

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА (МЕДИЦИНСКА) ЗАСТРАХОВКА „ЗДРАВЕ И ЦЕННОСТ“

ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Общи положения

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, по нататък наричана застраховател по тези Общи условия застрахова физически лица, по-нататък наричани застрахован, в случай на злополука и/или заболяване за рисковете и при условията, посочени по-долу. Здравната застраховка се базира върху:

1. разпоредбите на глава четиридесета, раздел IV Здравно (медицинско) застраховане от Кодекса за застраховане и други норми на българското законодателство във връзка с положения, които не са уредени в тези Общи условия;

2. настоящите Общи застрахователни условия (тук „Общите условия“);

3. условията за размера и обхвата и териториална валидност на застрахователното покритие се посочват в Специалните условия;

4. специално договорени условия, изложени в полицата и нейните приложения (ако има такива);

5. писмените изявления на кандидата за застраховане, изложени в предложението за сключване на застраховка и във всички останали документи, имащи отношение към случая.

(2). В договора за групова застраховка са описани специалните условия и дефиниции, които са адаптирани към естеството на груповото застрахователно покритие.

(3). Допуска се договаряне на условия различни от условията на отделни разпоредби на настоящите Общи условия, чрез вписване на специални условия за тарифите или чрез договарянето им в застрахователната полица. В тези случаи те променят или допълват въпросните разпоредби на Общите условия.

Предмет на застраховката

Член 2. По настоящите Общи условия срещу получаване на застрахователна премия Застрахователят ще поеме рискове, произтичащи от заболяване, телесно нараняване при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с финансовото обезпечаване на определени медицински услуги и стоки, както и фиксирани парични суми в рамките на обхвата, категориите и лимитите дефинирани в раздел Застрахователно покритие и съответните специални условия.

Понятия и дефиниции

Член 3. Понятията използвани в настоящите Общи условия и застрахователни договори ще имат следното значение:

1.Застраховател:Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, София, бул. „Тодор Александров“ № 18, ЕИК 831626729, оторизирано от Националния съвет по застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност № 27/10.08.1998 г., който издава застрахователната полица и поема риска при настъпване на застрахователно събитие да заплати застрахователно обезщетение.

2. Застрахован/ Застраховано лице: Физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор, което е сключило медицинска застраховка или от името на което, съобразно неговото/ нейното съгласие, е сключен договорът за медицинска застраховка със Застрахователя и което

осъществява правата, предвидени в договора.

3. Застраховач: Физическо или юридическо лице, както и всяка друга организация, която от името на и в интерес на застрахования и/или от свое име сключва договор за медицинска застраховка със застрахователя и която поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия от свои собствени средства или чрез дебитирание сметката на застрахования.

4. Застрахователен договор: Състои се от тези Общи условия, застрахователна полица, предложение за сключване на застраховка, здравен въпросник, списък на застрахованите лица и Специални условия и добавъци, ако има издадени такива.

5. Застрахователна полица: Част от договора, която съдържа имената на страните по застрахователния договор, адреси, застрахователни покрития, лимити и условия, застрахователната премия, срокове по застраховката, както и подписите на страните по договора.

6. Добавък: Извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

7. Застрахователно покритие: Рискове, произтичащи от заболяване, телесно увреждане при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с финансовото обезпечаване на определени медицински услуги и стоки, както и фиксирани суми за загуба на доход, които застрахователят поема да покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, дефинирани в раздел Застрахователно покритие и съответните специални условия.

8. Лимит на отговорност: Посочената в застрахователната полица парична сума, представляваща горната граница на отговорност на застрахователя при настъпване на застрахователно събитие съгласно условията на договора.

9. Застрахователен период: Периодът от дванадесет(12) месеца, отброяван от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор.

10. Болест: Анормално според общопризнатото ниво на медицинската наука телесно или душевно състояние.

11. Злополука: Събитие, независимо от волята на застрахованото лице, което внезапно оказва механично или химично въздействие отвън върху неговото тяло и води до телесно увреждане. За злополука се считат и следните събития, независимо от волята на застрахованото лице:

1.1. удавяне;

1.2. изгаряне, попарване с течности, последствие от удар, от мълния или от електрически ток;

1.3. отравяне от храна, химикали или поради вдишване на газове или токсични пари, освен в случаите, когато тези ефекти настъпват постепенно;

1.4. счупване на здрави кости, изкълчвания на крайници, разтягания и разкъсвания на мускули, сухожилия, връзки и капсули;

1.5. застрахователната защита се разпростира и върху злополуки, причинени от сърдечен инфаркт и такива, предизвикани от инсулти, с изключение на такива, които се дължат на ефектите на наркотици или алкохол. При никакви

обстоятелства, обаче, инфаркт на миокарда не може да се счита за последствие от злополука.

12. Медицинско лечение: Лечение или медицинска терапия е всякаква медицинска или хирургическа процедура, която отговаря на общоприетите норми на медицинската наука и е подходяща за облекчаване на симптомите на заболяване, подобряване на здравето или предотвратяване влошаване на здравето, или лечение на заболяване и телесно увреждане от злополука с цел възстановяване на здравето.

13. Предварително съществуващи заболявания или състояния: Означава всяко здравословно състояние, което е последствие от някое предишно установено заболяване или злополука или което е изисквало болнично лечение, или лекарствени средства преди влизането в сила на застрахователния договор, т.е. преди началото на застраховката, с което застрахованият е бил запознат към момента на сключване на застрахователния договор или не е спазил медицински препоръки за установяване на медицинско състояние.

14. Хронично заболяване: Означава нараняване, болест или състояние, което се характеризира с една или повече от следните характеристики:

- 1.6. за него не е известно общопризнато средство за лечение;
- 1.7. продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;
- 1.8. изисква палиативно лечение;
- 1.9. изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;
- 1.10. лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено за да се справя със заболяването;
- 1.11. води до загуба на работоспособност.

15. Болница: Лечебно заведение за болнично лечение, създадено и регистрирано съгласно законодателството на съответната страна за лечение и предоставяне на медицинска терапия на болни и лица, пострадали при злополука, в болнични условия.

16. Болнично лечение/ Хоспитализация: Непрекъснат минимум 24 часов престой на застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, лечение или наблюдение.

17. Хирургическа интервенция (операция): Означава всяка медицинска процедура, извършена от лекар специалист по профилна специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти, при която се нарушава анатомичната цялост на тялото и/или вътрешен орган, изпълнявана, за да бъде поставена диагноза или да се предостави лечение на застрахованото лице, вследствие заболяване или телесно увреждане. Интервенцията трябва да е документирана с оперативен протокол и епикризи.

18. Щета: Общата сума на разходите за лечение на всяко отделно телесно нараняване или заболяване.

19. Самоучастие: Частта от разходите, за които застрахованото лице остава отговорно при условията, посочени в застрахователния договор. Застрахованото лице само заплаща самоучастието за всяка отделна щета.

20. MedUNIQA SOS център: Центърът за телефонно обслужване на застрахователното дружество, чрез който застрахованите лица се свързват с представители на застрахователя, които им помагат при реализиране на застраховката по начина, установен в избраните специални условия.

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Видове застрахователни договори

Член 4. (1) Застрахователните договори са индивидуални, семейни и групови.

1. Индивидуален застрахователен договор – съгласно който се застрахова едно физическо лице. По тези застраховки застраховач може да бъде застрахованото лице или друго физическо или юридическо лице. Ако застрахованият и

застрахованият не са едно и също лице, застрахованият трябва да даде писмено съгласие за застраховането му, за да може договорът да влезе в сила. Ако застрахованият е непълнолетно дете, предложението за застраховане трябва да бъде подписано от неговия родител или настойник. Писменото съгласие се отразява на определените за това места в Предложението за сключване на застраховката.

2. Семейен застрахователен договор – съгласно който се застраховат всички членове на едно семейство (съпрузи, или лица живеещи на семейни начала, деца). Застраховач може да бъде член на семейството или друго физическо или юридическо лице. Застрахованите лица трябва да предоставят писмено съгласие за застраховането им. Ако някое от децата е непълнолетно, застраховката се сключва с писменото съгласие на родителите. Писменото съгласие се отразява на определените за това места в Предложението за сключване на застраховката.

3. Групов застрахователен договор – съгласно който се застрахова група лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирана с незастрахователни цели.

Форма на застрахователния договор

Член 5. (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(2). Предложението за застраховане, здравният въпросник, евентуални медицински заключения и резултати от медицинските изследвания, застрахователната полица, общите условия, избраните специални условия, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.

(3). Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са сключени в писмена форма.

(4). Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица или писмо за покритие са подписани от застраховачия и застрахователя.

Срок и прекратяване на застрахователния договор

Член 6. (1) Застраховката се сключва за определен срок 1 (една) или повече години, като началото е винаги 1-во число на месеца, следващ месеца на предложението. Договорът се продължава за всеки следващ застрахователен период със заплащане на дължимата застрахователна премия, като се отчита новата възраст на застрахованото лице до достигане на максимално допустимата възраст определена в избраните специални условия. Договорът може да бъде прекратен от всяка една от договорните страни без неустойки или други разноски с едномесечно писмено предизвестие. Прекратяването на договора влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

(2) Независимо от срока на действие на застрахователния договор, застраховката ще бъде прекратена за всеки Застрахован, в случай на:

1. смърт на застраховачия или обявяване на несъстоятелност или ликвидация на юридическото лице, когато то се явява страна по договора, ако в срок от 30 (тридесет) дни след смъртта/ несъстоятелността на Застраховачия застрахованите лица не са уговорили със застрахователя продължаване на застраховката чрез определяне на нов застраховач, с изключение на застрахованите лица по договори, за които премията за оставащата част от срока на действие на застрахователния договор е била платена;
2. смърт на застраховано лице по отношение на това лице;
3. с изтичане на месеца, в който застрахованото лице навършва 65 години, освен ако в избраните специални условия не е дефинирано друго;
4. прекратяване на трудовите правоотношения или членството на застрахования при застраховачия, или ако спре да бъде потребител на услугите, предоставяни от застраховачия, когато това е било основанието за получаване на статут на застраховано лице към групова

застраховка;

настъпване на други събития, определени съгласно избраните специални условия.

Начало и край на застрахователното покритие

Член 7. (1) Застрахователният договор влиза в сила в 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска по премията е била платена, освен ако не е договорено друго.

(2). Ако първата договорена премия не е била платена до началната дата, отбелязана в полицата, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е била платена първата договорена премия в нейния пълен размер.

(3). Застрахователното покритие и отговорността на застрахователя влизат в сила от 24:00 часа на датата, на която изтича съответния отлагателен период, при условие че е платена премията или първата вноска от нея освен ако не е договорено друго. За покритията, за които не са предвидени отлагателни периоди, отговорността на застрахователя влиза в сила от 00:00 часа на датата, на която влиза в сила застрахователният договор.

(4). Отговорността на застрахователя се прекратява от момента на изтичането на 24-я час на датата, отбелязана в полицата като дата на прекратяване на застраховката, както и в случай, че застраховката не е продължена по условията на чл. 6 (1) за следващ годишен застрахователен период или при други случаи, предвидени съгласно настоящите Общи условия.

(5). Застрахователят няма да изплати обезщетение за разходите, направени вследствие на медицинско лечение или терапия, извършена след прекратяване на отговорността на застрахователя в съответствие с ал. (4) от настоящия член, независимо дали лечението е започнало по време на срока на действие на застрахователния договор.

Сключване на застрахователния договор

Член 8. (1) Застраховат се здрави лица със стандартен застрахователен риск. Лица със завишен застрахователен риск се приемат за застраховане по условията на чл. 10 от настоящите Условия.

(2) Застраховат се лица, на възраст до 64 години към датата на сключване на застраховката, освен ако в избраната тарифа не е дефинирано друго. Възрастта на застрахованото лице се определя като разлика между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.

Член 9. (1) Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение за застраховане и здравен въпросник по образец на застрахователя.

(2). Въпросникът за здравословното състояние се попълва при първо включване към застраховката.

(3). Здравен въпросник се попълва и в случаите на възстановяването на прекратен договор или продължаването му за следващ застрахователен период, когато между датите на прекратяване/изтичане на застрахователния договори датата на продължаването или възстановяването му са изминали повече от 30 (тридесет) дни.

(4). Кандидатът за застраховане е задължен да предостави вярна информация на застрахователя за своята истинска възраст и здравословно състояние.

(5). Застрахователят има право да изисква от страната, за която е било установено, въз основа на въпросника, че даден кандидат представлява повишен риск, да извърши допълнителни медицински прегледи и изследвания, за да се даде пълнота на картината за неговото здравословно състояние при сключване на застраховката. Разходите за тези прегледи и изследвания са за сметка на кандидата за застраховане.

(6.). Застрахователят си запазва правото да поиска в писмена форма допълнителна информация, която смята

за необходима, за оценката на риска при подписване на застрахователния договор. Застрахователят има право да включи в застраховката с увеличената премия, по начина, определен в член 10 от настоящите (7). Условия, лице, за което въз основа на здравния въпросник е установено, че представлява повишен риск. Застрахователят също има право да откаже сключване на застраховка, да ограничи или изключи определени покрития за такова лице или да предложи специални условия.

(8). След като застрахователният договор влезе в сила, в обхвата на застрахователното му покритие може да се включи ново лице, само ако новото лице отговаря на един от следните критерии:

1. съпруг/а или брачен партньор на застрахования. В този случай се предоставят на застрахователя документи като удостоверение за граждански брак, доказващи че съпругът/ та е станал такъв/ такава след влизането в сила на застрахователния договор или предоставяйки документи, които доказват адресната регистрация на застрахования, в случай на брачен партньор при фактическо извънбрачно съжителство;

2. новородено дете на застрахования, при условие че застрахованият е включил всички свои деца (ако има такива) в застрахователното покритие и ако предостави удостоверението за раждане на застрахователя, доказващо, че детето е родено след влизането в сила на застрахователния договор, или решение за осиновяване, получено от социалните служби като доказателство, че детето е осиновено след влизането в сила на застрахователния договор;

3. в случай на групова застраховка, ако придобие статут на нов служител или ако лицето промени условията на работа със застрахования, потребител на услуги или стане член на дружеството на застрахования.

(9). За да придобият статут на застраховани лица в случаите, изложени в ал. 8 от настоящия член, застрахованият е длъжен да уведоми писмено застрахователя и да му предостави посочените документи в срок до 30 (тридесет) дни от настъпването на промяната. Застрахователното покритие има същия обхват като на първоначално застрахованото/ните лице/а. Ако новото застраховано лице е с повишен риск, застрахователят може да го застрахова при специални условия или да отхвърли застраховането му.

Приемане за застраховане при повишен риск

Член 10. (1) Застрахователят има право да одобри приемането към застраховката при изменени условия лице, за което е установено, че съществуват здравословни проблеми, свързани с неговото предходно или настоящо здравословно състояние, които представляват повишен риск при това лице.

(2). Стандартен риск се прилага при лице, което към момента на представяне на въпросника няма никакви заболявания или телесни увреждания или има такива с минимален риск по мнение на застрахователя.

(3). Повишен риск се прилага при лице с незначителни субективни физически или психически проблеми, което извършва всички свои житейски и работни дейности при периодично или редовно медицинско лечение.

(4). Нивото на повишения риск в съответствие с ал. (3) от настоящия член се определя от оценяващия лекар на застрахователя, въз основа на данните от въпросника и в съответствие с процедурата по оценка на риска.

(5). В случай че застрахователят установи, че дадено лице представлява повишен риск, застрахователят е задължен в срок от десет (10) дни от получаването на въпросника да изпрати на застрахования писмено предложение за застраховане с изменените условия и да уведоми кандидата за застраховане за същото.

(6). Изменените условия за сключването на застрахователен договор за лицата, представляващи повишен риск, могат да бъдат както следва:

1. ограничаване или изключване на конкретно

застрахователно покритие и/или заболяване, като се имат предвид на рушенията в здравословното състояние или последствията от предходното здравословно състояние;

2. прилагането на специални отлагателни периоди за изплащане на обезщетение за лечение по отделни покрития, определени съгласно процедурата за оценка на риска;

3. увеличаване на премията за лицето, представляващо повишен риск.

(7). Изключване на конкретни покрития за лицето, представляващо повишен риск, трябва да бъдат посочени в полицата.

(8). Ако застрахователят не приеме предложеното изменение на условията на договора в писмена форма в срок от десет (10) дни от получаването на писмо, изпратено от застрахователя, ще се счита, че е оттеглил предложението за застраховане за това лице, представляващо повишен риск.

Отлагателен период

Член 11. (1) Отлагателният период е периодът от време, през който застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че застрахователният договор е в сила.

(2). Отлагателният период започва от началната дата на застрахователния договор или началната дата на застраховката за ново застраховано лице, при условие че е била платена първата дължима по договора премия преди тази дата, освен ако не е договорено друго.

(3). Ако дължимата премия не е била платена преди началната дата на застрахователния договор, отлагателният период започва от 24:00 часа на датата, на която първата премия по договора е била платена.

(4). Общият отлагателен период е 60 (шестдесет) дни с изключение на случаите, определени в чл.11 (6) от настоящите условия

(5). Не се прилага общ отлагателен период в следните случаи:

1. при лечение наложено от злополука. Коремни или вентрални хернии, причинени или влошили се поради злополука, не се считат като последици от злополуката и при тях се прилага отлагателния период както при заболяване;

2. при включване в обхвата на съществуваща застраховка на съпруг/съпруга, когато тази застраховка е била валидна най-малко три месеца и застраховането на новото лице е заявено в рамките на един месец след сключването на брака, с влизане в сила от първо число на месеца, следващ месеца на уведомяването на застрахователя;

3. при включване в обхвата на съществуваща застраховка на новородено дете, когато тази застраховка е била валидна най-малко три месеца и застраховането на новородено дете е заявено в рамките на един месец след изписването му от болница, като в този случай покритието за детето влиза в сила от 1-во число на месеца следващ месеца на изписването му от болница.

4. В случаите по чл.11 (5) т. 2 и т. 3 застрахователното покритие има същият обхват както на първоначално застрахованото лице. Ако новото застраховано лице е в повишен риск, тогава застрахователят може да го застрахова при специални условия или да отхвърли застраховането му.

(6). Специални отлагателни периоди се посочват в съответните специални условия или в полицата.

(7). За болести и последици от злополука, които са били лекувани по време на отлагателните периоди, с изключение на случаите по чл.11 (5), застрахователно покритие се предоставя след изтичане на отлагателните периоди.

(8). В случай на преминаване към специални условия с право на по-високо застрахователно покритие, правото на по-високото покритие започва след изтичане на новия отлагателен период, който се изчислява спрямо датата, на която е договорена промяната.

(9). Не се прилага новотлагателен период при продължаване на застрахователния договор за следващ застрахователен период, при подновяване на изтекъл срочен договор, както и в случаите на възстановяване на прекратен договор, когато между датата на изтичане / прекратяване и датата на продължаване, подновяване или възстановяване са минали по-малко от 30 (тридесет) дни.

Застрахователна премия

Член 12. (1) Застрахователната премия е годишна и се определя от застрахователя в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованото лице и избраните специални условия.

(2). Когато застраховано дете навърши 18 години, от първо число на следващия месец се заплащат премията, които се дължат за възрастни лица.

(3). В зависимост от договорените срокове за заплащане на застрахователната премия, тя се заплаща предварително преди началото на всеки застрахователен период:

1. с годишна премия за всеки един застрахователен период;

2. разсрочено на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски. В този случай застрахователят има право да утежни разсрочената премия съответно с 1.02, 1.03 или 1.05.

(4). Застрахователната премия се заплаща от застрахователя или от всяко друго лице, което има законното право за плащане на задължението в размерите, валутата и сроковете, посочени в полицата.

(5). Цялата застрахователна премия или първата разсрочена вноска от нея се заплаща при сключването на застрахователния договор, освен ако друго е уговорено в договора.

(6). Плащането може да се извърши по следния начин: в брой или чрез банкова кредитна или дебитна карта срещу разписка издадена от приложна система на застрахователя, по безкасов път чрез банков превод по сметка посочена от застрахователя или чрез система за електронни плащания (Е-рау или друга), като в тези случаи плащането се счита за извършено в деня на заверка на сметката на застрахователя. Всички банкови и други такси и комисионни са за сметка на застрахователя

(7). Текущите разсрочени вноски от застрахователната премия могат да бъдат плащани, като застрахованият упълномощи изрично застрахователя да събира дължимите разсрочени вноски чрез задължаване на сметката на застрахования, като използва формата за безналично плащане „Директен дебит“. В този случай при падеж на разсрочена вноска от застрахователната премия, тя се събира от посочената от застрахования сметка.

(8). При предсрочно прекратяване на застраховката съгласно Чл.6. (1) или при изключване на застраховани лица от застрахователния договор, преди изтичане срока на застраховката, предвиден в договора: застрахователят има право на съответната премия само за частта от застрахователния период, през който е носил покритие.

Последици от неплащане на премия

Член 13. (1) Ако дължимата първа застрахователна премия не бъде заплатена до датата на падеж, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития. Ако дължимата премия не бъде заплатена до 24:00 часа на тридесетия ден от датата на падежа, договорът не поражда действие.

(2). При продължаване на застраховката за следващ застрахователен период, ако не бъде заплатена дължимата застрахователна премия до 00:00 часа на датата, определена за начало на новия застрахователен период, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития от началото на новата застрахователна година. Ако премията не бъде заплатена до 24:00 часа на тридесетия ден от датата на падежа договорът се прекратява.

(4). Ако дължима текуща вноска от разсрочена премията не бъде платена до 24:00 часа на петнадесетия ден от датата на падежа на вноската, застрахователят прекратява договора без допълнително писмено уведомяване на застрахователя.

(5). Ако настъпи застрахователно събитие в периода на изчакване плащането на премията по чл.13 ал.1 и премията все още не е платена към датата на настъпване на застрахователното събитие ще се счита, че договорът не е влязъл в сила и застрахователят не дължи изплащане на обезщетение.

Ако премията не е платена своевременно, застрахователят има право да начисли лихва за забава.

(6). Вземането на застрахователя за застрахователна премия се погасява в срок от три години, считано от датата на съответния падеж.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Застрахователно покритие

Член 14. (1) Застраховките, сключени по тези Общи условия покриват рискове, произтичащи от заболяване или злополука на застрахованото лице свързани с:

1. финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки произтичащи от заболяване или злополука;
2. финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки свързани с бременност и раждане; финансовото обезпечаване на стоки и услуги за медицински транспорт, специализирано обгрижване, палиативни грижи и други;
3. изплащане на фиксирани парични суми във връзка със злополука, заболяване или раждане, други рискове, упоменати в застрахователната полица.

(2) Отговорността на застрахователя се определя под формата на индивидуална застрахователна сума/лимит на покритие, фиксирани еднократни или периодични плащания и/или като обем и обхват на здравни услуги и стоки, които се предоставят на застрахованото лице за определен срок и се посочват в специалните условия или застрахователната полица.

Застрахователно събитие

Член 15. (1) Застрахователно събитие представлява бъдещо непредсказуемо събитие, при което застрахованото лице, в резултат на влошаване на здравето (заболяване или злополука), бива подложено на медицински обосновано лечение, което е предмет на застрахователния договори разходите за което следва да бъдат платени на изпълнител на медицинска услуга и или на застрахованото лице.

(2). Влошаването на здравето, както е посочено в ал. (1) на настоящия член, трябва да бъде установено от правоспособен лекар.

(3). Раждането, включително медицинските прегледи, необходими при наблюдение на бременността, както и свързаната с това състояние необходимост от медицинско лечение по лекарско предписание, също се счита за застрахователно събитие.

(4). Застрахователното събитие започва с диагностициране на заболяването или нараняването и приключва в момента, когато от медицинска гледна точка няма повече нужда от лечение, защото здравословното състояние е възстановено или стабилизирано и неговото по-нататъшно подобряване или влошаване не е сигурно.

(5). Застрахователното събитие приключва с прекратяването на застрахователния договор и/или отпадане на застрахованото лице от полицата, независимо дали лечението е приключило.

(6). Видът и обхвата на застрахователното покритие се описват в специалните условия и застрахователната полица.

Изключения от застрахователното покритие

Член 16. (1) Застрахователят няма да носи отговорност:

1. ако лечението е започнало преди първото влизане в сила на застрахователния договор и продължава към момента на сключване на застрахователния договор, по силата на който застрахованият е придобил статута си на застрахован, или лечението продължава след прекратяване на застрахователния договор;
2. когато застрахователното събитие налага лечение, но

е възникнало в резултат на предшестващо заболяване или състояние на лицето, съществуващо преди първото влизане в сила на застраховката, което не е декларирано в предложението и/или здравния въпросник при сключване на застраховката или не е договорено изрично в застрахователната полица при групови застраховки;

3. за хронични заболявания, възникнали преди сключване на застраховката и техните рецидиви, ако не са били декларирани при сключване на застраховката;

4. за извършени прегледи и изследвания без медицинска необходимост. Разходите за прегледи и изследвания в случаите, когато застрахованото лице е с медицинско заключение „клинично здрав“ са за негова сметка;

5. лечение на репродуктивни проблеми на мъже и жени, контрацепция, стерилитет, фертилизация, вазектомия, венерически болести, полово предавани болести, промяна на пола или каквато и да е друга форма на свързано с пола състояние, безплодие и всяко свързано с него състояние, или форма на асистирана репродукция;

6. прекратяване на бременност (аборт) и последствия от него – ако е извършен поради психологични или социални причини, с изключение на спонтанен аборт, извънматочна бременност, аборти по медицински причини или раждане на мъртво дете;

7. намирането на донорски органи, както и всякакви разходи, направени за отстраняване на донорски орган от донора и/или за самия донорски орган, и/или транспортни разходи за доставянето на такъв, както и всички свързани с това административни разходи;

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

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

8.2. козметични и пластични операции и техните последствия правени с естетическа цел, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания в следствие злополука;

8.3. стоматологични естетични терапии и последствията от тях, с изключение на операции за отстраняване на груби увреждания вследствие злополука;

8.4. отстраняване на липоми, атероми, невуси и бенки по лично желание, както и всички здравни услуги, ползвани с козметична цел;

8.5. обрязване – освен в случаите по медицински причини.

9. настаняване в лечебно заведение поради застрашаване на собствената или чужда личност, както и в домове (старчески домове, хосписи) за грижи на граждани поради старческа възраст или предоставяне на, палиативни грижи (старчески домове, хосписи);

10. услуги или терапии в хидро и СПА заведения, клиники за отслабване и/или природосъобразен живот и други подобни институции, както и стационарни заведения, специализиращи рехабилитация (СПА центрове), санаториуми и други, които не са регистрирани като лечебни заведения;

11. домашни грижи, които не са под лекарски надзор, както и мерки за гериатрично и рехабилитационно лечение и лечебна педагогика;

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

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

14. подмладяващи терапии;

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

16. здравни услуги, лекарствени средства, които не са предписани от правоспособен лекар или които не са назначени с цел оказване на медицинско лечение на застрахования;

17. стационарни лечения в посочените в чл. 20 (4) заведения или отделения на заведения;

18. задължителни имунизации по имунизационния календар;

19. болнично лечение в лечебно заведение, болница, отделение или подобни стационарни заведения за лечение на психични заболявания, с изключение на техните специализирани отделения по неврология и неврохирургия;

20. прегледи и изследвания за застраховане, такси за представяне на ЛКК или ТЕЛК комисии, съдебно-медицинска експертиза, тест за СПИН/HIV (освен в случай на пред оперативна подготовка), административни такси за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи за извършени изследвания (CD, DVD), издавани от лечебните заведения, разходи за прегледи и изследвания за издаване на медицински свидетелства удостоверения;

21. грижа или медицинско лечение, които възникват пряко или косвено от човешкия имунодефицитен вирус (ХИВ) или свързани с него болести, включително Синдрома на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или свързания със СПИН комплекс (ARC) и всякакви подобни инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тези състояния, независимо как са били причинени;

22. вродени аномалии.

(2). Ако лечението надхвърли необходимия обхват или разходите за лечение превишат нормалните и обичайни разходи, застрахователят има право да намали възмездяването до подобаващия размер. Това се отнася и за медицински помощни средства.

(3). Застрахователят има право в обосновани случаи да изключи от застрахователната защита лечение от определени лекари, зъболекари или лица, принадлежащи към други медицински професии респ. в определени здравни заведения (или отделения на здравни заведения). За застрахованите лица това важи за лечения, извършени след уведомяването им. За всички застрахователни събития, настъпили преди това, застрахователна защита съществува до изтичане на третия месец след датата на уведомлението.

Член 17. (1). Застрахователят няма да носи отговорност, ако застрахователното събитие настъпи:

1. в резултат на война, нападение, вражески действия, военни действия, терористични действия, гражданска война, саботажи, тероризъм и вандализъм, метежи, революции, въстания, военен или друг вид преврат и активно участие на застрахованите лица в нарушаване на обществения ред или при извършване на престъпление по смисъла на НК;

2. в резултат на увреждане на здравето при съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонараняване, самоубийство или опит за такова, както и при влизане в побой или физическа саморазправа (освен в случай на доказана самозащита);

3. вследствие неспазване на медицински препоръки;

4. под влияние на алкохол, наркотици или опиати в т.ч. всякакви злоупотреби, настъпили след консумиране на тези вещества;

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

6. в резултат на йонизиращи лъчения или радиоактивно замърсяване от друг вид радиоактивни отпадъци от горене на ядрено гориво, т.е. радиоактивни, токсични, експлозивни или други опасни качества на ядрени съоръжения или

техните компоненти. Застрахователят няма да носи отговорност, ако дадена претенция за изплащане на обезщетение е базирана на неверни данни.

(2). Застрахователят има право да изключи дадено лице от застраховката, за което е установено, че е представило лъжливи или неверни твърдения, т.е. е прикрило важни обстоятелства, засягащи сключването на застрахователния договор, както и всяко застраховано лице, което не изпълнява задълженията, посочени в настоящите общи условия.

(3). Ако лечението надхвърли необходимия обхват или разходите за лечение превишат нормалните и обичайни разходи, тогава застрахователят има право да намали възмездяването до подобаващия размер. Това се отнася и за медицински помощни средства.

Застрахователни обезщетения

Член 18. (1) Видът и обхвата на застрахователното покритие се описват в специалните условия и застрахователната полица под формата на:

1. фиксирани парични суми;

2. обезщетения;

3. комбинация от двете.

(2) Застрахователните обезщетения се предоставят чрез:

1. изплащане на фиксирана, предварително договорена, застрахователна сума или част от нея;

2. възстановяване на извършени от застрахованото лице разходи за ползвани здравни услуги и стоки;

3. предоставяне на застрахованото лице ползването на здравни услуги и стоки от изпълнители на медицински услуги и доставчици на медицински стоки, с които застрахователят е сключил договор.

Обезщетения при амбулаторно лечение

Член 19. (1) Застрахованото лице може свободно да избере лечебно заведение, лекари и зъболекари, които имат разрешително за самостоятелно упражняване на лекарската професия. При медицинска необходимост по време на едно застрахователно събитие се възстановяват и разходите за привличането на няколко лекари във връзка с провежданото лечение.

(2). Разходите за домашни посещения от лекар се заплащат само тогава, когато състоянието на застрахованото лице не му позволява да посети лекаря.

(3). Транспортните разходи на лекар, извършени за посещение на застраховано лице в друго населено място се възстановяват, само ако в местоживеенето на застрахованото лице няма друг установил се лекар. Не се възстановяват разходи за пътуване на застрахованото лице до лекар.

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

(5). Необходимостта от физиотерапия и рехабилитация се установява от лекар-специалист, провеждащ лечението на основното заболяване, като лечението се извършва от лекар специалист, имащ правоспособност да извършва такива услуги в регистрирано лечебно заведение. В тези случаи не се възстановяват допълнителни разходи свързани с домашни посещения.

(6). Възстановяват се разходите за предписани от лекар медицински помощни средства (терапевтични средства) като например за: очила, контактни лещи, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични корсети, ортопедични стелки и ортопедични принадлежности за обувки, бандажи и корсети. Не се покриват разходите за медицински съоръжения и помощни средства като например за: иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, орални душове, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, както и апарати и помощни средства, служещи за грижа за

тялото и обгрижване на болния.

Ако застрахователят е възстановил разходи за медицински помощи средства, нова претенция за обезщетения може да се направи едва след изтичане на обичайния срок на износване, освен ако по-ранното закупуване се налага по медицински причини.

Обезщетения при болнично лечение

Член 20. (1) Болнично лечение включва разходите за медицинско лечение или терапия, проведено в здравни заведения или неговите отделения, което е регистрирано като болница, в което застрахованият заема легло с цел медицинско лечение в продължение на повече от 24 непрекъснати часа.

(2). Болничният престой не се счита за необходим от медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на застрахования.

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

(4). Болничното лечение не включва настаняването на застрахованото лице в:

1. здравни заведения за извънболнична помощ, дори и когато изследването, наблюдението или лечението, което трябва да се извърши, изисква краткосрочно настаняване до 48 часа ;
2. здравни заведения ориентирани предимно към рехабилитация;
3. заведения за лечение на зависимости;
4. психиатрични болници;
5. почивни станции, домове със специален хранителен режим, санаториуми и СПА центрове;
6. домове за медико-социални грижи и хосписи.

(5) Разходи за болнично лечение (респ. дневни пари за болничен престой) при стационарно лечение по смисъла на чл. 19, ал.1 в заведения или отделения на заведения за лечение на лица страдащи от белодробни заболявания и туберкулоза се предоставят след петата седмица на лечението, при условие, че застрахователят одобри писмено това лечение преди началото на петата седмица от лечението.

(6). Застрахователят не може да откаже предоставяне на покритие при проведено стационарно лечение в здравни заведения по смисъла на чл. 20 (4), ако спешността на болничното лечение не позволява посещение в здравно заведение по смисъла на чл. 20 (1) или получаването на писмено одобрение от застрахователя преди началото на лечението.

Медицинско транспортиране

Член 21. (1) В случай, че се налага транспортиране на застрахован до болница по медицински съображения за болнично лечение, както и в случай на необходимо транспортиране от болницата до дома, разходите за линейка, влак или такси се възстановяват при условие, че транспортирането и болничното лечение са по лекарско предписание.

(2) Не се възстановяват разходи за пътуване на застрахованото лице във връзка с амбулаторно лечение.

Специални разпоредби

Член 22. (1) Под разходи за хирургическо лечение се разбират хонорарите на опериращия хирург, анестезиолога, асистиращите при операцията лекари, операционни сестри и друг обслужващ персонал, включително при предварителното и последващо лечение преди и след операцията, както и включените отделно в сметката материални разходи с изключение на разходите за апарати, които заместват органи или поддържат функционирането им.

(2). При едновременно извършване на няколко операции в

пълнен размер се заплаща най-високо категоризираната по тарифата операция. Всяка следваща операция извършвана в различни операционни зали или полета се заплаща най-много 50%, а всяка следваща операция извършвана в едно и също операционно поле се заплаща най-много 25% от цената на операцията.

(3). Като разходи за лъчетерапия се приемат хонорарът на лекуващия лекар и на асистентите, разходите за използване на апарати, за материал за облъчването и други разходи за материали, както и други свързани с това разходи.

(4). Възстановяват се разходите за закупени от аптека лекарства, предписани от лекар в рамките на лечението. Не се възстановяват разходи за лечебна и минерална вода, медицински вина, хранителни продукти и добавки, тонизиращи средства, гериатрични средства, медицинска козметика, слабители средства и средства за отслабване, витамини, контрацептиви и всички нерегистрирани лекарства.

Изплащане на застрахователни обезщетения

Член 23. (1) Застрахователните обезщетения се заплащат на застрахования, или на изпълнителя на медицинска помощ предоставил медицинските услуги и стоки на застрахованото лице в зависимост от договореното в застрахователната полица и специалните условия, по които е сключена застраховката.

(2). Застрахователят ще счита страната, която представи оригиналните документи за лечението, като имаща правото да получи застрахователното обезщетение, ако в застрахователния договор не е уговорено друго.

(3). Застрахователят изплаща застрахователно обезщетение на базата на платени оригинални фактури или удостоверения за престой, като си запазва правото да поиска доказателство за плащането на фактурите. Документите за лечението трябва да съдържат собственото име и фамилията, адреса и дата на раждане на лекуваното лице, диагнозата, периода на лечението, данни за извършеното лечение и предоставените услуги, изписани медикаменти, предписани изследвания, промяна на визуса и т.н. Застрахователят има право да изиска от застрахования и притежателя на полицата допълнителни документи, както и да провери предоставената медицинска документация и да използва цялата информация за установяване на застрахователното събитие и размера на обезщетението.

(4). При дентално лечение в медицинските документи трябва ясно да се описват лекуваните или заместени зъби, като се използва стандартният зъболекарски формуляр. Задължително се представя рентгенография при лечение на пулпит, и хирургични услуги. В случай на по-обширна намеса от страна на зъболекаря или по искане на застрахователя, документът трябва да отразява и зъбния статус.

(5). Представят се заверени копия на медицинските документи и оригинали на платежните документи и след изплащането им стават собственост на застрахователя. Ако не е уговорено друго, всички евентуални разходи, свързани с издаването на необходимите документи и разходите за превод от чужд език се поемат от застрахования.

(6). При настъпване на застрахователно събитие, ако съществува покритие по същия риск и от друг застраховател или осигурител, отговорността на застрахователя съответства на отношението между договорения в полицата на ЗК

„УНИКА Живот“ АД лимит и общия лимит за същия риск по всички застрахователни и осигурителни договори. В този случай застрахованият е задължен да уведоми застрахователя за съществуващите договори, за да може застрахователят да координира плащанията с другите застрахователи и/или осигурители.

(7). Разходите в чужда валута се преизчисляват по референтния курс на Българска Народна Банка, валиден в деня на плащане на разходите от застрахования в чужбина. Застрахователят изплаща на застрахования

след представяне оригиналите на документите застрахователното обезщетение в българска валута.

(8). Претенциите за застрахователни обезщетения не могат да бъдат залагани или прехвърляни без съгласието на застрахователя.

(9). Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие. Застрахователят разглежда и съобразява само първоначално представените медицински документи и допълнително поисканите от застрахователя документи. Допълнително представени идентични документи на първоначално представените, но с различно съдържание, няма да бъдат разглеждани от застрахователя. В последната хипотеза, застрахователят има право да сезира компетентните органи, относно съставянето на документ с невярно съдържание.

(10). При настъпване на застрахователно събитие застрахователят може да поиска всякаква информация, необходима за установяване на застрахователното събитие или на обхвата на задължението за изплащане на обезщетение. Не се допуска изискване на доказателства, с които застрахованото лице не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

(11). Ако застрахованият наруши задължението си за предоставяне на информацията по чл. 23 (10) застрахователят е освободен от задължението за изплащане на обезщетение, но като се отчетат и условията на чл. 23 (12). Задължението за предоставяне на информация обхваща и задължение на застрахованото лице да бъде прегледано по искане на застрахователя от посочен от него лекар.

(12). В случаите, в които е договорено освобождаване на застрахователя от задължение за плащане на обезщетение, когато се наруши задължение спрямо него, договорената правна последица не настъпва, ако нарушението не се основава на умишъл или груба небрежност.

Гаранция за покриване на разходите

Член 24. (1) Застрахователят или застрахованият/ трябва да изиска от застрахователя предварителна гаранция за покритие на разходите за лечение, когато това е предвидено в съответните специални условия в следните случаи:

1. стационарно болнично лечение, дневно стационарно и дневно клинично лечение;

2. репатриране, връщане на тленни останки.

(2). Предварителната гаранция за покритие на разходите се получава от MedUNIQA SOS център по обикновена поща или по електронна поща.

(3). За получаване на гаранция се отправя писмено искане до MedUNIQA SOS център, към което се прилага медицинската документация по случая, както и информация за болницата, в която предстои да бъде извършено лечението.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Задължение за преддоговорно обявяване на обстоятелства

Член 25. (1) При сключване на застрахователния договор, застрахователят респ. застрахованото лице, са длъжни да дадат вярна информация за възрастта и здравословното състояние на застрахованото лице и да обявят точно и изчерпателно всички обстоятелства, които са им известни и са от значение за поемане на риска. Съществени са всички рискови обстоятелства, които могат да окажат влияние върху решението на застрахователя да сключи договора изобщо или при договорените условия. В случай на съмнение, обстоятелство, за което застрахователят е попитал изрично и в писмен вид, се приема за съществено.

(2). Оплаквания, болести и последици от злополука, възникнали преди сключване на застрахователния договор, трябва да бъдат съобщени от застрахователя, респ. застрахованото лице, преди сключване на застрахователния договор. Такива болести и последици от

злополука могат да бъдат включени в застрахователната защита при специални условия (по-висока премия, специални отлагателни периоди и други).

(3). За лечението на болести и последици от злополука, съобщени от застрахователя, респ. застрахованото лице, преди сключване на застрахователния договор, застрахователната защита може да бъде изключена само с изрична писмена декларация от страна на застрахователя.

(4). Ако се установи, че застрахователят или застрахованото лице са дали неверни данни за здравословното състояние на застрахованото лице или са укрили или премълчали обстоятелство, при известността на което застрахователят не би сключил застраховката, същият има право:

1. да прекрати договора в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството;

2. да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение, ако събитието е в причинна връзка с неточно обявеното или укрито обстоятелство.

Когато обстоятелство 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.

(5). Прекратяването на договора от страна на застрахователя трябва да се декларира пред застрахователя с писмено уведомяване.

(6). Когато застрахователният договор бъде прекратен преждевременно, на застрахователя се полага премията за изтеклия до тогава срок на договора, доколкото специалните условия или специални разпоредби не предвиждат друго.

(7). При прекратяване на застрахователния договор, застрахователят носи отговорност за настъпилите застрахователни събития преди датата на прекратяване на договора ако обстоятелството, по отношение на което е нарушено задължението за уведомяване, не е имало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху размера на обезщетението.

(8). Застрахователят не може да прекратява договор поради нарушаване на задължението за разкриване на информация от страна на застрахователя/застрахования по време на сключване на договора, ако са изминали три години от сключването му.

Задължение за уведомление по време на действието на договора

Член 26. Застрахованият следва писмено да уведоми Застрахователя при наличие на други валидни застраховки, покриващи същите рискове, по които е предявена претенция за изплащане на обезщетение. В този случай отговорността на Застрахователя е в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

Промени в застрахователния договор

Член 27. (1) Намаляване на застрахователното покритие (отпадане на застраховано лице, промяна на специалните условия по застраховката и др.) се урежда по реда на чл. 6 (1).

(2) Застрахователят има право да заяви разширяване на застрахователното покритие (включване на допълнително лице, смяна на специални условия по застраховката и др.), считано от всяко първо число на месеца. Всякакви изменения в договора за медицинска застраховка се извършват с издаване на нов договор, подписан от Застрахователя и Застрахователя.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Данъци и такси

Член 28. (1) Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към релативния момент на възникването им и са за сметка на застрахователя.

(2). Застрахователят също така има право за оказвани допълнителни услуги като: вписване на нови данни и изменения в договора, внасяне на промени в застрахователната полица, издаване на дубликати и други да взема служебно-административна такса. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди оказването на услугата.

(3). Всички пощенски такси изплатени от застрахователя за уведомяване на застрахования за просрочени премии или други задължения трябва да бъдат обезщетени на застрахователя от застрахователя.

Искове спрямо трети лица

Член 29. (1) Ако за едно застрахователно събитие, наред с претенцията спрямо застрахователя съществува аналогично право за застрахования да претендира обезщетение към трето лице застраховател, то след изплащане на обезщетението, правата на застрахования по отношение на пропорционалната част от обезщетението, съгл. чл. 392 ал. 1 от КЗ се прехвърля на ЗК „УНИКА Живот“ АД до размера на платеното обезщетение и обичайните разноси, направени за неговото определяне.

(2) Ако лицето, имащо право на претенция вече е получило компенсация на възникналите за него разходи от трети лица, задължени за плащане на обезщетение или на основание други застрахователни договори, застрахователят има право да вземе под внимание тази компенсация във връзка с изпълнение на задължението си.

(3) Разпоредбите на чл. 28 (1) и (2) не се прилагат за обезщетения, които се изплащат без доказателства за разходи.

(4) Задължението на застрахователя за обезщетяване на разходи, чието частично възстановяване лицето, имащо право на претенцията, може да изиска от публично правен застраховател/ осигурител настъпва, когато последният е удовлетворил обезщетенията, които са негови задължения.

(5) Ако лицето, имащо право на претенция се откаже от своята претенция спрямо трети лица или отправи, служещо за гарантиране на претенцията му без съгласието на застрахователя, застрахователят се освобождава от задължението си за компенсация, доколкото той би могъл да получи компенсация от претенцията или правото.

Известия по застрахователния договор

Член 30. (1) За да са валидни всички декларации и уведомления от страна на застрахователя, трябва да са в писмен вид. Писмените декларации могат да бъдат направени във всяка четлива форма, включително по факс, по електронен път и т.н. Ако постъпила декларация няма собственоръчен подпис или сигурен електронен подпис, застрахователят може да поиска допълнително подаване на декларацията със собственоръчен (оригинален) подпис. Срокът за декларации е спазен, ако на искането за допълнително подаване на декларация се отговори в поисканата форма и в уместен срок.

(2) При промяна в името на застрахователя или на застрахованото лице или на посочения застрахователната полица адрес, застрахователят е длъжен в срок до една седмица да уведоми застрахователя за настъпилата промяна.

(3) В случай, че застрахователният договор е сключен с юридическо лице като страна по договора разпоредбите на чл. 29 (2) влизат в сила при промяна в седалището или името на това юридическо лице.

(2). Застрахователят е длъжен да съобщава на

застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, предоставени на застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на застрахователя, изпратено от него на адреса на застрахователя, последно обявен пред застрахователя, се смята за връчено и получено от застрахователя с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

Допълнителни условия, давност и подсъдност

Член 31. (1) Договорните отношения между застрахователя, застрахованите и застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите, Търговския закон.

(2) Застрахователят е длъжен да разясни на застрахованите правата и задълженията им по договора за застраховка, както и да ги запознае с настоящите Общи условия. За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесени от него вноски от застрахователната премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения застрахователят не дължи лихви.

(3) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, от една страна и застрахователя или застрахованото лице от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд.

(4) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на пет години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

Процедура за подаване на жалби

Член 32. Застрахованият има право при неудовлетворение от обема и качеството на предоставените му услуги да подаде писмена жалба до застрахователя. Политика за управление на жалбите на ЗК „УНИКА Живот“ АД е публикувана на интернет страницата на компанията www.unika.bg.

Промяна на Общите условия

Член 33. (1) Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в добавъци към нея.

КЛАУЗА ОТНОСНО САНКЦИОННИ ОГРАНИЧЕНИЯ И ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Член 34. Независимо от останалите клаузи на застрахователния /презастрахователния/ договор същия осигурява застрахователно покритие доколкото това не е в противоречие с икономически, търговски, финансови санкции или други подобни ограничения, включително ембарго, постановени по силата на резолюция на Съвета за сигурност на ООН, Европейския съюз или всяко национално законодателство, приложимо за страните по договора. Горепосоченото ограничение се прилага и в случаите, когато икономическите, търговските или финансовите санкции или ембарго са наложени от САЩ или други държави, доколкото не противоречат на законодателството на Европейския съюз или националното законодателство на Република България.

С влизането в сила на настоящите Общи условия се прекратява валидността на Общи условия за здравна (медицинска) застраховка “Здраве и Ценност” в сила от 01.06.2011 г. изм. 09.10.2012 г., изм. 04.04.2016 г. изм.

Настоящите застрахователни условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК „УНИКА Живот“ АД от 27.07.2022 г. и влизат в сила от 01.10.2022 г.

Дата: _____

Подпис: _____