

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“

СЪДЪРЖАНИЕ

- I. Дефиниции
- II. Общи положения
- III. Застрахователно покритие
- IV. Общи изключения
- V. Сключване на застрахователен договор
- VI. Срок и действие на застрахователния договор
- VII. Застрахователна сума. Застрахователна премия
- VIII. Промени в договора. Прекратяване
- IX. Права и задължения на застрахования / застрахования. последици от неизпълнение на задълженията
- X. Взаимоотношения при настъпване на застрахователно събитие
- XI. Данъци и такси
- XII. Заключителни положения

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 КЪМ РАЗДЕЛ III. ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 КЪМ РАЗДЕЛ X ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“

I. ДЕФИНИЦИИ

ЗАСТРАХОВАЩ е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователния договор и плаща определената застрахователна премия.

ЗАСТРАХОВАН е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.

ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.

ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД е периодът, след датата на сключване на договора, през който Застрахованият не може да ползва здравни услуги и стоки;

ПАДЕЖ е датата за плащане на застрахователната премия или на разсрочена вносна от нея;

ЗДРАВЕН ПАКЕТ е група от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и/или стоки, които се покриват изцяло или частично от Застрахователя при условията на договора за здравна застраховка, приложенията и анексите към него и тези Общи условия;

ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ е физическо или юридическо лице, регистрирано по Закона за лечебните заведения и имащо право да извършва медицинска дейност, съгласно Българското законодателство. Не са Изпълнители на медицинска помощ лечебните заведения за лечение на психично болни, алкохолици и наркомани, хосписи и домове за медико-социални грижи;

ДОСТАВЧИК НА ЗДРАВНИ СТОКИ е търговец, регистриран по Търговския закон, който има право да доставя, дистрибутира или продава здравни стоки;

МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ е система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и/или профилактични услуги, осигурявани от медицински специалисти или изпълнители на медицинска помощ;

ДЕНТАЛНА ПОМОЩ е система от профилактични, диагностични и лечебни услуги, осигурявани от лекари по дентална медицина или изпълнителни на дентална помощ;

ЧЛЕН НА СЕМЕЙСТВО НА ЗАСТРАХОВАН е физическо лице – съпруг, съпруга, включително лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство /в едно домакинство и на съпругески начала/ и/или техните непълнолетни деца, включително деца на един от съпрузите или съвместно живеещите лица, осиновени деца или деца за които се грижат като настойници или попечители, на възраст от 0 месеца до 18 години. Пълнолетни деца се застраховат само, ако не са женени/омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си;

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ е настъпването на покрит застрахователен риск през срока на действие на договора, изразяващо се в появилата се необходимост от ползването на здравни услуги и/или стоки в резултат на

заболяване, обостряне на съществуващо заболяване или хронично такова, травми от злополуки и други нещастни случаи, а в случай че в договора е уговорено друго и диспансерно наблюдение;

ЗАБОЛЯВАНЕ е съвкупността от оплаквания и клинични прояви, за които е поставена диагноза от практикуващ съгласно българското законодателство лекар, налагаща свързани с нея система от лечебни мерки, отразени в официални медицински документи;

АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е остро, внезапно настъпило нарушение на основните жизнени функции на организма, с бързо прогресиране на симптоматиката, което може да доведе до тежки органични нарушения, инвалидност или смърт и изискващо спешна медицинска намеса. За тези нарушения /заболявания или наранявания/ се очаква да се повлияят бързо от адекватно лечение, насочено към възстановяване на здравословното състояние, което е било преди нарушението;

ЗЛОПОЛУКА е събитие, настъпило внезапно, не по волята на Застрахования, което може да бъде определено по време и място и в срок до една година от датата на настъпването е причинило неработоспособност и/или смърт;

За злополука се признават и случаите на:

- изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно напъгане на собствени сили;
- неработоспособност и/или смърт, причинени от задължителна имунизация;
- заболявания, които са пряко следствие от настъпила злополука;
- инфекции, при които заразната материя е проникнала при злополука в организма на пострадащото лице;
- ухапване от насекоми, с изключение на маларичен комар;
- ухапване от влечуги и гризачи;

Не се считат за злополука нещастните случаи, настъпили в резултат на:

- професионални заболявания;
- заболявания от общ характер;
- травматични увреждания, получени при епилептични припадъци, както и при припадъци, причинени от други заболявания (включително колики), при психични болести, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане, атеросклероза и други;
- остри стомашно-чревни инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза;
- усложнение на бременността, раждането и следродовия период, аборт в извънболнични условия;
- температурни влияния – простуда, измръзване, слънчев или топлинен удар, слънчево изгаряне, възпалителни състояния на органи и системи, причинени от ниски температури;
- медицинска или хирургическа манипулация и интервенция, освен ако тя е наложена от самата злополука;

- алкохолно въздействие, довело до смърт или траматични увреждания;
- въздействие на наркотични вещества или техни аналози – стимулатори, допингиращи средства, довело до смърт или траматични увреждания.

Не са злополука и ингвиналните и коремни хернии, дисковите хернии, радикулити, отлепване на ретината.

ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ се определя като заболяване, болест, страдание или травма, които имат една или повече от следните характеристики:

- повтарящ се във времето характер на основните симптоми, клиничната картина, лабораторните показатели;
- прогресивно развитие, понякога с ремисия, но без окончателно излекуване;
- изискващо поддържащо лечение – постоянно, сезонно или при обостряне, което нормализира състоянието, но не води до излекуване;
- изискващо диспансерно наблюдение, проследяване на патологичните отклонения и внасяне на корекции в лечението;
- водещо до трайно ограничение на функцията на отделен орган или система и формиращо процент ТНР.

СЪЩЕСТВУВАЩИ ПРЕДИ ДОГОВОРА СЪСТОЯНИЯ – отклонение от нормалния здравен статус, свързано с наличие на симптоми, клинична картина в различен стадий, патологични отклонения от референтните стойности на лабораторните показатели, евентуално провеждано лечение, проявили се през последните 5 години преди началото на застрахователното покритие, независимо от това дали е или не е потърсена лекарска помощ и дали е или не е поставена диагноза.

ПРЕДХОДНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са всички диагностицирани отклонения от нормалния здравен статус, които Застрахованият е имал преди или при сключване на застрахователния договор, или актуално заболяване, за което има презумпция за минала анамнеза.

КРИТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ – заболяване на Застраховано лице, симптомите на което се проявяват и диагностицират за първи път през срока на застраховката, с изключение на Изчаквателния период или Периода на преживяване.

ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ включва здравни (медицински) услуги, които се предоставят в амбулаторни условия, от лечебни заведения за извънболнична помощ, съгласно Закона за лечебните заведения, в съответствие с медицинските стандарти.

БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ е стационарният престой и/или целият набор от здравни (медицински) услуги, които се предоставят от лечебни заведения за болнична помощ, съгласно Закона за лечебните заведения, в съответствие с медицинските стандарти съобразно здравословното състояние на застрахованото лице.

ОПЕРАТИВНО/ХИРУРГИЧЕСКО ЛЕЧЕНИЕ е непосредственият лечебен процес, когато с хирургически способности се извършва корекция на патологични състояния на органи или системи, както и цялото многообразие от оперативни вмешателства, извършвани еднократно или многократно, но взаимосвързани – в точно определено време, отразено в оперативния журнал на амбулаторните или болнични звена, включващи операционна дейност в лечението.

МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД включва: анамнеза, установяване на обективно състояние, физикални и апаратни методи за изследване на здравословното състояние на застрахованото лице, както и комплексна преценка на резултатите от клиничното търсене и чрез тях поставяне на диагноза и назначаване на лечение. По смисъла на тези Общи условия не са медицински прегледи, дейностите, изпълнени от екстрасенси, народни лечители и неспособни медицински (физически и юридически) лица. Медицинският преглед може да е извършен и в дома на пациента при неотложни показания.

МЕДИЦИНСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ са методи за разкриване на патологичните отклонения от нормалните физиологични показатели на организма, прилагани от квалифицирани лица, оторизирани в съответствие с действащото законодателство да ги извършват. Резултатите от медицинските изследвания следва да бъдат отразени в официален медицински документ. Изследванията се назначават от съответния лекар-специалист по съществуващи медицински показания.

НАБЛЮДЕНИЕ НА БРЕМЕННОСТ включва предварително определени прегледи и изследвания, извършени с цел проследяване състоянието на бременната, плода и развитието на бременността.

РАЖДАНЕ е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, който е потенциално жизнеспособен. Застрахователното покритие за „раждане“ включва медицинска помощ,

здравни грижи и битови условия, предоставяни на застрахованите лица в болнични условия по повод раждане. По настоящите Общи условия, Застрахователят обезпечава разходи свързани с раждане, единствено и само, ако същите са извършени в лечебно заведение за болнична медицинска помощ.

ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ е всеки краен продукт, който представлява активно вещество или комбинация от активни вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора, произведени или допуснати официално за внос в България и регистрирани за употреба в Изпълнителна агенция по лекарствата по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица.

ИМПЛАНТИ са медицински изделия, по смисъла на Закона за медицинските изделия, които се имплантират чрез хирургическа или друга медицинска интервенция в човешкото тяло и остават в него за период по-дълъг от 30 дни;

МЕДИЦИНСКИ КОНСУМАТИВИ И ПРЕВЪРЗОЧНИ МАТЕРИАЛИ са медицински изделия, по смисъла на Закона за медицинските изделия, необходими в медицинската практика при извършване на диагностични и терапевтични дейности, употребени в хода на профилактика, диагностика и лечение, съобразно дадено за тях лекарско предписание. Към тях спадат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, аобкат, инжекционни спринцовки, игли, катетри и други консумативи, свързани с диагностиката и лечението на застрахованото лице. Не са консумативи изкуствени лещи, стентове, пейсмейкъри, изкуствени стави, импланти и други остеосинтетични средства;

ПОМОЩНИ СРЕДСТВА са използваните средства за подпомагане и корекция на жизнени функции, предписани от лекар и закупени по време на действие на договора. Помощни средства са: протези, патерици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки и уринатори и други;

КОРЕКЦИОННИ СРЕДСТВА са: контактни лещи, стъкла за очила и слухови апарати.

СПЕЦИАЛИЗИРАН МЕДИЦИНСКИ/САНИТАРЕН ТРАНСПОРТ е транспортиране на Застрахования при необходимост, от медицинска гледна точка, от дома му или мястото на инцидента до лечебно заведение, или от едно лечебно заведение до друго лечебно заведение, осъществявано чрез специализирано МПС с придружаващ медицински екип/лице на територията на Република България.

СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма.

СПЕШНО СЪСТОЯНИЕ е всяко остро или внезапно възникнало състояние на нарушение на виталните функции на организма, свързано с нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло, водещо непосредствено до смърт или трайно и тежко увреждане. Този тип състояние изискват незабавна намеса на подготвени за целта лица, които да осигурят поддържането на виталните функции на организма до поставянето на окончателната диагноза от медицински специалист/и и прилагане на реанимационни мероприятия или на интензивни грижи.

НЕОТЛОЖНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.

НЕОТЛОЖНО СЪСТОЯНИЕ е всяко възникнало болестно състояние или обострено хронично заболяване, което е довело до дискомфорт на лицето и е предпоставка за търсене на медицинска помощ и носи риск от евентуално нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло. Неотложното състояние изисква бърза намеса от страна на медицински специалист за изясняване и диагностициране на това състояние, предприемане на мерки за овладяване на придружаващите го симптоми и синдроми (болка, гадене, повръщане и други) и последващо предприемане на лечебни мероприятия.

„САМОУЧАСТИЕ“ е тази част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие, която Застрахованият поема за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от Застрахователя. Размерът на самоучастието се посочва в договора и се прилага за всеки възникнал случай.

ПРЕДНАМЕРЕНО ИЗЛАГАНЕ НА ОПАСНОСТ /ПРЕДНАМЕРЕНО ДЕЙСТВИЕ означава умишлен, волеви и осъзнат акт на Застрахования, в резултат на

който той уврежда или създава реална опасност за увреждане на здравето му и/или телесната му цялост.

ЕКСТРЕМНИ СПОРТОВЕ – видове спорт с висока степен на присъща та опасност. Включват екстремни нива на височина, скорост, умения и сила, както и използването на специализирана екипировка за тяхното упражняване. Като „екстремни спортове“ се определят моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене, спелеология, рафтинг.

БЕЗПЛОДИЕ (инфертилитет) е термин, който обединява три състояния: невъзможност да се зачене (стерилитет), невъзможност да бъде доизносена бременността, докато плодът стане жизнеспособен (недоизносване), и нежизнеспособност на новороденото.

РАЗУМНИ И ОБИЧАЙНИ РАЗХОДИ са разходите, чиято стойност не надвишава:

- 300% от стойността на проведени в системата на извънболничната медицинска помощ, „първичен преглед“ и „вторичен преглед“, съобразно действащия към момента на ползване на услугата Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз (наричан НРД);
- 130% от стойността на клиничната пътека, кореспондираща на проведеното болнично лечение, съобразно действащия към момента на постъпване в лечебното заведение НРД;
- Максималната продажна цена на закупения лекарствен продукт, определена съгласно Регистъра на максималните продажни цени воден от Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (наричан НСЦРЛП).

ТЕЛЕМЕДИЦИНА е медико-консултативна дейност за оказване на срочна медицинска помощ от разстояние, чрез провеждане на консултативна беседа с лекар и/или интерпретация на показателите от проведени медико-диагностични изследвания. Телемедицинската консултация се извършва от правоспособен лекар, чрез видео или аудио конферентна връзка с пациенти, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяване.

II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. По настоящите Общи условия за здравна застраховка „AXI HEALTH“ и срещу платена застрахователна премия, „ЗК Аксиом“ АД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова български граждани и чуждестранни граждани, пребиваващи в Република България на законно основание. Застраховката покрива рискове, произтичащи от заболяване и/или вследствие на злополука, настъпили през периода на застрахователно покритие, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и/или стоки.

1.1. „Законно основание“ по смисъла на т. 1 от Общите условия е валидно разрешение за продължително, дългосрочно или постоянно пребиваване на чужденец по смисъла на Закона за чужденците в Република България или валидно удостоверение за продължително или постоянно пребиваване на гражданин на държава-членка на Европейския съюз, на държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство или на Конфедерация Швейцария.

2. По смисъла на тези Общи условия:

2.1. „Застрахован“ е физическо лице на възраст от 0 месеца до 69 навършени години, към датата на сключване на договора, като определянето на възрастта се извършва на база цели години. Застрахователят може да разшири обхвата на застрахованите лица в конкретния договор.

2.2. „Застраховач“ е физическо или юридическо лице, което сключва договор за здравна застраховка и поема задължението да плати застрахователната премия. Застраховачият, при условията на застрахователния договор, може да бъде и Застрахован.

3. Застраховката, сключена по настоящите Общи условия, има действие само на територията на Република България, освен ако в договора е уговорено друго.

4. Здравното застраховане по смисъла на настоящите Общи условия се осъществява при спазване на принципите на доброволност, отговорност за собственото здраве, добросъвестност, свободен избор на изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на медицинска стока на застрахованите лица, освен в случаите, когато се изисква задължителна координация на застрахования от страна на застрахователя.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

5. Застрахователят обезпечаваша финансово здравни услуги и/или стоки подробно описани в Приложение 1 към настоящите Общи условия, ползвани от застрахованото лице, с цел диагностика и лечение на заболявания и травматични увреди, или други договорени здравни стоки и услуги.

6. Застрахователното покритие включва определени здравни услуги и/или стоки, на които имат право застрахованите лица, съгласно тези Общи условия, застрахователния договор и включените в него ограничения, изключения и специални условия, ако са приложими такива. Здравните услуги, попадащи в обхвата на застрахователното покритие на тази застраховка, са групирани в здравни пакети.

7. Във всеки от здравните пакети, покритите здравни стоки/ услуги са обособени в опции в зависимост от техния обем или допълнителни условия.

8. В застрахователния договор изрично се посочва избраната опция за всеки здравен пакет.

9. Застрахователят може да приложи отлагателен период, като конкретната уговорка се вписва в договора и в приложения към него списък с покритите пакети, услуги и/или стоки.

10. Конкретните видове услуги и/или стоки, включени в здравните пакети и опциите по тях за съответния договор за здравна застраховка, се посочват като приложение към него.

11. Разходите за предоставените здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица се обезпечават финансово от Застрахователя, съгласно условията на договора и настоящите Общи условия. Финансовото обезпечаване се извършва в рамките на размера на лимитите по застрахователния договор, чрез една или няколко от следните опции:

- възстановяване на разходите, направени от застрахованото лице;
- изплащане на суми на изпълнителите на медицинска помощ, които имат сключени договори за абонаментно обслужване със Застрахователя, за предоставените от тях здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица;
- директно изплащане на суми на изпълнители на медицинска помощ, които нямат сключени договори за абонаментно обслужване със Застрахователя, предоставили здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица;
- изплащане на фиксирани парични суми във връзка с настъпило застрахователно събитие, независимо от направените от застрахованото лице разходи.

11.1. „Възстановяване на разходи“ е форма на обезщетяване, при която Застрахователят, при настъпване на предвидените в договора случаи, в рамките на размера на лимитите и условията по него, възстановява направените разходи от Застрахованите лица за закупени здравни услуги и/или стоки, и/или изплаща суми на изпълнители на медицинска помощ, с които няма сключен договор.

11.2. „Абонаментно обслужване“ е форма на обезщетяване, при която Застрахователят при настъпване на предвидените в договора случаи, осигурява предоставянето на определени здравни услуги и/или стоки на застрахованите лица от определени изпълнители на медицинска помощ и доставчици на стоки, с които Застрахователят има сключени договори. В този случай финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и/или стоки се уреждат директно между Застрахователя и изпълнителите на медицинската помощ или доставчиците на здравни стоки.

11.3. Застрахователят възстановява само разходите, покрити от договора, които са подходящи, медицински необходими, обичайни и разумни. Ако разходите не отговарят на посочените критерии, Застрахователят има право да редуцира платимата от него сума или да откаже изцяло финансово обезпечаване на претендираните разходи.

12. Не се считат за покрити и Застрахованият не може да претендира от Застрахователя да обезпечи финансово здравни услуги и/или стоки, които не са включени в съдържанието на застрахователния договор.

12.1. Застрахователят не покрива никакви други преки или косвени материални или нематериални вреди, в това число, но не само, възникнали загуби, пропуснати ползи и други, които се явяват последица от същото неблагоприятно събитие.

13. Застрахователят обезпечаваша единствено разходи за здравни услуги и/или стоки, предоставени от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки, които съгласно действащото законодателство на Република България, имат право да извършват здравни услуги и да предлагат медицински продукти и изделия.

IV. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

14. Независимо от покритите рискове и избраните от Застраховачия форми на обезпечаване, договорът не покрива и Застрахователят не дължи финансовото обезпечаване на разходите, извършени от Застрахования по повод заболяване или злополука, възникнали в резултат на:

14.1. война, нахлуване на неприятел, гражданска война, военен преврат, военно положение, граждански размирици, митинги, демонстрации, протести и всякакъв род граждански вълнения, военни учения или други действия, имащи военен характер, стачка, локаут, бунт, въстание, всякакви аварийни и бедствени ситуации, независимо от причината за тяхното възникване, терористични действия или всяко друго действие на лице или организация, целта на които е да се сваля или да се влияе на правителство чрез тероризъм или по друг насилнически начин;

14.2. атомни и ядрени експлозии, въздействие на радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, йонизираща радиация или радиоактивно замърсява - не от ядрено гориво, или от отпадъците в резултат на разграждането му, вследствие нарушаване на установените мерки и изисквания за ядрена безопасност;

14.3. производствени аварии или химически замърсявания, вследствие на производствени и други аварии;

14.4. земетресение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;

14.5. умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от страна на Застрахования

14.6. самоубийство или опит за самоубийство от страна на Застрахования, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост;

14.7. задържане на Застрахования от компетентен държавен орган, както и злополука/ заболяване настъпило по време на срока на задържане или изтърпяване на наложено наказание в затвор или друго предназначено за това заведение за принудително задържан, лечение по време, когато Застрахованият е лишен от свобода, изтърпява присъда или е на активна военна служба;

14.8. извършване на действия от Застрахования, съставляващи престъпление по Наказателния кодекс или действия като сбивания, рушене или повреждане на имущество и други нарушения на обществения ред, квалифициращи се като хулиганство, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост по смисъла на чл. 33 от Наказателния кодекс;

14.9. участие на Застрахования в експерименти, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел, престой в зони със сурови метеорологични условия;

14.10. управление на МПС без документ за правоспособност, както и упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия разрешителен документ; участие на Застрахования в тестови изпитания;

14.11. употреба на алкохол, наркотични, упойващи, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества или зависимост от тяхната употреба, алкохолни отравяния, заболявания причинени от алкохол или с алкохолна генеза, злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост, наличие на алкохол и/или други повлияващи съзнанието агенти в Застрахования при извършване на неговото лечение;

14.12. участие на Застрахования в спортни състезания, в това число автомобилни състезания/регламентирани или нерегламентирани/, както и упражняване на екстремни спортове, които застрашават живота и здравето на лицата;

14.13. самолечение; неспазване от страна на Застрахования на предписан от лекар режим и/или лечение, ползване от страна на Застрахования на лекарствени средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, манипулации, извършени от страна на Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за това, както и при спазване на самоволно избран диетичен режим; здравни услуги и/или стоки, ползвани без наличие на конкретни симптоми на заболяване;

14.14. изгаряния, причинени от слънчеви лъчи или солариуми;

14.15. „Спешна медицинска помощ“ по смисъла на Наредба № 25/04.11.1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ;

14.16. хемодиализа, хемотрансфузия, трансплантация на органи и тъкани, освен ако не е договорено друго;

14.17. здравни услуги и/или стоки, свързани с провеждани кардиохирургични (сърдечни и съдови) операции, неврохирургични операции и операции с много голям обем и сложност. В случай на такова проведено лечение, Застрахователят обезпечава финансово разходите единствено и само за платени/закупени от застрахованото лице допълнително поискани здравни услуги - „избор на лекар/екип от медицински специалисти“, „настаняване в стая с подобрени битови общи условия за здравна ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“ НА ЗК АКСИОМ АД

условия“, „индивидуален сестрински/акушерски пост“ и/или „медициски изделия“, ако такива покрития са договорени в обхвата на застрахователния договор;

14.18. диагностика и лечение на безплодие (инфертилитет) и синдром на поликистоза на яйчниците; всички видове здравни услуги и стоки, свързани с подготовка и провеждане на асистирана репродукция; диагностика и лечение на сексуална дисфункция и импотентност освен ако не е договорено друго;

14.19. онкологични заболявания тумори при наличие на ХИВ или СПИН;

14.20. профилактика, диагностика и лечение на СПИН и болести предавани по полов път, както и последиците от тях.

14.21. лечение на нервни и психични заболявания, независимо от тяхната класификация, депресии от всякакъв вид, сеанси по психотерапия, освен в случаите на лечение на посттравматичен стрес, вследствие на злополука или при друга специална договореност между страните;

14.22. диагностика и лечение на епилепсия, вкл. епилептични припадъци;

14.23. диагностика и лечение на сънна/нощна апнея; анорексия, булимия;

14.24. диагностика и лечение на множествена склероза, освен ако не е договорено друго;

14.25. диагностика, лечение и проследяване на гъбички на ноктите (онихомикоза);

14.26. диагностика и лечение на туберкулоза;

14.27. лечение с неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, в това число и акупунктура, ирисодиагностика, хомеопатични прегледи, масажи, спа-процедури, прилагане на методи за лечение, които не са утвърдени с медицински стандарти, както и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от общопрактикуващ лекар или правоспособен лекар-специалист, или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения. Застрахователят обезпечава разходи за неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, при сключен в застрахователния договор здравен пакет „Алтернативно лечение“;

14.28. химиотерапия и лъчетерапия;

14.29. извънболнична и болнична помощ, медикаментозно лечение, допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на онкологично болни. При провеждано болнично лечение на онкологични (злокачествени) заболявания, Застрахователят обезпечава финансово разходите единствено и само за платени/закупени от застрахованото лице допълнително поискани здравни услуги - „избор на лекар/екип от медицински специалисти“, „настаняване в стая с подобрени битови условия“, „индивидуален сестрински/акушерски пост“ и/или „медициски изделия“, ако такива покрития са договорени в обхвата на застрахователния договор и ако Застрахованият е закупил допълнително пакет „Критични заболявания“;

14.30. лечение на вродени или придобити в детската възраст заболявания, водещи до физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри, изискващи постоянно лечение, както и наличие на изоставане във физическия растеж и/или умственото развитие;

14.31. прегледи, изследвания, лечение и медикаменти и всякакви други здравни услуги и/или стоки, извършени и/или закупени за лечение на заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация, в т.ч. и профилактични прегледи и изследвания за тяхното установяване и/или отхвърляне.

14.32. пластични, възстановително-реконструктивни и естетични корекции, козметични операции и други козметични услуги и свързаните с тях предоперативни изследвания и консултации, както и лечение на възникнали следоперативни усложнения. Застрахователят покрива разходи за лечение по предходното изречение, когато същото е наложено, вследствие злополука довела до видими увреждания на кожата и подлежащите тъкани;

14.33. диагностика, лечение и проследяване на затлъстяване;

14.34. диагностика, лечение и проследяване на менопауза;

14.35. отказване от тютюнопушене;

14.36. подготовка и провеждане на смяна на пола или стерилизация по желание;

14.37. разходи за високоспециализирани изследвания, които не са предварително координирани от Застрахователя

14.38. балнеолечение и рехабилитация в болнични условия. Застрахователят покрива разходите за балнеолечение и рехабилитация, проведени в болнични условия, ако същите са в резултат на заболяване или злополука, предшествани са от болничен престой, и представляват задължително продължение на стационарно лечение, като негов етап. Застрахователят покрива разходите за лечение само в случай, че са

извършени не по-късно от 30 дни от назначаването на последващо балнеолечение и/или рехабилитация;

14.39. разходи, поемани от МЗ, НЗОК, осигурители или други застрахователи, правителствена/национална, общинска, обществена или частна здравна програма или работодател, както и разходи, извършени от застрахования вследствие на самоволен отказ от лечение, провеждано по реда/алгоритъма, на която и да е от визираните програми.

14.40. задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;

14.41. здравни услуги и/или стоки, свързани с провеждано лечение, попадащо в обхвата на лицево-челюстната хирургия, освен в случаите, когато увреждането на здравето е настъпило вследствие на злополука.

14.42. разходи за личен комфорт при стационарно лечение като: телевизор, радио, фризьорски и бръснарски услуги или др.;

14.43. здравни услуги, свързани с провеждано проследяване на бременност, освен ако страните изрично не са договорили такова покритие в обхвата на застрахователния договор;

14.44. подготовка и/или водене на раждане, прекъсване на бременност по медицински показания, освен ако страните изрично не са договорили такова покритие в обхвата на застрахователния договор;

14.45. прекъсване на бременност по собствено желание, в т.ч. предшествващи и/или последващи прегледи и изследвания;

14.46. закупуване на лекарства в количества, надвишаващи 30 дневен период за лечение при обострени хронични заболявания и 15 дневен период за лечение при остри заболявания; лекарствени продукти, закупени след повече от 7 дни от тяхното изписване при хронични заболявания и след повече от 3 дни от тяхното изписване при остри заболявания;

14.47. рамки за очила, стъкла за очила за предпазване от слънчеви лъчи, стъкла за очила със специално предназначение за упражняване на някои професии или извършването на определени дейности или действия, цветни лещи, аксесоари, монтаж, почистване, поправка. Не се заплащат разходи за диоптрични стъкла за очила или контактни лещи, в случаите в които същите са назначени при преглед в нерегистрирано лечебно заведение по Закона за лечебните заведения или са закупени след повече от 30 дни след изписването им.

14.48. лекарствени средства, предписани от лекар по дентална медицина, освен в случаите, когато в пакет „Дентална помощ“ е договорено медикаментозно лечение; зъбопротезиране, реплантанти и имплантанти; ортодонтски услуги; избелване на зъби;

14.49. здравни услуги и/или стоки, ползвани/ закупени от Застрахованото лице преди влизане в сила на договора за здравна застраховка, дори финансовите документи за тях, да се издадени в периода на застрахователно покритие;

14.50. настаняване на застраховани лица в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на застрахователното покритие по договора;

14.51. административни такси, заплащани от застрахованите лица; пътни разходи, потребителски такси, заплащани по реда на чл. 37 от Закона за здравното осигуряване, такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения, такси за получаване на копия (записи) от извършени изследвания на хартиен/ технически носител, както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго

14.52. прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, прием за осигуряване или застраховане, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, такива извършени във връзка със съдебномедицинска експертиза на Застрахования, освен ако не е договорено друго;

14.53. разходи за медицинско репатриране или репатриране на тленни останки;

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

15. Договорът за здравна застраховка се сключва в писмена форма и съдържа всички реквизити, съгласно Кодекса за застраховането. Незаделна част от договора са всички приложения към него, настоящите Общи условия и последващите сключването му анекси и приложенията към тях.

16. В договора и съответните приложения задължително се посочват застрахователното покритие, представляващо комплекс от избраните застрахователни рискове /обезпечените здравни услуги и стоки/, техните лимити, самоучастия, отлагателни периоди, както и срокът на договора и начинът на плащане на застрахователната премия.

16.1. При договорени повече от едно застрахователни покрития не се допуска промяна на условията за застрахованото лице, по време на действие на договора.

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“ НА ЗК АКСИОМ АД

16.2. При изрично договорена възможност за промяна на застрахователното покритие от лимитите на застрахованото лице се приспадат стойността на разходите за ползваните до определената дата здравни услуги и стоки. При прехвърляне от по-висок към по-нисък лимит застрахованото лице не дължи стойността на разходите до определената дата здравни услуги и стоки.

17. При изрична договорка между страните към договора могат да се присъединят, за сметка на Застрахователя/ Застрахованите лица и членове на техните семейства.

17.1. Членовете на семейства на застраховани се присъединяват към договора за здравна застраховка, не по-късно от един месец от сключването му с приложен Списък на застрахованите лица;

17.2. Членовете на семейства на застраховани лица се застраховат при еднакви или сходни покрития и условия на ползване и за същия срок, при които е застраховано съответното лице по основния договор.

18. Застрахователните договорите могат да бъдат:

18.1. индивидуални застрахователни договори – застраховат се лица на възраст от 0 месеца до 69 навършени години;

18.2. семейни застрахователни договори – застраховат се съпрузи или лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство /в едно домакинство и на съпругески начала/ на възраст от 16 до 69 навършени години и/или техните непълнолетни деца, включително деца на един от съпрузите или съвместно живеещите лица, осиновени деца или деца, за които се грижат като настойници или попечители, на възраст от 0 месеца до 18 навършени години. Пълнолетни деца се застраховат само, ако не са женени/ омъжени и живеят в едно домакинство с родителите си.

18.3. групови застрахователни договори, които могат да бъдат „групови договори за сметка на застрахованите лица“ и „групови договори за сметка на работодателя“. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 5 (пет) и повече лица. Групов договор за сметка на работодателя е този, при който като „служители“ се застраховат най-малко пет лица. Застраховат се лица на възраст от 0 месеца до 69 навършени години.

19. Застрахователят в зависимост от избора на Застрахователя прилага пълна оценка на медицинския риск, при която се попълват Лични здравни декларации за здравословното състояние. По преценка на Застрахователя може да бъдат изисквани и други медицински документи. Декларациите се прилагат към досието на застрахователния договор и са неразделна част от него. При пълна оценка на медицинския риск застрахователният договор може да бъде сключен с нормален риск, с изключване от покритието на съществуващи заболявания/състояния или може да бъде отказано застрахователно покритие.

20. Застрахователят може да приложи мораториум върху оценката на риска, при който автоматично изключва от застрахователно покритие всички хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус, които Застрахованият има при сключване на застрахователния договор, независимо дали са диагностицирани, лекувани или не, за които е потърсена консултация или лечение през предходните 3 години.

21. Необходими документи за сключване на договора:

21.1. За индивидуални и семейни, за сметка на лицата и групови договори за сметка на работодателя:

21.1.1. предложение-въпросник, по образец на Застрахователя;

21.1.2. лична здравна декларация;

21.1.3. списък на застрахованите лица;

21.2. С подписа си върху договора, Застрахованият изразява съгласието си за сключването му и удостоверява верността на данните и обстоятелствата, отнасящи се до него или до застрахованите лица.

22. При сключване на договора Застрахованият, неговият пълномощник или неговият застрахователен посредник е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и които са от значение за оценяване на застрахователния риск, включително възрастта, пола и здравословното състояние на Застрахования. Същото изискване важи и за Застрахования, когато при сключването на договора е била поискана информация и от него.

22.1. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос;

22.2. Ако Застрахованият/Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати договора, по реда предвиден в Раздел VIII от тези Общи условия. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането за периода до прекратяването на договора;

- 22.3. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Ако Застраховачият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т. 22.2;
- 22.4. Застрахователят може да упражни правата по т. 22.2 и т. 22.3 в едномесечен срок от узнаване на обстоятелствата;
- 22.5. Застрахователят може да откаже, частично или изцяло, плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството по т. 22.2 и т. 22.3 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 премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
23. Ако при сключването на застрахователния договор, обстоятелство по т. 22 не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора.
- 23.1. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.
- 23.2. В този случай, Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.
- 23.3. Застрахователят не може да откаже плащане на застрахователно обезщетение или сума при застрахователното събитие, настъпило преди изменението или прекратяването на договора, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
24. По време на действието на договора Застраховачият/Застрахованият е длъжен, незабавно след узнаването им, да обявява пред застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора писмено е поставен въпрос. При неизпълнение на това задължение, се прилагат последиците по т. 22.

VI. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

25. Срокът на договора за здравна застраховка е дванадесет месеца, освен ако в него не е уговорено друго. Срокът може да се определя в месеци и/или дни.
26. Периодът на застрахователно покритие по договора за здравна застраховка влиза в сила от 00:00 часа на деня, посочен в договора за начало на срока, ако към тази дата дължимата застрахователна премия или първата вноска от нея /ако е договорено разсрочено плащане/ е постъпила в брой или по банков път по сметката на Застрахователя, освен ако в договора не е уговорено друго.
27. Договорът изтича и застрахователното покритие се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен в него за край на срока.
28. За застрахованите лица, присъединени по време на договора, срокът на застраховката може да бъде и по-кратък от една година. Застрахователното покритие за тях започва в 00:00 часа на деня, следващ присъединяването и е валидно до крайния срок/ период на покритие на договора.
29. Застрахователят не покрива разходите за здравни услуги и/или стоки, назначени/предписани и/или закупени преди влизането на застрахователното покритие в сила, дори претенцията на Застрахования и/или разходните документи за тях да са с дата след влизането на договора в сила.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

30. Застрахователната сума (лимитът на отговорност) се уговаря в договора за здравна застраховка и представлява максималния размер на задължението на Застрахователя за финансовото обезпечаване на обема и обхвата на здравните услуги и стоки, по този договор. Отговорността на Застрахователя е до размера и лимитите, посочени в договора. В договора за здравна застраховка страните изрично определят:
- 30.1. лимит, за едно лице, за целия срок на договора.
- 30.2. лимит по всеки отделен, покрит от договора, здравен пакет, който не може да бъде по-висок от общия лимит.
- 30.3. при дефиниране на лимити по отделните покрития, сумата на ползваните услуги и/или стоки не може да надвишава размера на съответния лимит.

31. Застрахователната сума/лимитите на отговорност се определят в съответствие с изчисленията от Застраховачия здравен пакет при сключването на застрахователния договор и са основа за изчисление на дължимата застрахователна премия и размера на застрахователните плащания.
32. Разходите за лечение над застрахователната сума/лимит на отговорност и разходите за здравни услуги/стоки, извън договорените в застрахователния договор са за сметка на застрахованите лица.
33. В застрахователния договор, независимо от избраното покритие, може да бъде договорено самоучастие на Застрахования.
34. Застрахователната премия е сумата, която Застраховачият заплаща на Застрахователя и срещу която Застрахователят покрива договорените в застрахователния договор здравни рискове.
35. Застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от:
- 35.1. избраните от Застраховачия покрития;
- 35.2. лимитите на отговорност на Застрахователя;
- 35.3. договорените отлагателни периоди и самоучастия;
- 35.4. броя на застрахованите лица.
36. Застраховачият дължи допълнително данък върху застрахователната премия, съгласно Закона за данък върху застрахователната премия.
37. Застрахователната премия се заплаща:
- 37.1. еднократно при сключване на договора за здравна застраховка;
- 37.2. на разсрочени вноски, като първата от тях се заплаща при сключване на договора. При уговаряне на разсрочено плащане, броят на разсрочените вноски при едногодишен срок на договора не може да бъде по-голям от дванадесет;
- 37.3. с годишни вноски, в началото на всеки застрахователен период от една година, ако застраховката е сключена за повече от една година.
38. Застрахователният договор не влиза в сила, ако не е платена пълната застрахователна премия (при договорено еднократно плащане/ или първата вноска от нея (при договорено разсрочено плащане), освен ако не е уговорено друго).
39. Общият размер на застрахователната премия, броят, размерът, падежите на всяка разсрочена вноска по нея и начинът на плащане се посочват в застрахователния договор.
40. При неплащане на поредната застрахователна вноска в уговорения в застрахователния договор срок, Застрахователят може едностранно да прекрати действието на договора, като за групови договори, сключени за сметка на работодателя, застрахователният договор се прекратява на тридесет и първия ден, от датата на падежа на съответната вноска.
41. При неплащане на годишната застрахователна премия или разсрочената вноска от нея, Застрахователят има право едностранно да спре финансовото обезпечаване на разходите за здравни услуги на застрахованите лица и да уведоми изпълнителите на медицинска помощ, чрез които се извършва абонаментното обслужване на застрахователния договор да не извършват услуги на застрахованите лица по този договор.
42. Застрахователят упражнява правата по т. 40 и т. 41, не по-рано от 15 дни от датата, на която Застраховачият е получил писменото уведомление от Застрахователя за плащане на дължимата застрахователна премия/вноска и премията/вноската не е платена.
43. Писменото предупреждение ще се смята за връчено когато в застрахователния договор Застрахователят изрично е посочил кое от правата по т. 40 и т. 41 ще упражни.
44. В случаите на прекратяване на договора за здравна застраховка по т. 40, Застрахователят има право на премията за частта на застрахователния период до датата на прекратяване на застрахователния договор.

VIII. ПРОМЕНИ В ДОГОВОРА. ПРЕКРАТЯВАНЕ

45. Всякакви изменения в договора за здравна застраховка се извършват с анекс към него, подписан от Застраховачия и Застрахователя. Присъединяването на членове на семействата на застрахованите, ако не е било включено в първоначално сключения договор, се извършва по реда на т. 17 от настоящите Общи условия.
46. Договорът за здравна застраховка се прекратява:
- 46.1. с изтичане на уговорения срок;
- 46.2. със смъртта на Застрахования;
- 46.3. по взаимно съгласие, като прекратяването се оформя в писмена форма.
- 46.4. с едномесечно писмено предизвестие отправено от всяка от страните (Застраховател или Застраховач/ Застрахован) до другата страна по договора:

46.5. едностранно от страна на Застрахователя, без дължимо предизвестие:

46.5.1. в хипотезите и с последиците на т. 40, т. 23.1. и т. 22.1. от тези Общи условия;

46.5.2. в случай на установена измама, извършена от Застрахователя и/или Застрахования, или от трето лице, със знанието и без противопоставяне от страна на Застрахователя и/или Застрахования, при ползване на здравни услуги и стоки, предмет на застрахователния договор;

46.5.3. в случай на установено преднамерено излагане на опасност /преднамерено действие/ от страна на Застрахования.

47. Застрахователният/Застрахованият не може едностранно да прекратява договора за здравна застраховка по реда на т. 46.4, когато е налице, която и да е от следните хипотези:

47.1. Застрахователят е изпълнил задълженията си по здравен пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“ по отношение на повече от 50 % от застрахованите лица;

47.2. до края на срока на застрахователния договор остават по-малко от четири месеца;

47.3. общият размер на предявените претенции надвишава 50% от внесената застрахователна премия.

48. Когато договорът се прекратява при хипотезите на т. 46.3 и т. 46.4:

48.1. ако застрахователната премия е платена в пълен размер, Застрахователят възстановява на Застрахователя частта от премията съответстваща на периода от датата на прекратяване до края на срока на договора, намалена с извършените административно-стопански разходи;

48.2. в случаите на разсрочено плащане Застрахователят има право да иска плащането на договорената застрахователна премия, до датата на прекратяване на договора.

IX. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ/ ЗАСТРАХОВАЩИЯ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА

A) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

49. Застрахованият има право свободно да избере формата на финансово обезпечаване на риска, съгласно настоящите Общи условия, покритието по условията на сключения договор за здравна застраховка здравни пакети и опциите по тях.

50. Застрахованият има право на свободен избор на изпълнител на здравни услуги на територията на Република България.

51. Застрахованият има право лично да ползва обезпечените по договора здравни услуги и/или стоки и не може да преотстъпва правата за ползването им на други лица.

52. Застрахованият има право да получи от Застрахователя персонална здравна карта, с която да се легитимира при ползване на здравни услуги и/или при получаване на здравни стоки само от изпълнители и/или доставчици, с които Застрахователят има сключен договор. Крайният срок на валидност на здравната карта е крайният срок на договора за здравна застраховка.

53. Застрахованият има право, при ползване на здравни услуги и/или закупуване на здравни стоки по реда на т.11.2, да избере изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки само от списъка с изпълнители, публикуван на Интернет страницата на Застрахователя или включени в специалните договорености на застрахователния договор.

53.1. При ползване на здравните услуги и/или стоки директно от техния изпълнител и/или доставчик Застрахованият е длъжен да се легитимира с валидна персонална здравна карта, предоставена от Застрахователя и лична карта.

53.2. Застрахованият няма право да преотстъпва здравната си карта на други лица.

53.3. Застрахованият няма право да ползва и да се легитимира със здравната си карта, след изтичането на нейния срок на валидност или след датата на неговото предсрочно изключване от списъка на застрахованите по договора лица.

53.4. Застрахованият е длъжен да не създава условия за неправомерно и недоброръчно ползване на здравните услуги и/или стоки, предоставени от Застрахователя.

53.5. В случай на загубване или унищожаване на здравна карта, Застрахованият е длъжен незабавно да уведоми Застрахователя. Застрахователят издава нова здравна карта /дубликат/;

53.6. Застрахованият е длъжен да предаде на Застрахователя (в случай, че са различни лица) персоналната си здравна карта, при неговото предсрочно изключване от списъка на застрахованите по договора лица или при предсрочно прекратяване на застрахователния договор.

54. Застрахованият има право, при условията на т.11.2 на възстановяване на извършени от него разходи за ползвани здравни услуги и/или закупени здравни стоки от избран от него изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки от Застрахователя в следните случаи:

54.1. когато Застрахователят няма сключен договор с изпълнителя и/или доставчика, избран от Застрахования или;

54.2. услугата, която е покрита по условията на договора и здравния пакет, не се предлага от изпълнителя на медицинска помощ и/или доставчиците на услуги, с които Застрахователят има сключен договор;

54.3. когато в договора е договорено обезпечаване на предоставените здравни услуги и/или стоки под формата на Възстановяване на разходи при условията на т.11.

55. Застрахованият има право:

55.1. да прекрати индивидуалния договор за здравна застраховка, при условията, съдържащи се в него или при условията на Раздел VIII от тези Общи условия.

55.2. да получи от Застрахователя (в случаите на семейни и групови договори- чрез Застрахователя) писмена информация, под формата на указания, брошури или други, относно покритието на договора, начините за упражняване на правата по него, съгласно конкретно договореното и настоящите Общи условия. Застрахователят не може да бъде държан в отговорност, в случай, че е предоставил тази информация на Застрахователя, но поради каквато и да било причина, тя не е достигнала до Застрахования (в случай, че са различни лица).

55.3. да отправя запитвания до Застрахователя - устно, в лични срещи с оторизирани негови служители, по телефона или в писмена форма - по поща, електронна поща, факс и други, единствено и само във връзка с упражняването на собствените си права по договора. Застрахованият по семеен или групов договор няма право на обобщена статистическа информация по изпълнението на договора или на информация по конкретни случаи на други Застраховани и дори да поиска такава информация, Застрахователят е длъжен да откаже нейното предоставяне.

55.4. да изисква от Застрахователя (в случай, че са различни лица) и от Застрахователя да обработват неговите лични данни при пълно спазване на изискванията на законодателството и да не ги ползват или разгласяват пред трети лица, освен единствено и във връзка с изпълнението на застрахователния договор. Застрахованият има право писмено да откаже Застрахователя да обработва неговите лични данни, което води и до отказ от права по застрахователния договор.

56. Всички запитвания, молби, жалби и/или възражения, по повод на движението и/или разглеждане на претенция на Застрахованото лице, се депозират в писмена форма, като Застрахователят е длъжен да отговори в определения в Кодекса за застраховането срок. В случай, че за изготвяне на отговора е необходимо Застрахователят от своя страна да отправи запитване към трето лице или по случая следва да се произнесе държавен орган, Застрахователят уведомява съответното лице, че ще отговори окончателно след получаване на съответния отговор.

57. Застрахованият няма право на самолечение, т.е. сам да си назначава медикаменти и изследвания по собствено желание, без лекарско предписание.

B) ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

58. По време на действие на договора за здравна застраховка Застрахователят има право:

58.1. да получава информация от Застрахователя за промени в списъка на изпълнителя на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, за които промени да информира застрахованите лица;

58.2. да включва и изключва лица към договора, като ежесечно подава, еднократно към Застрахователя обобщен списък на лицата, подлежащи на включване/изключване от покритието по застрахователния договор. Промените се подават в срок не по-късно от 5 работни дни преди крайната дата, на която страните по договора ще извършат промяна на Списъка на застрахованите лица. Крайната дата (денят) за промяна на списъка със застрахованите лица за всеки съответен месец от действието на договора, съответства на числото от датата, посочена за влизане в сила на договора.

58.3. да изисква от Застрахователя да пази личната/търговската му тайна и да не прави достояние пред трети лица под каквато и да била форма, всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор за здравна застраховка, както и всякаква информация или данни, станали му достояние, във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора;

58.4. да прекрати договора при условията и реда, съдържащи се в него или настоящите Общи условия;

59. Застраховачият получава информацията по т. 58.1 в зависимост от посочения в договора начин за комуникация: по поща, куриер, факс или електронна поща. Застрахователят предоставя текуща информация на Застраховачия, чрез посочените в договора лица и координати за контакт. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението да информира Застраховачия за списъка с изпълнителите, с които има сключен договор, като поддържа актуален списък на своята Интернет страница www.axiom-jsc.com откъдето Застраховачият и всяко застраховано лице могат да получат необходимата информация за изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки.

60. По групови договори, Застраховачият е длъжен да предостави на Застрахованите лица здравната карта, както и информацията по т. 55.2.

60.1. Застрахователят е длъжен да издаде и предаде на Застраховачия персонални здравни карти за всички застраховани лица в срок до 10 работни дни от влизането в сила на договора, а за присъединените към него членове на семействата на застрахованите лица в срок до 10 работни дни от датата на подаването на списъка им за присъединяването към договора.

60.2. При предсрочно изключване на застрахованото лице от обхвата на застрахователния договор, Застраховачият е длъжен да изиска от него връщане на персоналната здравна карта и да я унищожи, в срок от 15 дни от датата на предсрочното прекратяване на покритието за конкретното лице.

61. Застраховачият няма право да получава каквато и да било информация за здравния статус на застрахованите лица. В тези случаи Застраховачият може да получава само обобщени статистически данни по изпълнението на договора за здравна застраховка и информация за движението на документите по конкретна претенция.

62. Кореспонденция, съдържаща данни за здравния статус на застрахованите лица, се изпраща по начин, който гарантира опазването на личните данни, които съдържа. Застраховачият няма никакво право, под каквато и да било форма да се запознава със съдържанието ѝ. Единствено и само застрахованото лице има право да направи достояние на трети лица, включително и на Застраховачият, информацията за собствения си здравен статус или кореспонденцията, съдържаща такава информация. Застрахователят не може да бъде държан отговорен за вреди, претърпени от Застрахованото лице, в случай, че е спазил задължението си за предаване на информация за здравния статус на застрахованото лице.

63. По време на действието на договора за здравна застраховка Застраховачият е длъжен:

63.1. да заплати изцяло уговорената застрахователна премия или да заплати съответните разсрочени вноски от нея на посочените в договора за здравна застраховка падежи, като това се отнася и до допълнителната застрахователна премия при разширяване на покритието или увеличаване броя на застрахованите лица;

63.2. да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравните услуги и/или стоки, предоставени от Застрахователя.

63.3. изчерпателно, точно, коректно и в писмена форма да информира застрахованите лица за условията, при които е сключен договора за здравна застраховка и при които те могат да упражняват правата си по него, както и за всяка промяна в първоначално приложения към договора списък на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, за която е бил информиран от Застрахователя или която е отразена в Интернет страницата на Застрахователя;

63.4. на свой ред изчерпателно, точно, коректно и в писмена форма да предаде на застрахованите лица, до които се отнася, информацията, получена от Застрахователя по конкретен казус;

63.5. да предаде на Застрахованите лица, предназначаваната за всеки от тях персонална здравна карта;

63.6. при прекратяване на договора за здравна застраховка, независимо от причината, писмено да информира за това, най-късно в деня следващ прекратяването, всички Застраховани, като им укаже, че не могат да се ползват от правата си по договора. Застраховачият е длъжен да събере обратно от всички Застраховани издадените им персонални здравни карти и да ги унищожи, за което уведомява Застрахователя. Същото задължение Застраховачият има и в случаите, в които поради, каквато и да било причина е отпаднало основанието застраховано лице да се ползва от правата си по договора;

63.7. да пази търговската тайна на Застрахователя и да не прави достояние пред трети лица, под каквато и да било форма, всяка информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на договора или всяка информация за Застрахователя, за неговите тарифи и ценови условия, Общи условия, здравни пакети, опции и съдържание по пакетите Общи условия за здравна ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“ НА ЗК АКСИОМ АД

и каквито и да било други данни и информация за Застрахователя, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора за здравна застраховка, както и да не прави достояние пред застрахованите лица, ценовите условия и другите условия на договора за здравна застраховка, които не се отнасят и нямат отношение към упражняването на техни- те права.

64. В случай, че в застрахователния договор изрично е договорено кореспонденцията между Застраховател и Застрахован да се извършва, чрез посредничеството на Застраховачия, последният е длъжен да предава, адресираната до застрахованото лице лична кореспонденция, съгласно указанията на Застрахователя.

65. В случай, че за лице, изключено от групата на застрахованите, е изплатено застрахователно обезщетение или сума, Застрахователят е длъжен да върне на Застраховачия само тази част от еднократно платената застрахователна премия, касаеща периода, за който лицето вече няма да бъде част от групата на застрахованите лица, намалена с извършените административно-стопански разходи от Застрахователя. В случай на договорено разсрочено плащане Застрахователят има право да иска и да получи от Застраховачия застрахователната премия дължима за лицето, до датата на неговото изключване от групата;

66. При плащане на застрахователно обезщетение или сума в полза на застраховано лице за събитие, настъпило след отпадане на основанието за застраховането му, но преди уведомяване на Застрахователя за това, Застраховачият се задължава да възстанови размера на изплатеното застрахователно обезщетение.

Х. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

67. Застрахователят има право, преди сключването на застрахователния договор, да извърши оценка на риска на кандидатите за застраховане и на това основание да приеме или откаже сключването на застрахователен договор.

67.1. Застрахователят може да откаже сключването на застрахователен договор за отделен кандидат за застраховане - физическо лице, за група или за част от членовете на групата.

68. Застрахователят не може да бъде държан отговорен и към него не могат да се отправят претенции, в случай че Застраховачият не е изпълнил задълженията си по т. 63.3, т. 63.5 и/или т. 63.6 и вследствие на това Застрахованото лице не е могло да упражни правата си по договора и/или го е направило по начин, който изключва възможността за Застрахователя да изпълни задължението си за финансово обезпечаване на направените разходи.

69. Застрахователят има право:

69.1. да получи в размера и в сроковете, посочени в договора, дължимата по него застрахователна премия, включително и премията, дължима за присъединените членове на семействата на застрахованите лица и премията, дължима вследствие на разширяване на покритието или изравняването поради промяна на броя на застрахованите, а при неизпълнение да приложи точки 40, 41 и 44 от тези Общи условия;

69.2. да прави промяна в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, като информира за това Застраховачия;

69.3. да организира провеждането на профилактични прегледи и изследвания, включени в покритието на Пакет „Профилактика“ по съответния договор, при конкретно определени от него изпълнители на медицинска помощ;

69.4. да откаже на Застрахования или на Застраховачия искана от тях информация в случаите, в които същите нямат право да я получат, съгласно закона, договора и тези Общи условия;

69.5. да проверява документите и фактите по претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица и да изисква представянето на редовни, съгласно договора и тези Общи условия, документи;

69.6. да изисква от Застраховачия/Застрахования да пази търговската му тайна и да не прави достояние пред трети лица, под каквато и да било форма, всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на договора за здравна застраховка, или всякаква информация за Застрахователя за неговите тарифи и ценови условия, Общи условия, здравни пакети, опции и съдържание по здравните пакети и каквито и да било други данни и информация за Застрахователя, които са станали известни на Застраховачия във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора за здравна застраховка, както и да не прави достояние пред застрахованите лица ценовите и другите условия на

договора за здравна застраховка, които не се отнасят и нямат отношение към упражняването на техните права;

69.7. да въвежда, съхранява и обработва в информационната си система, необходимите за обслужването на договора за здравна застраховка данни, касаещи неговото сключване и изпълнение, в това число данни за внесените застрахователни премии и за

размера на ползваните и/или закупени здравни услуги и/или здравни стоки, както и данни за застрахованите лица и тяхното здравословно състояние;

69.8. да прекрати договора за здравна застраховка при условията, съдържащи се в него или при условията на Раздел VIII от тези Общи условия;

69.9. да откаже финансовото обезпечаване и заплащане на здравните услуги и/или стоки, ползвани и/или закупени от Застрахования или възстановяването на извършени от него разходи за такива здравни услуги и/или стоки в следните случаи:

69.9.1. здравните услуги и/или стоки или разходите за тях излизат извън обхвата, обема или лимита на отговорност на Застрахователя, по съответния здравен пакет, посочени в договора;

69.9.2. Застрахованият е ползвал и/или закупил здравни услуги и/или стоки, които са изключени от покритието, съгласно договора за здравна застраховка и/или Раздел IV на настоящите Общи условия;

69.9.3. Застрахованият не е имал право да ползва и/или закупува тези здравни услуги и/или стоки от съответния изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки;

69.9.4. съответните здравни стоки и/или услуги са ползвани/закупени извън срока на валидност на персоналната здравна карта на застрахованото лице или то се е легитимирало със здравна карта на друго лице;

69.9.5. Застрахованият не е представил всички необходими и изискуеми, съгласно договора за здравна застраховка и тези Общи условия документи, доказващи претенцията му, включително и в допълнително предоставения му от Застрахователя срок ;

69.9.6. Застрахованият не е платил дължимата застрахователна премия /при договорено еднократно плащане/, или съответната поредна вноска от нея / ако е договорено разсрочено плащане/, поради което договорът за здравна застраховка не е влязъл в сила;

69.9.7. при наличието на основание, предвидено в настоящите Общи условия, в закон или друг нормативен акт, или уговорено в договора за здравна застраховка.

70. През срока на действие на договора за здравна застраховка Застрахователят е длъжен:

70.1. при осъществяване по този договор, финансово да обезпечи здравните услуги и/или стоки, ползвани и/или получени от Застрахования на принципа на абонаментно обслужване или да възстанови на Застрахования направените от него разходи за такива здравни услуги и/или стоки, при спазването на изискванията на закона, договора за здравна застраховка и тези Общи условия;

70.2. в съответствие с тези Общи условия да издаде персонална здравна карта на всеки Застрахован, като в случаите на групов договор да му я предаде, чрез Застраховация;

70.3. да предоставя на Застраховация и на Застрахованите всяка информация или данни, които съгласно договора и настоящите Общи условия, те имат право да получат, по реда и начина, предвиден за това;

70.4. да изпраща на Застраховация, в зависимост от посочения в договора начин за комуникация, информация за всяка промяна в първоначално приложения към договора за застраховка списък на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки в срок от 20 дни след промяната.

70.5. по реда, установен в договора, тези Общи условия и Вътрешните правила за администриране на молби, жалби, сигнали и препоръки от ползватели на застрахователни услуги да отговарят на запитвания, молби, жалби и/или възражения отправени от Застраховация/Застрахования;

70.6. да пази личната/търговската тайна на Застраховация и да не прави достояние пред трети за съответния договор лица, под каквато и да било форма всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор или всякаква информация или данни за Застраховация или за Застрахованите, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора;

70.7. да пази в пълна тайна и да не предоставя под никаква форма, в това число и на Застраховация, каквато и да било информация, свързана със здравния статус на Застрахования, освен в случаите, предвидени в нормативен акт;

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH“ НА ЗК АКСИОМ АД

70.8. да обработва данните и информацията, представляващи лични данни на застрахованите лица при спазване изискванията на Закона за защита на личните данни и Общ регламент (ЕС) на Европейския парламент и на Съвета относно защита на данните 2016/679.

XI. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

71. Застрахователят не е изпълнител и доставчик на здравни услуги и/или стоки и не може да бъде държан отговорен от Застраховация/Застрахования за тяхното качество или срокове за изпълнение или доставка, или за каквото и да било възникнали проблеми в обслужването. При възникнали проблеми Застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки.

72. Застрахователят организира провеждането на профилактични прегледи и изследвания, включени в покритието на Пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“ по съответния договор, при конкретно определени от него изпълнители на медицинска помощ. В този случай застрахованите лица не могат да ползват услугите на други изпълнители на медицинска помощ по този здравен пакет.

73. При избор на абонаментен принцип на обслужване и покритие по застрахователен договор за територията на България, Застрахованият има право да ползва договорените здравни услуги и стоки навсякъде в страната, да избира свободно лекуващ лекар и лечебно заведение между изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор.

73.1. С цел навременно и адекватно обслужване на застрахованите лица, Застрахователят осигурява център за обслужване на клиенти, който при необходимост насочва застрахованите лица към конкретен изпълнител на медицинска помощ и координира предоставянето на здравни услуги и стоки от страна на същия.

73.2. Медицинските документи, удостоверяващи ползване на здравни услуги и стоки се подписват от Застрахования;

73.3. Начинът на предоставяне и отчитане на здравни услуги и стоки от страна на изпълнителя на медицинска помощ е предмет на отделен договор, сключван между него и Застрахователя.

74. Когато е избран принципът за възстановяване на разходи или Застрахователят и изпълнителят/доставчикът на здравни услуги/стоки, нямат сключен договор за абонаментното предоставяне на конкретни здравни услуги и/или стоки, същите се заплащат от Застрахования, който предявява своята претенция пред Застрахователя.

74.1. Претенцията се предявява чрез формуляр, по образец на Застрахователя, намиращ се на Интернет страницата му; изпратена по поща или куриер на адреса на Централното управление на Застрахователя или онлайн.

74.2. При предявяване на претенцията, Застрахованият получава входящ номер и/или номер на претенция.

75. С цел обосноваване на претенцията си по основание и размер, Застрахованият представя комплект от документи, съгласно Приложение № 2 към Общите условия.

75.1. С цел определяне на основателността на претенцията, Застрахователят има право да изисква допълнителни медицински и финансови документи.

75.2. Набавянето на необходимите документи е задължение на застрахованите лица. Разходите за издаване на документите са за сметка на застрахованите лица.

76. Документите по т. 75 трябва да отговарят на следните изисквания:

76.1. финансовите документи да са четливи, без поправки или добавки и да отговарят на изискванията на българското законодателство. При представени сканирани или ксерокопия на финансови документи, Застрахователят си запазва правото да изиска същите в оригинал, с цел определяне основанието и размера на дължимото обезщетение.

76.2. медицинските документи да са четливи и да съдържат подпис и печат на лекуващия лекар или на лечебното заведение.

76.3. рецептата трябва да бъде издадена на датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил. В случай, че е издадено електронно предписание за лекарствен продукт (електронна рецепта), назначението от същото следва да е описано и в издадения медицински документ;

76.4. датата на фактурата и на фискалния бон не трябва да предхожда датата на прегледа и издаването на рецептата.

77. Застрахователят проверява претенцията и приложените към нея документи и възстановява извършените разходи до размера на

договорената застрахователна сума и/или лимит на отговорност, съгласно договорените покрити рискове и самоучастие на застрахованото лице.

78. В случай че Застрахованият не представи всички изискуеми документи към претенцията, или някой/и от представените документи не отговарят на нормативните изисквания относно техните реквизити, или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят, има право, в срок до 15 работни дни от получаването на претенцията, писмено да изиска от Застрахования да представи липсващите документи, съгласно Приложение №2 от Общите условия.

78.1. В случай, че застрахованото лице не представи изисканите документи, Застрахователят се произнася мотивирано по основателността на претенцията, не по-късно от шест месеца от датата на предявяването ѝ.

78.2. В срок до 15 работни дни след постъпване на всички необходими документи, Застрахователят определя и изплаща размера на застрахователната сума или мотивирано отказва плащането.

78.3. Застрахованият може да се информира за статуса на предявена от него претенция, чрез интернет страницата на Застрахователя.

78.4. Освен ако в договора не е уговорено друго, всяка писмена кореспонденцията до Застрахования, в т.ч. уведомления, покани и становища, се изпраща на посочен от него в депозираното искане за плащане адрес на електронна поща.

79. Приложените към застрахователната претенция финансови документи не се връщат на Застрахования, при пълно или частично плащане на обезщетение по претенцията.

79.1. Връщане на документи по преписка се извършва въз основа на изрично писмено искане от Застрахования, като оригиналните документи се предават на Застрахования с приемо-предавателен протокол или друг метод удостоверяващ приемо-предаването, а към преписката се прилагат заверени копия на върнатите документи. Копия на документи се изпращат на посочен от заявителя електронен адрес или чрез куриер, за негова сметка.

79.2. Връщане на оригинали на финансовите документи по частично платена претенция се допуска, като върху оригинала на същите се поставят печат "платено", с посочени сума и дата на плащане, както и печат на Застрахователя.

80. Застрахователят обезпечава финансово и възстановява разходи само за здравни услуги и/или стоки, необходимостта за ползването на които е възникнала и същите са ползвани и/или закупени през срока на договора за здравна застраховка.

80.1. При направени разходи за лекарствени средства, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато лекарствените средства са закупени не по-късно от 7 дни от датата на изписването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.

80.2. При направени разходи за помощни или корекционни средства, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато същите са закупени не по-късно от 30 дни от датата на изписването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.

80.3. При направени разходи за клинично-лабораторни и инструментални изследвания, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато същите са проведени не по-късно от 30 дни от датата на назначаването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.

81. При претенция за възстановяване на разходи за лекарствени средства, предписани и закупени в количество, необходимо за лечение за срок по-дълъг от тридесет дни, Застрахователят обезпечава само онази част от разходите, съответстваща на количеството медикаменти, необходимо за лечение към момента на предявяване.

82. Плащането на застрахователната сума се извършва по саморъчно посочена от Застрахования банкова сметка.

Застрахователят си запазва правото да изиска от Застрахования представяне на удостоверение за валидна банкова сметка, издадено от обслужващата го банка.

83. Застрахователят има право да откаже изплащане на суми за здравни услуги и/или стоки, които не са във връзка с поставената диагноза и предписаното лечение.

83.1. Застрахователят има право да изиска допълнителен (контролен) преглед на лицето, с оглед диагностично уточнение и преценка на назначената терапия. Този вид преглед се извършва по изключение, след уведомяване на лицето за часа и мястото на прегледа и е за сметка на Застрахователя. При липса на потвърждение на диагноза и терапия

Застрахователят има право да откаже изплащане на суми за здравни услуги и/или стоки.

83.2. В случаите, когато Застрахователят е отказал плащане на ползваните и/или закупените от Застрахования здравни услуги и/или стоки, поради някое от основанията за това, предвидени в т. 69.9, Застрахованият е длъжен да заплати на съответния изпълнител/доставчик, ползваните и/или закупени от него здравни услуги и/или стоки. В случай, че Застрахователят поради каквато и да е причина е обезпечил ползваните/закупените здравни услуги/стоки, Застрахованият следва да възстанови на Застрахователя платената сума, ведно със законната лихва, от датата на плащането.

84. Конкретните процедури за произнасяне по предявени претенции за изплащане на застрахователни суми/ обезщетения на основание сключен договор се регламентират в Правилата за ликвидация и уреждане на претенции, които заедно с Приложение № 2 към настоящите Общи условия се публикуват на интернет страницата на Застрахователя и са достъпни за всички потребители на застрахователните услуги.

85. В случай на смърт на Застрахования, след като е получил здравни услуги и/или стоки, Застрахователят възстановява разходите или изплаща дължимите суми за тях на правоимащите - здравни заведения или законните наследници, въз основа на представени документи. В случай на плащане на законните наследници, същите следва да представят Удостоверение за наследници.

ХII. ДАЊЦИ И ТАКСИ

86. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.

87. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии – ЗДЗП.

ХIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

88. Суброгация и давност:

88.1. С плащането от страна на Застрахователя по договора за здравна застраховка, в случаите в които застрахователният риск е реализиран в резултат на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение. Застрахованият се задължава да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.

88.2. Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последния да упражни правата си.

88.3. Правата и задълженията по договора за здравна застраховка във връзка със застрахователни суми или обезщетения се погасяват с тригодишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователно събитие.

89. Застрахователят е администратор на лични данни съгласно Общ регламент относно защита на данните (ЕС 2016/679).

89.1. Предоставената информация от застрахованите лица е поверителна и ще бъде използвана единствено за целите на

здравното застраховане - оценката на риска, сключването, поддържането на застрахователния договор и обработката на плащанията по него;

89.2. Предоставената от застрахованите лица информация представлява застрахователна тайна и може да бъде предоставяна на други лица, само в изрично определените от закона случаи;

89.3. Предоставянето на лични данни от Застраховация/ Застрахования има доброволен характер, но отказът за предоставянето им е основание Застрахователят да откаже сключването на договор, в случай, че непредставянето на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска или по друг начин застрашава или възпрепятства реализацията на правата и задълженията на Застрахователя по застрахователния договор;

90. Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени от Застрахования суми и несвоевременно получени застрахователни плащания.

91. Изменението или замяната на Общите условия с нови по време на действието или сключен застрахователен договор има сила, само ако същите са били дадени на застраховация и той писмено ги е потвърдил.

92. За броенето на сроковете по договора за здравна застраховка и тези Общи условия, когато изрично не е указано друго в тях, се прилага чл. 72 от Закона за задълженията и договорите. Навсякъде, където сроковете по договора за здравна застраховка и тези Общи условия са определени в дни,

се имат предвид календарни, а не работни дни, освен ако изрично не е посочено друго.

93. Всички съобщения и уведомления до Застрахователя, съгласно изискванията на настоящите Общи условия, трябва да бъдат в писмена форма и изпратени на адреса на електронната поща на определеното контактено лице или на адреса за кореспонденция, посочен в застрахователния договор.

94. Всяка от страните по договора за здравна застраховка е длъжна писмено да съобщи на другата страна за всяка направена от нея промяна в посочените в договора за здравна застраховка данни за: фирмата (наименование, правно-организационната форма, седалището и адреса на управление), адреса за кореспонденция (ако е различен от адреса на управление), структурното звено, служителя или адреса, електронния адрес. Когато Застрахователят/ Застрахованият е физическо лице, то е длъжно да уведоми писмено Застрахователя при промяна на адреса си /постоянен или настоящ/, телефона или електронния адрес. В случай, че задълженията по предходните изречения не са изпълнени, независимо от причината за това, всички уведомления, предизвестия, запитвания, възражения, молби или каквато и да било друга писмена кореспонденция, която е изпратена от другата страна на посочените в договора координати, се считат за връчени с всички последици от това.

95. В случай, че договорът се сключва чрез застрахователен посредник, страните изрично посочват, дали обслужването на договора и размяната на кореспонденцията помежду им, ще се осъществи чрез него. В такъв случай, оторизираният застрахователен посредник, се обвързва със задължението на Застрахователя по т. 92.

95.1. Застрахователят не може да бъде държан отговорен в случаите, когато кореспонденцията не е предадена от застрахователния посредник на Застрахователя, вследствие на което за последния са настъпили вреди и/или неблагоприятни последици.

96. Заглавията на разделите по тези Общи условия са само указателни, с оглед систематизацията им и само от тях не могат да се правят изводи

относно наличието или липсата на право или задължение на някоя от страните, нито пък може да се извлича каквато и да било уредба на отношенията между страните по договора за здравна застраховка, ако тези изводи не следват или не се опират на конкретна клауза или клаузи на тези Общи условия.

97. Застрахователният договор за здравна застраховка, тези Общи условия, всички приложения, анекси/добавъци към него и приложенията към анексите/ добавъците, в своята цялост съдържат условията на договора за здравна застраховка и са неразделни една от друга негови части.

98. Всички въпроси и спорове, породени от действието или тълкуването на застрахователния договор и/или приложенията и анексите/добавъците към него, и/или тези Общи условия се разрешават чрез преговори между страните, а при невъзможност за постигане на съгласие – от компетентния български съд.

99. За всички въпроси, неуредени в застрахователния договор за здравна застраховка, всички приложения, анексите/ добавъци към него и приложенията към анексите/ добавъците и тези Общи условия се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховането, Закона за здравното осигуряване, Търговския закон и другите приложими норми на българското законодателство.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ АКСИОМ“ АД, ЕИК 131039664, на 23.12.2022 г. и влизат в сила от 01.01.2023 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 КЪМ РАЗДЕЛ III. ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „AXI HEALTH”

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ - ПАКЕТИ

По здравна застраховка „AXI HEALTH” се предлагат следните застрахователни пакети неразделна част от настоящите Общи условия.

1. Пакет I. „Профилактика” – предварително договорени профилактични дейности, които се предоставят на застрахованите лица по определен график в определени лечебни заведения. Прегледите и изследванията, включени в пакета, съответстват на нормативните изисквания на Министерство на здравеопазването. Ползването на услугите се извършва организирано от Застрахователя по време и място – еднократно в застрахователната година. Застраховачият заявява желан период за провеждане на профилактиката не по-късно от 1 месец преди датата на провеждане на профилактичните прегледи – по и-мейл или с писмо. Застрахователят уведомява Застраховачия за адреса на изпълнителя на профилактиката и графика за прегледите и изследванията не по-късно от 15 дни преди тяхното провеждане. След провеждане на профилактичните прегледи ангажмента на Застрахователя се счита за изпълнен.

2. Пакет II. „Извънболнична медицинска помощ”, със следните допълнителни покрития към нея:

2.1. „Наблюдение на бременност”;

2.2. Физиотерапия

Включва прегледи, изследвания, манипулации и други, включително високоспециализирани медико-диагностични изследвания (клинико-лабораторни, клинично-инструментални и образна диагностика), предоставени на Застрахованите лица в извънболнични условия.

Допълнителното покритие „Наблюдение на бременност” към пакет „Извънболнична медицинска помощ” включва допълнителни услуги на застрахованите лица над обема по програма „Майчино здравеопазване” на Националната здравноосигурителна каса. Обемът прегледи и изследвания, както и техният лимит се посочват задължително към застрахователния договор. Пакета включва прегледи и изследвания по медицински показания и на мъжът/бащата/.

Физиотерапията трябва да бъде предписана от лекар специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина” като физиотерапевтичен курс на лечение.

3. Пакет III. „Болнична медицинска помощ”, с допълнително покрития към нея:

3.1. „Консумативи”

3.2. „Избор на екип”

3.3. „Рехабилитация”

3.4. „Раждање”

Пакет „Болнична медицинска помощ” се ползва само като надграждащ основния пакет на НЗОК. Застрахователната сума по пакет „Болнична помощ” не включва в себе си стойността на клиничната пътека, покривана от Националната здравноосигурителна каса, независимо дали застрахованото лице е било хоспитализирано по клинична пътека или не. Консумативите при хирургически операции в болничната помощ, които не се поемат от НЗОК или се поема разликата за тях.

Здравни услуги за Избор на лекар/екип и медицински изделия, които НЗОК не покрива се ползват само на принципа на възстановяване на разходи. Те се заплащат съгласно договорените лимити при закупен Пакет Болнична помощ.

Рехабилитация след болнично лечение в специализирани болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация застрахованите има право на рехабилитация, назначена в епикриза след болнично лечение, което е продължение на проведеното болнично лечение. Рехабилитацията трябва да е започнала до 1 месец от приключване на болничното лечение и да е с продължителност до 20 дни.

4. Пакет IV. „Лекарствени и помощни средства” – включва се в комбинация при закупени задължително Пакет „Извънболнична медицинска помощ” и Пакет „Болнична медицинска помощ”

Застрахователя покрива лекарствени средства и продукти, когато са част от лечението, включително хомеопатични средства, витамини, хранителни добавки.

5. Пакет V. „Офталмология” – включва се в комбинация при закупени задължително Пакет „Извънболнична медицинска помощ” и Пакет „Болнична медицинска помощ”

Пакета включва назначените средства за корекция на зрението /очила и лещи, без рамки/ по медицински показания

6. Пакет VI. „Дентални услуги” – включва се в комбинация при закупени задължително Пакет „Извънболнична медицинска помощ” и Пакет „Болнична медицинска помощ”

Пакета включва терапевтично и хирургично лечение, както и дентални изследвания.

7. Пакет VII. „Бебе” – включва се в комбинация при закупени задължително Пакет „Извънболнична медицинска помощ” и Пакет „Болнична медицинска помощ” и Допълнителното покритие „Наблюдение на бременност”.

Стерилитетът е състояние на репродуктивната система и нейните функции, което се причинява от много и различни заболявания.

7.1. Пакетът включва медицински прегледи и изследвания във връзка със заболяванията, водещи до стерилитет както при мъжът, така и при жената.

7.2. Пакетът включва първо посещение и прегледи за снемане щателна и пълна анамнеза и на двамата партньори, както и назначените изследвания:

7.2.1. гинекологичен преглед;

7.2.2. ултразвуков преглед;

7.2.3. хормонални изследвания;

7.2.4. спермограма на съпруга/партньора;

7.2.5. допълнителни изследвания за установяване на оплодителна способност при съпруга/партньора

7.2.6. микробиология;

7.2.7. цитонамазка;

7.2.8. изследване за полово-предавани инфекции.

7.3. Пакетът включва етапите на инвитро- процедурата :

7.3.1. подготовка

7.3.2. стимулация

7.3.3. пункция

7.3.4. оплождане

7.3.5. трансфер

8. Пакет VIII. „Критични заболявания” – включва се в комбинация при закупени задължително Пакет „Извънболнична медицинска помощ” и Пакет „Болнична медицинска помощ”.

Включва прегледи, изследвания и лечение на критични заболявания на Застраховано лице, симптомите на което се проявяват и диагностицират за първи път през срока на застраховката, съгласно дефиницията в ОУ до уговорените лимити.

В Пакет „Критични заболявания” Застрахователя приема да обезщетява: болест на Алцхаймер/тежка деменция, слепота, хирургически байпас на коронарна артерия, инфаркт на миокарда, хирургия на сърдечната клапа, бъбречна недостатъчност, значителни изгаряния от IIIта степен, значимо раково заболяване, приемане на трансплант (човешки костен мозък, човешко сърце, бял дроб, черен дроб, бъбрек, панкреас), заболяване на двигателни неврони, множествена склероза, парализа, инсулт, хирургия на аортата.

Застрахователя поема извършените разходи по пакетите до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор и приложенията към него, извън обхвата на програмите на МЗ.

Застрахователят прилага отлагателен период от 3 месеца.

9. Пакет „MED CARE”

Пакетът включва :

9.1. Домашна визита от лекар

9.2. Мобилни лабораторни услуги – пробовземане на кръв, ПСР, антигенни тестове, урина;

9.3. Манипулации – смяна на катетър, обработка на рани, смяна на превръзка, венозни инфузии, мускулни, венозни и подкожни инжекции, поставяне на ваксина

9.4. Извозване на пациент до лечебно заведение (за територията на София-град).

10. Пакет „OXI HEALTH“ – включват се възникнали разходи по проведена специализирана форма на рехабилитация след прекарани пост респираторни и белодробни заболявания, вкл. COVID-19.

11. Пакет „Алтернативно лечение“ – включва се в комбинация при закупен задължително Пакет „Извънболнична медицинска помощ“ и предоставя възможност по преценка на лекар- специалист за алтернативна

медицина/терапия, различна от конвенционалната форма на лечение, като например:

акупунктура, акупресура, магнитотерапия, хомеопатия, диететика и хранене, рефлексотерапия, боуентерапия, остеопатия, артроскопия и лечение с обезболяващи и нестероидни противовъзпалителни препарати при ставни и ревматоидни заболявания, както и конфиденциални онлайн психологически консултации за справяне със стрес/бърнаут на работното място и житейски проблеми.

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Всяка претенция се завежда с представяне на попълнено Искане за възстановяване на разходи СПОРЕД ПОКРИТИЕТО НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР с всички посочени реквизити, придружено от посочените необходими документи, съобразно вида на направения разход, като Застрахованият се задължава да съхранява всички изпратени документи в оригинал до 3/три/ години от датата на застрахователното събитие и при поискване от страна на Застрахователя да бъдат предоставяни .

Пакет „ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ“

При прегледи и манипулации в амбулаторни условия при възникнал здравен проблем:

- Амбулаторен лист – четливо копие;
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон четливо копие.

При клинично-лабораторни изследвания и образна диагностика:

- Амбулаторен лист с назначение на изследвания - четливо копие
- Резултати от проведените назначени изследвания, – четливо копие;
- Копие от разчетения резултат при образна диагностика – рентгеново изследване, ЯМР, КТ
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие.

При физиотерапия и рехабилитация:

- Амбулаторен лист с назначение за провеждане на физиотерапия и рехабилитация - четливо копие;
- Амбулаторен лист, издаден от лекар – специалист „Физикална терапия и рехабилитация“ с отразен преглед - четливо копие;
- Карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури;
- Фактура, - четливо копие
- Фискален бон- четливо копие

При наблюдение на бременност:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ №119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – четливо копие;
- Резултат от назначени и проведени изследвания, както и интерпретация при наличие на такава;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал;
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.

При подготовка за планова хоспитализация:

- Амбулаторен лист – четливо копие;
- Резултати от назначените консултации и извършени изследвания – четливо копие;
- Фактура – четливо копие

Пакет „БОЛНИЧНА ПОМОЩ“

При болнично лечение:

- Епикриза четливо копие;
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

При санаториално лечение и рехабилитация в специализирани лечебни заведения:

- Епикриза с подпис на лекуващия лекар, с препоръка за последващо рехабилитационно лечение – оригинал;
- Епикриза от Специализирана болница за рехабилитация – оригинал;
- Карта с назначени и проведени физиотерапевтични/рехабилитационни процедури – копие, заверено от лечебното заведение;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал;

- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал.

При Раждане:

- Епикриза на родилката с подпис на лекуващия лекар и печат - четливо копие
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон- четливо копие
- *При избор на лекар/екип за болнично лечение:*
- Епикриза , - четливо копие
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити и описание на ползваните медицински услуги – оригинал
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ – оригинал

Пакет „ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА И ПРОДУКТИ“

За лекарствени средства и Лекарствени продукти при лечение на остри заболявания:

- Амбулаторен лист - четливо копие
- Рецепта - четливо копие
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

Лекарствени продукти при лечение на хронични заболявания:

- Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал;
- Копие на Рецептурна книжка с отразени количество медикаменти, подпис и печат на лекуващия лекар
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

За контрастно вещество при образни изследвания:

- Амбулаторен лист с назначение на изследването - четливо копие
- Разчитане на резултат от образна диагностика;
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

За медицински консултативи, превързочни материали и помощни средства:

- Амбулаторен лист - четливо копие
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

За имплантни и скъпоструващи медицински консултативи, незаплащани от НЗОК при оперативни интервенции:

- Епикриза - четливо копие
- Копие на оперативния протокол, при използване на консултативи или медицински изделия;
- Стикер или друг вид идентификационен код на медицинското изделие – оригинал;
- Фактура, - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

За диоптрични стъкла за очила или контактни лещи за корекция на зрението:

- Амбулаторен лист – оригинал с подробно и четливо попълнени всички реквизити, вкл. да е отразена промяната на визуса;
- Рецепта от офталмолог – оригинал, на която ясно са изписани параметрите на корекцията на диоптъра. Описанието в рецептата е необходимо да отговаря на отразената корекция на диоптрите в амбулаторния лист от прегледа; Рецептата съдържа следните реквизити: име и подпис на лекаря, печат на лечебното заведение, град и дата на издаване, име на пациента, възраст и адрес;
- Ясно и четливо копие на стикерите/опаковките на закупените диоптрични стъкла /контактни лещи/.
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

При профилактичен преглед и снемане на зъбен статус:

- Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведения профилактичен преглед, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение - четливо копие
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на дентална помощ – четливо копие.

При терапевтична дентална помощ:

- Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение - четливо копие
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие

При хирургична дентална помощ:

- Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение или Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат – четливо копие
- Фактура - четливо копие
- Фискален бон - четливо копие.

При медикаментозно лечение:

- Амбулаторен лист с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, назначена медикаментозна терапия, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение или Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат - четливо копие
- Фактура - четливо копие;
- Фискален бон - четливо копие.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- Амбулаторен лист - Бланка на МЗ №119/98 с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – четливо копие;
- Фактура е първичен счетоводен документ, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, отговарящи на закона за счетоводството и описание на ползваните медицински услуги ;Във фактурата следва да са изброени по вид и брой всички закупени медицински услуги и тяхната единична цена
- Фискален бон, издадени от изпълнителя на медицинска помощ - първичен счетоводен документ, който се издава задължително при всяко отделно плащане.
- Епикриза е официален медицински документ, който се издава задължително на пациента след проведено стационарно лечение в лицензирано здравно заведение. Етапната епикриза като документ не е епикриза по това определение. Необходими задължителни реквизити: подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение.