на издадената рецепта / документа от лекарския преглед;	10.5.1.	for medicinal products purchased: prescriptions issued by the relevant Physician and a Medical Examination Record; the medicinal products must have been purchased within 7 (seven) working days of the date of issue of the prescription/medical examination document;

10.5.2.	за закупени стъкла за очила: документ за извършен преглед от Лекар със специалност „Очни болести“ и рецепта с посочени параметри на предписаната оптична корекция; стъклата трябва да са закупени в срок до 3 (три) месеца от датата на издаване на рецептата;	10.5.2.	for spectacle lenses purchased: a record of an examination by a Physician specialising in ophthalmology and a prescription specifying the parameters of the prescribed optical correction; the lenses must have been purchased within 3 (three) months of the prescription date;
10.5.3.	за закупени Помощни средства, както и за Медицински консумативи в извънболничната помощ: рецепти или документи за медицинско назначение, издадени от Лекар или Изпълнител на медицинска помощ;	10.5.3.	for Assistive Devices and Outpatient Medical Consumables purchased: prescriptions or medical orders issued by a Physician or Healthcare Provider;
10.5.4.	за извършени медицински прегледи и/или манипулации: документ за лекарски преглед и/или манипулация;	10.5.4.	for medical examinations and/or procedures performed: a record of the medical examination and/or procedure;
10.5.5.	за извършени медицински изследвания: документ от лекарски преглед, документ за назначаване на изследванията и копие от резултатите;	10.5.5.	for medical investigations performed: a medical examination record, the order for the investigations and a copy of the results;
10.5.6.	за болнично лечение: епикриза;	10.5.6.	for inpatient treatment: a discharge summary;
10.5.7.	за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза и картон (физиотерапевтична карта) с описание на проведените физиотерапевтични процедури.	10.5.7.	for treatment at a sanatorium: a medical referral for sanatorium treatment, a discharge summary and a treatment record (physiotherapy card) describing the physiotherapy procedures performed.
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.	10.6.	Under the Insurance Code, the Insurer is entitled to require the Insured to submit additional evidence necessary to establish and assess the grounds, circumstances and amount of the claim made against it.
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.	10.7.	The Insurer shall not require evidence which the Insured cannot obtain because of existing statutory impediments or the absence of a legal means of obtaining it.
10.8.	Когато представените с искането по т.10.3 документи са непълни или са необходими допълнителни доказателства съгласно т.10.6, Застрахователят уведомява Застрахования за необходимите документи и доказателства при условията и в сроковете, предвидени в Кодекса за застраховането, като му предоставя срок до 1 (един) месец за представянето им.	10.8.	Where the documents submitted with the claim under clause 10.3 are incomplete or additional evidence is required under clause 10.6, the Insurer notifies the Insured of the necessary documents and evidence on the terms and within the time limits laid down in the Insurance Code, allowing the Insured up to 1 (one) month to submit them.
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 Застраховащия и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.	10.9.	Upon the occurrence of an insured event, the Insurer is entitled to access all medical documentation relating to the Insured’s state of health and may request it from any person holding such information, including the Policyholder and the Insured. They must provide the Insurer with all information and documentation requested from them and/or known to them concerning the Insured’s state of health.
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.	10.10.	Within 15 (fifteen) working days after the Insured has submitted all evidence establishing the grounds and amount of the expenses incurred, including any additional evidence requested by the Insurer under the Insurance Code, the Insurer reimburses the Insured for the healthcare goods and services or issues a reasoned refusal of payment, notifying the Insured of the reasons for refusing payment in whole or in part.
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”).	10.11.	If the Insured dies after receiving healthcare services and goods covered by the Insurance, the Insurer reimburses the expenses for those services and goods to the Insured’s heirs at law under Reimbursement of Expenses.
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	10.12.	If a claim under the Insurance is fraudulent, all payments under the Insurance will be refused and the person responsible for the relevant acts or omissions will be referred to the competent authorities for the purpose of establishing their liability under criminal law. Any act or omission which misleads, or maintains an existing misconception on the part of, the Insurer’s representatives or employees as to the occurrence of the

	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.		insured event, the amount of the insurance payment due or other circumstances material to entitlement to an insurance payment constitutes fraud.
10.13.	Застрахователят не обезпечава финансово ползвани от Застрахования здравни услуги и стоки в следните случаи:	10.13.	The Insurer does not fund healthcare services and goods used by the Insured in the following cases:
10.13.1.	при неспазване от Застрахования на предписан режим или лечение; при симулиране от Застрахования на събитие, представляващо покрит риск;	10.13.1.	failure by the Insured to comply with a prescribed regimen or treatment; feigning by the Insured of an event constituting a covered risk;
10.13.2.	за здравни услуги и стоки, изключени от застрахователното покритие съгласно раздел IV от настоящите Общи условия;	10.13.2.	healthcare services and goods excluded from insurance cover under Section IV of these General Terms and Conditions;
10.13.3.	разходи, покрити от НЗОК, МЗ, по други застрахователни договори с друг застраховател или покрити от държавни, общински, или обществени и частни медицински програми;	10.13.3.	expenses covered by the NHIF, the Ministry of Health, other insurance contracts with another insurer, or state, municipal, public or private healthcare programmes;
10.13.4.	разходи за самолечение или за лечение от лице, което няма право да извършва съответната медицинска дейност;	10.13.4.	expenses for self-treatment or treatment by a person not authorised to carry out the relevant medical activity;
10.13.5.	разходи за лечение, извършено при нарушаване разпоредбите на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения.	10.13.5.	expenses for treatment provided in breach of the Health Act or the Medical Establishments Act.
	XI. Съобщения		**XI. Notices**
11.1.	Всяко съобщение от Застрахования / Застраховащия, 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.	11.1.	Any notice from the Insured/Policyholder relating to the Insurance must be sent to the Insurer's address and/or email address stated in the Insurance Contract, unless the Insurer agrees otherwise in writing.
11.2.	Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Застраховащия се изпраща на посочения в Застрахователния договор адрес на Застрахования / Застраховащия. При сключване на Застраховката Застрахованият / Застраховащият заявяват и 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 / Застраховащият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в Застрахователния договор адрес или в заявения e-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/e-mail.	11.2.	Any notice from the Insurer to the Insured/Policyholder is sent to the Insured's/Policyholder's address stated in the Insurance Contract. When entering into the Insurance, the Insured/Policyholder also provides an email address for receipt of notices, including notices of changes to the terms of the Insurance, the amount of the Insurance Premium and other matters. The Insured/Policyholder must immediately notify the Insurer in writing of any change to the address stated in the Insurance Contract or the email address provided, and supply the new address/email address.
	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.	In accordance with the personal data protection legislation applicable in the Republic of Bulgaria, the Insurer hereby informs the Insured that:
12.1.1.	Застрахователят е администратор на лични данни, като връзка със Застрахователя и определеното от него длъжностно лице по защита на данните може да бъде осъществена на посочения в т.1.1.1. адрес на управление.	12.1.1.	The Insurer is a controller of personal data. The Insurer and its designated data protection officer may be contacted at the business address specified in clause 1.1.1.
12.1.2.	Предоставените от Застрахования / Застраховащия лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на Застрахователния договор и за целите на директния маркетинг, като правното основание за обработването им може да бъде или изрично съгласие на Застрахования / Застраховащия, или изпълнението на Застрахователния договор, или ако обработването е необходимо за спазването на законово задължение на Застрахователя, или ако обработването е необходимо за целите на легитимните интереси на Застрахователя. Обработването на личните данни е за срок, който е съобразен с целите на обработването, без да надхвърля минимално необходимия срок за обработване на данните.	12.1.2.	Personal data provided by the Insured/Policyholder are processed by the Insurer for the purposes of concluding and performing the Insurance Contract and for direct marketing purposes. The legal basis for processing may be the express consent of the Insured/Policyholder, performance of the Insurance Contract, compliance with a legal obligation of the Insurer, or the necessity of processing for the purposes of the Insurer's legitimate interests. Personal data are processed for a period appropriate to the purposes of processing, not exceeding the minimum period necessary for processing the data.

12.1.3.	При наличие на приложимо правно основание и спазване на изискванията на законодателството за защита на личните данни, личните данни могат да бъдат разкривани на лица, имащи качеството „обработващ лични данни“ по смисъла на чл.4, т.8 от Регламент (ЕС) 2016/679, на трети лица, институции или организации, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба или е свързано с изпълнението на Застрахователния договор, както и на трети лица за статистически цели.	12.1.3.	Where an applicable legal basis exists and the requirements of personal data protection legislation are met, personal data may be disclosed to persons acting as processors within the meaning of Article 4(8) of Regulation (EU) 2016/679, to third parties, institutions or organisations where disclosure is required by an express statutory provision or relates to performance of the Insurance Contract, and to third parties for statistical purposes.
12.1.4.	Предоставянето на лични данни е необходимо, когато те се изискват по закон или са нужни за сключването или изпълнението на Застрахователния договор. 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.	12.1.4.	Personal data must be provided where required by law or necessary for the conclusion or performance of the Insurance Contract. Refusal to provide such data entitles the Insurer to decline to enter into a contract or take other action where the absence of those data prevents an objective assessment of the risk of the transaction, otherwise jeopardises its legitimate interests or hinders performance of the Insurance Contract.
12.1.5.	Застрахованият / Застраховащият има право на достъп до личните си данни, както и право да иска коригирането им или заличаването им по реда и при условията на приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни.	12.1.5.	The Insured/Policyholder has the right to access their personal data and to request rectification or erasure in accordance with the procedures and conditions laid down in the personal data protection legislation applicable in the Republic of Bulgaria.
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.	12.1.6.	Every person has the right to object to the processing of their personal data for direct marketing purposes and is hereby informed that their personal data may be disclosed to third parties or used on their behalf for direct marketing purposes. The person may object to such disclosure or use by sending a statement to the Insurer’s address.
12.2.	С полагането на подпис за сключване на настоящата Застраховка Застрахованият / Застраховащият потвърждава, че е уведомен за обработването на предоставените от него лични данни от Застрахователя за нуждите на Застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, при наличие на приложимо правно основание и при условията на т.12.1, включително чрез извършването на всяка операция или съвкупност на операции с предоставените лични данни или с набора от лични данни, включващ предоставените от него данни по време на процеса по 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 / Застраховащият е уведомен за Политиката за конфиденциалност на Застрахователя, която е публикувана на www.fihealth.bg.	12.2.	By signing to conclude this Insurance, the Insured/Policyholder confirms that they have been informed of the Insurer’s processing of the personal data they have supplied for the purposes of the Insurance, direct marketing and statistical purposes, where an applicable legal basis exists and subject to clause 12.1. This includes any operation or set of operations performed on the personal data supplied, or on a dataset containing the data supplied during the process of concluding the Insurance Contract, by automated or other means. At the Insurer’s discretion, such operations comprise collection, recording, organisation, structuring, storage, adaptation or alteration, retrieval, consultation, use, disclosure by transmission, dissemination or otherwise making available, alignment or combination, restriction, erasure or destruction. Processing may also include disclosure of personal data to third parties (including a person established in a country which is not a member of the European Union or the European Economic Area) for the purposes of the Insurance, direct marketing and statistical purposes, as specified in the preceding clause. Signing the Insurance also confirms that the Insured/Policyholder has been informed of the Insurer’s Privacy Policy, published at www.fihealth.bg.
	XIII. Приложимо право и подсъдност		**XIII. Governing Law and Jurisdiction**
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,	13.1.	Disputes between the parties are resolved through negotiation and mutual agreement, and in accordance with the Internal Rules for the Settlement of Claims under Insurance Contracts Concluded by FI Health

	сключвани от „Фи Хелт Застраховане" ЕАД". Уреждането на претенциите по реда на вътрешните правила на „Фи Хелт Застраховане" ЕАД 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.		Insurance EAD. Settlement of claims under the internal rules of FI Health Insurance EAD does not restrict the Insured's right to bring a claim before a court. All disputes not resolved by mutual agreement arising out of or relating to this Insurance, including disputes concerning its interpretation, invalidity, performance or termination, or the filling of gaps in the Insurance or its adaptation to new circumstances, shall be resolved by the competent court.
13.2.	За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство.	13.2.	Bulgarian law applies to all matters concerning the insurance relationship which are not expressly provided for.
13.3.	Жалбите на ползватели на застрахователни услуги се разглеждат по реда на вътрешните правила на Застрахователя за разглеждане на жалби, публикувани на www.fihealth.bg. Ползвателите могат да подават жалби и до Комисията за финансов надзор. Когато ползвателят има качеството на потребител по смисъла на Закона за защита на потребителите и спорът не е разрешен след отнасянето му до Застрахователя, той може да го отнесе за извънсъдебно разрешаване до Секторната помирителна комисия за разглеждане на спорове в областта на застраховането и застрахователното посредничество, включително при предоставянето на финансови услуги от разстояние в тези сектори, към Комисията за защита на потребителите. Информация за помирителното производство е достъпна на www.kzp.bg. Участието в производството е доброволно, а помирителното предложение обвързва страните само ако бъде прието от тях.	13.3.	Complaints by users of insurance services are considered in accordance with the Insurer's internal complaints-handling rules, published at www.fihealth.bg. Users may also submit complaints to the Financial Supervision Commission. Where the user is a consumer within the meaning of the Consumer Protection Act and the dispute has not been resolved after being referred to the Insurer, the consumer may refer it for out-of-court resolution to the Sectoral Conciliation Committee for disputes in insurance and insurance intermediation, including the provision of financial services at a distance in those sectors, at the Consumer Protection Commission. Information on the conciliation procedure is available at www.kzp.bg. Participation in the procedure is voluntary, and a conciliation proposal binds the parties only if they accept it.
	XIV. Допълнителни разпоредби		**XIV. Additional Provisions**
14.1.	Всички права, произтичащи от сключената Застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство.	14.1.	All rights arising under the Insurance are time-barred upon expiry of the limitation period prescribed by the Bulgarian legislation in force.
14.2.	По решение на Застрахователя застрахователно обезщетение може да се плаща и след изтичане на давностния срок.	14.2.	The Insurer may, at its discretion, pay insurance indemnity after the limitation period has expired.
14.3.	Тези Общи условия се подписват на български и английски език. При несъответствие или противоречие между двата текста предимство има текстът на български език.	14.3.	These General Terms and Conditions are signed in Bulgarian and English. In the event of any discrepancy or conflict between the two texts, the Bulgarian text shall prevail.
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. изм. с решение от 30.09.20 26 г., в сила от 01.10.2026г.		**These General Terms and Conditions were adopted by the Board of Directors of FI Health Insurance AD at its meeting held on 16 May 2013 and took effect on 14 June 2013, as amended by a resolution of 30 March 2015, effective from 30 March 2015, by a resolution of 1 February 2018, effective from 1 March 2018, by a resolution of 23 May 2018, effective from 23 May 2018, by a resolution of 21 December 2023, effective from 1 January 2024, and by a resolution of 30.09.2026, effective from 01.10.2026.**	

For the Insurer:

За Застрахователя:

Виктор Спасов
Изпълнителен директор
Viktor Spasov
CEO

Цветомира Карапчанска
Изпълнителен директор
Tsvetomira Karapchanska
CEO

For the Policyholder:

За Застраховащия: