

**ОБЩИ УСЛОВИЯ
ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ
НА „ДОМ-ЗДРАВЕ” АД**

Съдържание:

I.	ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ	2
II.	ПРЕДМЕТ И ОБХВАТ. ОСИГУРИТЕЛНИ ПОКРИТИЯ И ИЗКЛЮЧЕНИЯ	2
III.	ЛИЦА, КОИТО МОГАТ ДА БЪДАТ ОСИГУРЕНИ	6
IV.	ОСИГУРИТЕЛНА СУМА И ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ	7
V.	ОСИГУРИТЕЛНА ПРЕМИЯ	7
VI.	СКЛЮЧВАНЕ, НАЧАЛО И СРОК НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ ДОГОВОР.....	8
VII.	ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ	10
VIII.	ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ОСИГУРИТЕЛНО СЪБИТИЕ	13
IX.	ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	14
X.	ДЕФИНИЦИИ	16

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Тези Общи условия регламентират правилата, реда и условията, по които **“Доброволна осигурителна мрежа - Здраве” АД (“ДОМ - Здраве” АД)** осъществява доброволно здравно осигуряване чрез индивидуални, семейни и групови здравноосигурителни договори. В рамките на определените осигурителни суми и лимити на отговорност, срещу платена осигурителна премия, **“ДОМ - Здраве” АД** обезпечава финансово предоставянето на български и чуждестранни физически лица, на интегрирана медицинска помощ, здравни грижи, лекарства, консумативи, превързочни материали, помощни средства, санитарен транспорт, възстановяване на разходи, свързани с подобряване на здравето и предпазване от заболяване, диагностика, извънболнично и болнично лечение, рехабилитация и патронаж. Конкретните здравни услуги и стоки, техният вид и обхват са дефинирани в два лицензирани здравноосигурителни пакета със съответните секции, опции, нива на осигурителните суми и лимити на отговорност, които са предмет на свободен избор от страна на Осигурения/Осигуряващия.

Здравното осигуряване по тези Общи условия е доброволно и се осъществява на принципите на солидарност и взаимопомощ сред Осигурените, отговорност за собственото им здраве, равнопоставеност, ефикасност, икономичност, доброволен и свободен избор. Взаимоотношенията между страните се уреждат с тези Общи условия, със здравноосигурителния договор, здравноосигурителните пакети и всички приложения и допълнения към тях.

II. ПРЕДМЕТ И ОБХВАТ. ОСИГУРИТЕЛНИ ПОКРИТИЯ И ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Предметът на дейност на **“ДОМ – Здраве” АД** е доброволно здравно осигуряване осъществявано по тези Общи условия, а обхватът е дефиниран посредством пакета **“Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи”** и пакета **“Възстановяване на разходи”**.

1. Пакетът **“Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи”** съдържа всеобхватен и последователен набор от здравни услуги и стоки групирани в секции, както следва:

1.1. Секция I - **“Подобряване, опазване и поддържане на здравето и предпазване от заболяване”** – обхваща набор от прегледи, изследвания, скрининги, обучение, наблюдение, консултации и съставяне на индивидуални и групови програми, насочени към промоция и профилактика на здравето на осигурените лица и предпазване от заболяване.

1.2. Секция II - **“Извънболнична медицинска помощ”** - обхваща здравни услуги, диагностика и лечение на осигурените лица, включващи прегледи, изследвания, консултации, наблюдение, експертиза, манипулации и операции извършени в амбулаторни условия.

1.3. Секция III - **“Болнична медицинска помощ”** - обхваща здравни услуги предоставени на осигурените лица в болнични лечебни заведения по лекарско предписание, за извършване на прегледи, изследвания, диагностика и лечение, манипулации и операции с различна степен на тежест.

- 1.4. Секция IV – **“Рехабилитация и санаториално лечение”** - обхваща здравни услуги включително прегледи, изследвания, консултации и хоспитализация в санаториални условия за долекуване и възстановяване след прекарано остро заболяване, както и извънболнични рехабилитационни услуги и манипулации по лекарско предписание.
- 1.5. Секция V – **“Здравни грижи”** - обхваща постоянно наблюдение на болния, рутинни и интензивни сестрински грижи, санитарен транспорт, контрол и подпомагане от лекар или социален работник.
- 1.6. Секция VI - **“Лекарства по лекарско предписание”** - обхваща поемане за осигурените лица, на разходи за лекарства назначени от лекар по медицински показания при профилактични мероприятия, извънболнично и болнично лечение.

В зависимост от вида и обхвата на здравните услуги и стоки, включени във всяка Секция на пакета, съществува възможност за избор между четири осигурителни Опции, както следва:

- A. Базова опция.
- B. Разширена опция.
- C. Оптимална опция.
- D. Луксозна опция.

Предмет на здравноосигурителния договор може да бъде всяка от опциите на здравноосигурителния пакет, съгласно свободния и доброволен избор на Осигурения/Осигуряващия.

2. Пакетът **“Възстановяване на разходи”** съдържа всеобхватен и последователен набор от здравни услуги и стоки групирани в секции, както следва:
 - 2.1. Секция I - **“Подобряване, опазване и поддържане на здравето и предпазване от заболяване”** – обхваща набор от прегледи, изследвания, скрининги, обучение, наблюдение, консултации и съставяне на индивидуални и групови програми, насочени към промоция и профилактика на здравето на осигурените лица и предпазване от заболяване.
 - 2.2. Секция II - **“Извънболнична медицинска помощ”** - обхваща здравни услуги, диагностика и лечение на осигурените лица, включващи прегледи, изследвания, консултации, наблюдение, експертиза, манипулации и операции извършени в амбулаторни условия.
 - 2.3. Секция III - **“Болнична медицинска помощ”** - обхваща здравни услуги предоставени на осигурените лица в болнични лечебни заведения по лекарско предписание, за извършване на прегледи, изследвания, диагностика и лечение, манипулации и операции с различна степен на тежест.
 - 2.4. Секция IV – **“Рехабилитация и санаториално лечение”** – обхваща здравни услуги включително прегледи, изследвания, консултации и хоспитализация в санаториални условия за долекуване и възстановяване след прекарано остро заболяване, както и извънболнични рехабилитационни услуги и манипулации

по лекарско предписание.

- 2.5. Секция V – **“Здравни грижи”** - обхваща постоянно наблюдение на болния, рутинни и интензивни сестрински грижи, санитарен транспорт, контрол и подпомагане от лекар или социален работник.
- 2.6. Секция VI – **“Лечение в чужбина”** – обхваща дейностите свързани със съдействие на осигурения по намирането на подходящи клиники за провеждане на лечение в чужбина според съответното заболяване, както и договарянето на време, престой, условия и цени за лечението от името и в полза на Осигурения.
- 2.7. Секция VII - **“Лекарства, консумативи, превързочни материали и помощни средства по лекарско предписание”** – обхваща възстановяване на направени разходи за лекарства, консумативи, превързочни материали и помощни средства, назначени от лекар по медицински показания при профилактични мероприятия, извънболнично и болнично лечение.
- 2.8. Секция VIII – **“Стоматологична помощ”** - обхваща възстановяване на разходи направени за профилактика и лечение при заболявания на зъбите, зъбните редици, пародонта и лигавицата на устната кухина.
- 2.9. Секция IX – **“Санитарен транспорт”** - обхваща организацията, наличността, разположението и диспечерството на специализирани автомобили за санитарен транспорт.
- 2.10. Секция X – **“Неотложна помощ”** – обхваща всички видове неотложна необходимост от амбулаторна медицинска помощ в лечебни заведения за извънболнична помощ, а в комбинация със Секция “Санитарен транспорт” – и в дома на Осигурения или на мястото на възникване на необходимостта.

В зависимост от лимита на отговорност на Осигурителя, всяка Секция в пакета дава възможност за избор между три нива на осигурително покритие, както следва:

- A. Първо ниво.
- B. Второ ниво.
- C. Трето ниво.

Предмет на здравноосигурителния договор могат да бъдат една или повече секции от здравноосигурителния пакет, за всяка от които може да бъде избрано съответното ниво на осигурително покритие.

3. Здравноосигурителният договор има действие на територията на Република България.
4. Осигурителното покритие с услуги и стоки се предоставя на основата на сключени договори с Изпълнители на медицинска помощ и доставчици на стоки.
5. Осигурителят заплаща на Изпълнителя на медицинска помощ или възстановява на Осигурения/Осигуряващия стойността на предоставените здравни услуги и стоки.
6. Не се заплащат и не се възстановяват суми, определени нормативно като потребителски такси в лечебни заведения и аптеки, както и за преглед при общопрактикуващи лекари и специалисти.

7. Не се заплащат и не се възстановяват суми за разходи, частично /в рамките на чуждия ангажимент/ или изцяло поети от МЗ, НЗОК, други Осигурители или Застрахователи, правителствена/национална, общинска, обществена или частна здравна програма или работодател.
8. В обхвата на здравните услуги и стоки по тези Общи условия не се включват и не се възстановяват разходи при:
 - 8.1. Умишлено увреждане на собственото здраве и телесен интегритет, опити за самоубийство и самоанаряване, здравни проблеми, получени вследствие извършване на престъпление от общ характер от Осигурения;
 - 8.2. Военни или терористични действия, граждански размирици, радиоактивни и други аварийни и бедствени ситуации, земетресения, наводнения, пожари, спортни травми, производствени и други злополуки, епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерство на здравеопазването, участие в дейности с експериментална или научна цел;
 - 8.3. Лечение на алкохолизъм, наркомания, пристрастяване към лекарства или други зависимости, както и породени от тях заболявания, а също така и увреждане на здравето, вследствие системна употреба на тези вещества;
 - 8.4. Пластични, възстановително - реконструктивни и естетични корекции, козметични и други подобни услуги;
 - 8.5. Заболявания, травми, дефекти и аномалии на зъбните редици и лицевите кости освен ако здравноосигурителния договор е сключен за Секция VIII на Пакета "Възстановяване на разходи";
 - 8.6. Задължителни по българското законодателство лечение, имунизации и ваксинации;
 - 8.7. Прегледи, консултации, диагностика, лекарстволечение, извънболнично и болнично лечение, изследвания, манипулации и операции, терапия за възстановяване и рехабилитация и други, без лекарско назначение;
 - 8.8. Лечение на предходни заболявания;
 - 8.9. Извършване на тестове за СПИН/НIV носителство;
 - 8.10. Смяна на пола;
 - 8.11. Следните групи заболявания и медицинска помощ: Спешна медицинска помощ, Трансплантации, Неврохирургични и Кардиологични операции, СПИН, Венерически болести, Психични, Онкологични, Паразитни болести, Туберкулоза, Мултиплена склероза, Епилепсия, Болест на Алцхаймер, Заразни заболявания причинени от епидемия, както и заболявания, включени в национални и регионални програми за наблюдение и лечение;
 - 8.12. Лечение с методите на народната/алтернативната медицина, както и

всяко лечение, което не е утвърдено в медицинската практика, не отговаря на приетите медицински стандарти и правилата за добра медицинска практика и не е препоръчано и проведено от дипломиран и правоспособен лекар;

- 8.13. Хронични заболявания, диагностицирани за първи път преди началото на осигурителния договор;
- 8.14. Лечение на стерилитет и in vitro фертилизация;
- 8.15. Майчинство – за възникнали усложнения до третия месец след раждането.
- 8.16. Увреждане на здравето поради неизпълнение на предписанията на лекуващия лекар, както и поради неучастие в организирани от Осигурителя профилактични прегледи и мероприятия, ако заболяването е възникнало, усложнило се е, или е открито по-късно поради това неучастие;
- 8.17. Оказване на медицинска помощ в лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ.

III. ЛИЦА, КОИТО МОГАТ ДА БЪДАТ ОСИГУРЕНИ

9. С индивидуален или групов здравноосигурителен договор могат да се осигуряват лица на възраст от 16 до 65 години.
10. Със семеен здравноосигурителен договор могат да се осигуряват съпрузи на възраст от 18 до 65 години и техните деца на възраст от навършени 6 месеца до 26 години, които нямат сключен брак.
11. Не се осигуряват лица, навършили 65 години.
12. Възрастта на Осигурените се определя в цели години към началото на здравноосигурителния договор. По-малко от 6 месеца не се взимат под внимание. Навършени 6 или повече месеца се приемат за цяла година.
13. Осигуряват се здрави лица.
14. Могат да се осигуряват и лица с предходни заболявания при следните условия:
 - 14.1. Съгласно **“Списък на заболяванията, водещи до здравно осигуряване при специални клаузи”**, който е неразделна част от настоящите Общи условия;
 - 14.2. Заболяванията, посочени в Списъка се изключват от осигурителното покритие. За тях не се изплащат суми;
 - 14.3. За тези лица се подписва анекс към здравноосигурителния договор.
15. По смисъла на тези Общи условия група е общност от 15 и повече лица.

IV. ОСИГУРИТЕЛНА СУМА И ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ

16. Отговорността на Осигурителя е до размера на осигурителната сума. Тя се определя въз основа на договорените Опции/Секции от съответния пакет.
17. Осигурителната сума е основа за изчисляване на осигурителната премия, осигурителните обезщетения и лимитите на отговорност за всяка Секция на пакетите.

V. ОСИГУРИТЕЛНА ПРЕМИЯ

18. Срещу предоставяне на доброволно здравно осигуряване, Осигуреният/Осигуряващият дължи осигурителна премия по Тарифа на Осигурителя.
19. Осигуреният/Осигуряващият е длъжен редовно да заплаща осигурителните премии.
20. Осигурителната премия е годишна.
21. Начинът на плащане на осигурителната премия се определя при сключване на здравноосигурителния договор. Промяна в начина на плащане на премията по време на действие на здравноосигурителния договор се допуска с допълнително споразумение (анекс) между страните по договора.
22. Осигурителната премия се заплаща в пълен размер при сключване на здравноосигурителния договор.
23. При груповите здравноосигурителни договори се допуска разсрочване на годишната премия на месечни, тримесечни и шестмесечни вноски. Разсрочените премии се предплащат в началото на всеки период.
24. Годишната осигурителна премия по индивидуалните и семейни здравноосигурителни договори може да бъде внесена на две равни части - в началото на всяко шестмесечие, освен ако не е договорено друго.
25. Премията се плаща в брой - срещу финансово-счетоводен документ или по безкасов път - с банков или пощенски превод. При безкасово плащане за дата на внасяне на премията се счита датата на заверката на банковата сметка на Осигурителя.
26. При неплащане, на която и да е от вноските по разсрочена премия в уговорения срок, Осигурителят прекратява едностранно здравноосигурителния договор. В този случай Осигурителят задължително уведомява писмено Осигуреният/Осигуряващия за закъснението и му дава 7 дневен срок да заплати вноската по просрочената премия. След нейното внасяне в посочения срок, здравноосигурителният договор автоматично се продължава и Осигуреният/Осигуряващият възстановява осигурителните си права.
 - 26.1. Когато Осигуреният се намира в болница по време на падежа, вноската по просрочената премия се заплаща в 3 дневен срок след изписването му.
27. Осигурителната премия може да бъде предплатена за повече от една година след текущата или до края на срока на здравноосигурителния договор /предплатени премии/. При предсрочно прекратяване на здравноосигурителния договор,

предплатените годишни премии, следващи годината на прекратяване се връщат, намалени с направените разходи.

28. В случай на смърт на Осигурения, преди изтичане срока на здравноосигурителния договор, неизползваната част от годишната премия не подлежи на връщане.
29. При наличие на сключени през предходната осигурителна година индивидуални, семейни и групови здравноосигурителни договори, при изчисляване на премията за следващата осигурителна година и в случай, че не са направени плащания от страна на Осигурителя през предходната, Осигуреният има право на отстъпка.
30. Видовете отстъпки и техния размер са описани в Тарифите на Осигурителя и се определят за всеки конкретен случай при сключване на здравноосигурителен договор.
31. В случай, че в групов здравноосигурителен договор настъпи промяна в групата по време на действието му, осигурителната премия се преизчислява, само ако това е изрично упоменато в него.
 - 31.1. В случай, че е договорено преизчисляване Осигуряващият уведомява Осигурителя като предоставя списък на новопостъпилите/напусналите групата лица. В този случай приложение намират чл.32-33 и чл.44-45 от тези Общи условия.
32. В случай, че в групов здравноосигурителен договор се намали броя на осигурените, осигурителната премия се преизчислява, считано от датата на следващото плащане.
33. При предплатена премия и промяна броя на осигурените, осигурителната премия за следващата осигурителна година се изчислява, съобразно числеността на групата, в края на текущата осигурителна година.

VI. СКЛЮЧВАНЕ, НАЧАЛО И СРОК НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ ДОГОВОР

34. Осигуряването се извършва въз основа на писмен здравноосигурителен договор между страните, в който задължително се вписват избраните Опции/Секции от съответния пакет, осигурителното ниво/сума, премията, лимита на отговорност и срока на здравноосигурителния договор.
35. Осигурителят гарантира получаването на договорените здравни услуги, стоки и здравни грижи, ползвани през осигурителния период до размера на осигурителната сума и лимитите на отговорност, за които е платена осигурителна премия.
36. Преди сключване на здравноосигурителния договор кандидатът за осигуряване е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите в Персоналната здравна декларация-въпросник и да даде верни сведения за всички обстоятелства, за които писмено е поставен въпрос.
37. Здравноосигурителният договор се сключва въз основа на **Персонална здравна декларация – въпросник**, попълнена от Осигурения, по образец на Осигурителя. Валидността на здравноосигурителното правоотношение се удостоверява с писмен здравноосигурителен договор, издаден в два еднакви екземпляра – по един за

Осигурителя и Осигурения/Осигуряващия.

38. Предпоставка за сключването на индивидуален и семеен здравноосигурителен договор е попълването на Персонална здравна декларация-въпросник от кандидата за осигуряване.
39. Персоналната здравна декларация-въпросник задължително се проверява от лекар на Осигурителя, който дава заключение за :
 - 39.1. Осигуряване при стандартни условия;
 - 39.2. Осигуряване при специални клаузи по реда на чл. 14 от тези Общи условия;
 - 39.3. Отказ от осигуряване.
40. Въз основа на данните от Персоналната здравна декларация - въпросник, Осигурителят има право да изиска допълнителни изследвания и **Лекарски преглед**. Лекарският преглед завършва със заключение - медицински рапорт на лекар на Осигурителя. Разходите за извършените прегледи и изследвания са за сметка на кандидата за осигуряване.
41. Групов здравноосигурителен договор се сключва при следните условия:
 - 41.1. От 15 до 25 души – с Поименен списък, Персонални здравни декларации и при необходимост - Лекарски преглед;
 - 41.2. От 26 до 100 души – с Поименен списък и Персонални здравни декларации;
 - 41.3. Над 100 души – с Поименен списък, без Персонални здравни декларации по преценка на Осигурителя.
42. Отговорността на Осигурителя по сключен здравноосигурителен договор започва от 00.00 часа на тридесет и първия календарен ден след датата на сключване на здравноосигурителния договор, при условие, че е заплатена осигурителната премия /първата вноска от премията/.
43. В 14 дневен срок от сключването на здравноосигурителния договор, Осигуреният получава здравноосигурителен номер и Здравноосигурителна карта, в случай, че осигурителната премия/първа вноска е заплатена.
44. За новопостъпилите лица по групов здравноосигурителен договор, отговорността на Осигурителя започва:
 - 44.1. За всеки допълнително включен в поименния списък, от 00.00 часа на деня, следващ деня, в който за тях е платена допълнителна премия;
 - 44.2. За всяко новопостъпило лице на мястото на напуснал, от 00.00 часа на деня следващ датата на постъпване в групата, без внасяне на допълнителна премия. Осигурителят се задължава да предостави здравноосигурителна карта на всеки новопостъпил в групата.
45. За напусналите групата на Осигурения, отговорността на Осигурителя по групов здравноосигурителен договор се прекратява от 24.00 часа на деня на писменото

уведомяване. Осигуряващият незабавно уведомява Осигурителя за промените в поименния състав на групата осигурени лица и връща на Осигурителя здравноосигурителните карти на напусналите.

46. Здравноосигурителен договор се сключва за срок най-малко от една и най-много до пет години.
47. Срокът на здравноосигурителния договор се определя така, че при изтичането му Осигуреният да не бъде по-възрастен от 65 години.
48. Здравноосигурителният договор може да бъде удължен с анекс, след като бъде уточнена и платена премията за следващия период, преди изтичането на текущия здравноосигурителен договор.
49. При подновяване на здравноосигурителния договор, Осигурителят има право да преизчисли осигурителната премия, съобразно настъпилите промени във възрастта на Осигурения, броя на осигурените лица при групов здравноосигурителен договор и/или промяна в тарифата на Осигурителя, одобрена от Комисията по финансов надзор.
50. Когато здравноосигурителният договор е сключен въз основа на Персонална здравна декларация - въпросник, при неговото подновяване Осигурителят може да изиска попълване на нова Персонална здравна декларация - въпросник, а при необходимост се извършва и лекарски преглед.
51. Здравноосигурителният договор се прекратява предсрочно:
 - 51.1. С писмено съгласие на страните;
 - 51.2. Със смъртта на Осигурения;
 - 51.3. В случаите по чл. 26 и чл. 69.1 от тези Общи условия.

ВИ. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ОСИГУРЕНИТЕ

52. Осигуреният има право да ползва здравни услуги и стоки по договорените пакети/секции в лечебни заведения, както следва:
 - 52.1. По Пакета **“Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи”**, в лечебни заведения, с които Осигурителят има сключен договор;
 - 52.1.1. Осигуреният/Осигуряващият има право да получи най-късно до 30 дни от сключването на здравноосигурителния договор списък на Изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключен договор;
 - 52.2. По Пакета **“Възстановяване на разходи”**, във всяко лечебно заведение независимо от това дали Осигурителят е в договорни отношения с него.
53. Осигуреният има право на квалифицирано и качествено лечение и медицинско обслужване, съобразно изискванията на добрата медицинска практика.

54. Осигуреният има право на прегледи и лечение в болница, след насочване от лекар на Осигурителя, по медицински показания. За целта той получава Направление за здравни услуги по образец на Осигурителя.
55. Осигурените лица имат право да получават данни за здравето си състояние и изразходваните суми. Данните са поверителни и достъп до тях имат само лечебното заведение, Осигурителя, Осигурения и държавните органи, които са упълномощени със закон.
56. Осигуреният е длъжен:
 - 56.1. Да заплаща осигурителните премии в размер и срок, определени в здравноосигурителния договор;
 - 56.2. Да полага грижи за опазване на здравето си;
 - 56.3. Да изпълнява предписанията на лекуващите лекари и предприема за своя сметка необходимите мерки с цел предотвратяване на заболяване или злополука;
 - 56.4. Да попълни вярно и честно Персоналната здравна декларация-въпросник по образец на Осигурителя;
 - 56.5. Да не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на здравни услуги и стоки, заплащани от Осигурителя и определени от здравноосигурителния договор.
57. Осигуряващият и осигурените лица са длъжни да уведомяват в 7 дневен срок Осигурителя за настъпили промени в местоработата и адреса за кореспонденция.
58. По Пакет “Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи” Осигуреният е длъжен да представи здравноосигурителната си карта при всяко посещение при Изпълнител на медицинска помощ и доставчик на стоки, с които Осигурителят има сключен договор.
59. Разходите за лечение извън лимитите на отговорност, както и здравни услуги и стоки извън договорените в здравноосигурителния договор, са за сметка на осигурените лица.
60. Правата на Осигурения по здравноосигурителния договор не могат да бъдат преотстъпвани на други лица.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ОСИГУРИТЕЛЯ

61. Осигурителят е длъжен да обезпечи финансово ползването от осигурените лица на договорените здравни услуги и стоки при Изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключени договори в случаите на абонаментно обслужване и да възстанови направените и предявени по надлежния ред от Осигурените лица разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки в случаите на възстановяване на разходи.
62. Осигурителят определя Тарифи на базата, на които договаря размера на осигурителната премия.
63. Осигурителят сключва необходимия брой договори с Изпълнители на медицинска

помощ по смисъла на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закона за народното здраве (ЗНЗ) и Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (ЗЛСАХМ).

- 63.1. В 30 дневен срок от сключването на здравноосигурителния договор по пакета “Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи”, Осигурителят предоставя на Осигурения/Осигуряващия, списък на Изпълнителите на медицинска помощ, с които е сключил договор.
64. Осигурителят е длъжен да води регистър на осигурените при него лица и да създава за тях индивидуални осигурителни номера.
65. Осигурителят има право да откаже изплащане на здравни услуги и стоки при неспазване от страна на Осигурения на задълженията по чл. 56 от тези Общи условия или в случай на измама при ползването на здравни услуги и стоки, извършена от страна на Осигурения/Осигуряващия.
66. При Пакета “Възстановяване на разходи” Осигурителят може да откаже възстановяването на направените разходи и в следните случаи:
 - 66.1. Изчерпване лимита на отговорност и размера на осигурителната сума.
 - 66.2. При забава внасянето на осигурителните премии, до момента на внасяне на просрочената вноска.
 - 66.3. Неотстраняване в срок на нередовностите по изискваните от Осигурителя документи по реда на чл.72 и чл.73 от тези Общи условия.
 - 66.4. При представяне на неистински или документи с невярно съдържание.
 - 66.5. При закупуване на лекарства след изтичане на 7 дневен срок от лекарското им предписване.
67. Във всички случаи, обуславящи право на отказ за заплащане на здравни услуги и стоки Осигурителят има право да извършва проверки чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравното състояние на Осигурения от Изпълнителите на медицинска помощ.
68. Осигурителят има право при констатирани отклонения по т. 65 да извършва проверки, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравното състояние на Осигурения от Изпълнителите на медицинска помощ.
69. В случай, че здравноосигурителният договор е сключен при неверни сведения за възрастта и/или здравното състояние на Осигурения, дадени писмено в персоналната здравна декларация - въпросник или друг писмено поискан от Осигурителя документ, Осигурителят има право:
 - 69.1. Да прекрати едностранно здравноосигурителния договор;
 - 69.2. Да откаже изплащането на суми;
 - 69.3. Да задържи внесената осигурителна премия;

69.4. Да приложи комбинация от изброените мерки.

70. Страните по здравноосигурителния договор могат да го променят само посредством друго писмено споразумение.
71. В началото на всяка осигурителна година Осигурителят може да изиска от Осигурения/Осигуряващия представяне на нови Персонални здравни декларации-въпросник и извършване на лекарски преглед.

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ОСИГУРИТЕЛНО СЪБИТИЕ

72. При настъпване на осигурително събитие по пакет "Възстановяване на разходи", Осигуреният/Осигуряващият е длъжен да уведоми Осигурителя в срок от 10 календарни дни след ползване на здравни услуги и/или получаване на стоки като попълни **Искане** за възстановяване на разходи. Към искането за възстановяване на разходи Осигуреният/Осигуряващият е длъжен да приложи следните документи:

- 72.1. За профилактика, извънболнично и болнично лечение и рехабилитация – Секции I, II, III, IV, V, VIII, и X – амбулаторни листове, рецепти, епикризи, направления и други документи за извършени лекарски прегледи, изследвания и лечение, инструментални и апаратни изследвания и манипулации, фактури и фискални бонове;
- 72.2. За лекарства – Секция VII - рецепти, епикризи, документ за извършен лекарски преглед, фактури и фискални бонове;
- 72.3. За помощни средства и превързочни материали – Секция VII - документи за медицинско назначение, рецепти, протоколи, фактури и фискални бонове;
- 72.4. За санитарен транспорт – Секция IX - документи от Изпълнителите на медицинска помощ за необходимостта от санитарен транспорт, фактури и фискални бонове;
- 72.5. Попълнено Сведение за здравни услуги или стоки по образец на Осигурителя.

73. При необходимост, освен документите по предходния член от тези общи условия, в 7 дневен срок от постъпването искането за възстановяване на разходи, Осигурителят може да поиска да бъдат представени в 7 дневен срок и други документи.

74. За пакета "Възстановяване на разходи" се прилага самоучастие на Осигурения/Осигуряващия, както следва:

74.1. За Секция I, II, III, IV, V, VIII и X самоучастието се определя като процент от стойността на направения разход за ползваната от Осигурения/Осигуряващия здравна услуга или стока. Размера на самоучастието се определя в здравноосигурителния договор.

74.2. За Секция VI – "Лечение в чужбина" не се прилага самоучастие на

Осигурения/Осигуряващия.

74.3. За Секция VII – “Лекарства, консумативи, превързочни материали и помощни средства по лекарско предписание” самоучастието се определя както следва:

- за лекарства - като твърда сума;
- за консумативи, превързочни материали и помощни средства – като процент от стойността на направения разход.

Осигурителят възстановява разликата между стойността на ползваната здравна услуга или стока и самоучастието на Осигурения/Осигуряващия до изчерпване на общият размер на осигурителната сума.

75. Осигурителят възстановява разходи въз основа на представени осигурителни, медицински и финансови документи, съответстващи на извършените здравни услуги и доставени стоки. Набавянето на документите, издавани от Изпълнителите на медицинска помощ и доставчици на стоки, необходими за възстановяване на разходи, е задължение на Осигурения/Осигуряващия и е за тяхна сметка, с изключение на документите по образец на Осигурителя, които се предоставят при сключване на здравноосигурителния договор.

76. Дължимите суми се възстановяват на Осигурения/Осигуряващия.

77. Осигурителят заплаща подлежащите на възстановяване суми не по - късно от 30 календарни дни от датата на получаване на Искането, придружено със съответните осигурителни, медицински и финансови документи или уведомява, че отказва възстановяването на разходи.

78. В случай на смърт на Осигурен, получил здравни услуги, Осигурителят възстановява направените разходи на законните наследници на Осигурения.

79. При настъпване на осигурително събитие по пакет “Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи”, Осигуреният/Осигуряващият няма финансови взаимоотношения с Изпълнителите на медицинска помощ, ако е ползвал договорените здравни услуги и стоки до установената осигурителна сума и лимит на отговорност.

79.1. По пакета “Интегрирана медицинска помощ и здравни грижи” Осигурителят възстановява разходи за лечение на Осигурен при Изпълнители на медицинска помощ, които не са в договорни отношения с Осигурителя само по изключение, при специални случаи или извънредни обстоятелства, с решение на Съвета на Директорите.

IX. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

X. Всички съобщения и уведомления между страните във връзка с изпълнение клаузите на настоящите Общи условия се осъществяват в писмена форма.

80. Съобщенията и уведомленията, които Осигурителя прави до Осигурения и/или до

Осигуряващия се изпращат с препоръчана поща и се адресират до посочения от тях адрес в здравноосигурителния договор. Осигурителят не носи отговорност за неполучаването им при условие че Осигурения и/или Осигуряващия не е уведомил Осигурителя по реда на чл. 57 от тези Общи условия.

81. Измененията и допълненията в настоящите Общи условия влизат в сила само за здравноосигурителните договори сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените.
82. Осигурителят не дължи лихви за неправилно внесени суми и несвоевременно получени обезщетения.
83. При унищожаване или изгубване на екземпляр от здравноосигурителен договор осигурените лица са длъжни да уведомят Осигурителя в 7 дневен срок за издаване на дубликат. Дубликатът се издава в поделението на Осигурителя, където здравноосигурителния договор е бил сключен.
84. Споровете между страните по сключен здравноосигурителен договор се разрешават посредством преговори и взаимни компромиси.
 - 84.1. Когато преговорите не доведат до разрешение на спора се пристъпва към процедура по помирение. Предмет на помирението е спорът, по който е допустимо сключване на спогодба.
 - 84.2. Помирителното производство започва по общо съгласие на страните по спора или по искане на една от тях. Страните подават до Секретариата на АС при БТПП молба за започване на помирение в три екземпляра, в която излагат накратко предмета на спора и становищата по него.
 - 84.3. Когато молбата за помирение се подава от една от страните, Секретариатът на АС при БТПП изпраща незабавно препис на другата страна, като ѝ дава 15-дневен срок да заяви дали приема или отказва да участва в помирението. При отказ или при липса на отговор помирително производство не се образува. Секретариатът уведомява за това молителя и му връща половината от внесената такса.
 - 84.4. За производството по помирение се прилага Правилника за помирение на АС при БТПП, приет от Изпълнителното бюро на БТПП с Протокол 22/5-99 от 12.05.1999 г. и Решение на УС на БТПП от 16.12.1998 във вр. с чл. 22, ал. 1, т. 8 от Устава на БТПП.
 - 84.5. В случай, че помирителната процедура не спомогне за окончателното разрешаване на спора, той се отнася пред компетентния български съд.
85. Преди предявяване на иск пред съда, Осигуреният може да оспорва решението пред Съвета на директорите на "ДОМ – Здраве" АД в гр. София. Това оспорване не е необходимо условие и предпоставка за отнасяне на спора за разрешаване от компетентният съд.

ХІ. ДЕФИНИЦИИ

86. **Осигурител** е “ДОМ – Здраве” АД, който при настъпване на посочените в здравноосигурителния договор събития напълно или частично заплаща стойността на договорените здравни услуги и стоки и/или възстановява напълно или частично направени разходи за тях.
87. **Осигуряващ** е лицето, което сключва здравноосигурителния договор и се задължава да плаща премиите. Осигуряващ може да бъде физическо или юридическо лице.
88. **Осигурен** е физическо лице, което при настъпване на осигурително събитие има права по здравноосигурителния договор.
89. **Осигуряващ** и **Осигурен** може да бъде едно и също лице тогава, когато то заплаща осигурителната премия и се ползва от здравноосигурителния договор.
90. **Осигурителна сума** е сумата, която се фомира на базата на избраните Секции/Опции/Осигурителни нива, по съответния здравноосигурителен пакет, от Осигурения/Осигуряващия, до която Осигурителя отговаря и прави плащания по сключения здравноосигурителен договор.
91. **Осигурителна премия** е сумата, дължима по здравноосигурителния договор, която Осигуреният или Осигуряващия заплаща на Осигурителя.
92. **Осигурително събитие** е обстоятелство, възникнало по време на действието на здравноосигурителния договор, пораждащо необходимост от извършването на здравни услуги, свързани със здравето състояние на Осигурения, определени чрез договорения здравноосигурителен пакет/пакети/.
93. **Осигурителна година** е периодът от денят и часът посочени за начало в здравноосигурителния договор, до денят и часът, в които изтичат 12 /дванадесет/ календарни месеца от началото.
94. **Падеж** е датата за плащане на осигурителната премия.
95. **Самоучастие** е сумата, която Осигуреният следва да заплати за своя сметка, за ползваните здравни услуги и стоки в момента на получаването им. За малолетни и ненавършили пълнолетие Осигурени лица самоучастието се дължи от родителите (настойника или попечителя).
96. **Здравни услуги** са система от профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности, регистрирани в официални медицински, осигурителни и финансови документи, извършени от правоспособни Изпълнители на извънболнична и болнична медицинска помощ.
97. **Профилактична дейност** е дейност насочена към предотвратяване на уврежданията на здравето, чрез търсене и откриване на латентни болестни форми или на незначителни отклонения от нормалния статус, с диагностичните и превантивни способности на медицината.
98. **Диагностична дейност** са дейности, свързани с изследване и преценка на

здравното състояние на Осигуреното лице и определяне на настъпилото у него заболяване със способите на класическата медицина.

99. **Лечебни** са медицинските дейности насочени към преодоляване увреждането на здравното състояние на осигуреното лице и последиците от него с методите на консервативното и/или оперативно лечение, провеждано от лекар или екип в извънболнични или болнични условия.
100. **Рехабилитационни** са дейностите определени чрез договорения здравноосигурителен пакет/пакети за довършване или допълване на провежданото лечение и укрепване здравното състояние на увреденото лице след заболяване, за да се даде възможност на изцяло или частично оздравялото лице да се върне към нормалния начин на живот.
101. **Извънболнична медицинска помощ** включва определените чрез съответния здравноосигурителен пакет и здравноосигурителен договор здравни услуги, които се предоставят от съответните правоспособни Изпълнители на медицинска помощ при амбулаторни условия.
- 101.1. Правоспособни Изпълнители на извънболнична медицинска помощ са физически и/или юридически лица, които притежават актуална регистрация по ЗЛЗ за извършване на медицинска дейност.
102. **Болнична медицинска помощ** включва определените чрез съответния здравноосигурителен пакет и здравноосигурителен договор здравни услуги, които се предоставят в стационарни условия, съобразно здравното състояние на осигурените лица от правоспособни Изпълнители на болнична медицинска помощ, с цел възстановяване здравето на Осигурените.
- 102.1. Правоспособни Изпълнители на болнична медицинска помощ са различните видове болници получили разрешение от МЗ за осъществяване на болнична дейност по реда и условията на ЗЛЗ. При получаването на болнична медицинска помощ осигуреното лице пребивава в съответната болница – изпълнител на услугата.
103. **Аптека** е здравно заведение, което извършва съхранение, приготвяне, опаковане, контролиране, даване на консултации и продажба на регистрирани в страната лекарства и е регистрирано по реда и условията на ЗЛАХМ.
104. **Оперативно лечение** е непосредственият лечебен процес, когато със способите на хирургичната намеса се извършва корекция на патологични състояния на тъкани, органи и 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.
105. **Консервативно лечение** е въздействието чрез лекарства или други средства и методи, при което не са необходими и не се извършват оперативни интервенции върху осигуреното лице.
106. **Лекар - координатор** е Изпълнител на медицинска помощ, който извършва първоначален прием на осигуреното лице, направлява и регистрира по-нататъшното му лечение от самия него или от друг изпълнител на медицинска помощ. Лекар – координаторът обработва и медицински, осигурителни и финансови документи за

извършване на плащания от Осигурителя.

107. **Медицински преглед** включва всички методи за изследване на пациента, показанията за използването им, техниката за приложението и преценката на резултатите за идентифициране на симптомите, а чрез тях за поставяне на диагноза и назначаване на лечение. По смисъла на тези Общи условия не са медицински прегледи осъществени действия от екстрасенси, народни лечители, природолечители и други неспособни лица.
108. **Неотложна помощ** е набор от здравни услуги, които се оказват от лекари и други медицински специалисти в амбулаторни условия, нямат планов характер поради внезапността им и се нуждаят от своевременна намеса не по - късно от два часа от възникването.
109. **Медицински изследвания** са методи за разкриване на патологичните отклонения от нормалните физиологични показатели на организма. Резултатите от медицинските изследвания следва да бъдат отразени в официален медицински документ.
110. **Манипулации** са мануални, инструментални и апаратни способности за диагностициране, лечение и профилактика, провеждани по лекарско назначение от квалифицирано лице в лечебни заведения или при домашни условия.
111. **Лекарство** е всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение или профилактика на заболявания при хора и се предлага за употреба в оригинална опаковка, и са произведени или допуснати официално за внос в България. Лекарства са и всички билки, синтезирани билкови препарати, подчиняващи се на установените норми за производство, съхранение и продажба, включително витамините, биостимулаторите и хомеопатичните средства.

По смисъла на тези Общи условия не са лекарства противозачатъчните средства, когато водещото е контрацептивното им действие, специализираните храни и медицинската козметика.
112. **Медицинска документация** е цялостната документация по установяване на диагнозата, провеждането на лечението и регистриране на резултатите от нарушаването, подобряването или опазване здравето на осигурените.
113. **Здравноосигурителни документи** са всички документи на Осигурителя, свързани със сключване, изменение, допълнение, изпълнение и прекратяване на здравноосигурителния договор. Здравноосигурителните документи се предоставят на осигурените лица безплатно.
114. **Предходни заболявания** са всички заболявания, които Осигуреният е имал преди или при сключване на здравноосигурителния договор.
115. **Хронични заболявания** са тези заболявания с прогресивен ход и чести обостряния, включени в Списъка на хроничните болести на Министерство на здравеопазването (МЗ) и Световната здравна организация (СЗО).
116. **Майчинство** включва промените в здравното състояние на майката /Осигурено лице/, свързани с възможните усложнения до 3/три/ месеца след датата на раждането.

117. **Медицински консумативи** са употребените в хода на профилактиката, диагностиката, лечението и рехабилитацията специфични средства и материали, съобразно даденото за тях лекарско предписание. Към тях спадат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, абокати, спринцовки, игли и др. Не са консумативи: помощните средства за рехабилитация (оперативни подложки, протези, патерици, инвалидни столове), изкуствени стави, клапи, пейсмейкър, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки, катетри, уринатори, торбички за анус претер и др.
118. **Членове на семейството** по смисъла на тези Общи условия са съпруг, съпруга и деца до 18г. възраст, а ако продължават образованието си – до 26 г. възраст, ако не са сключили граждански брак.