

ОБЩИ УСЛОВИЯ

за сключване на Медицинска застраховка за чужденци, пребиваващи в Република България или преминаващи транзитно през територията на страната

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, наричана за краткост застраховател по тези Общи условия, наричани по-нататък Условията, застрахова с медицинска застраховка чужденци, по-нататък наричани застрахован/и, за времето на пребиваването им в страната, в случай на злополука и/или акутно заболяване за рисковете и при условията посочени по-долу. Застраховката се основава и на:

1. Наредбата за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителна медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през страната наричана Наредбата;
 2. Кодекса за застраховане и други норми на българското законодателство във връзка с положения, които не са уредени в тези Условия;
 3. Специални условия, договорени в полицата и нейните приложения (ако има такива);
 4. Писмените волеизявления на кандидата за застраховане, както и всички останали документи, имащи отношение към застрахователния договор (ако има такива).
- (2). Застрахователният договор по тези Общи условия е валиден за територията на Република България освен ако не е договорено друго.

ДЕФИНИЦИИ

Член 2. Дефиниции, използвани в настоящите Условия и застрахователни договори ще имат следното значение:

1. Застраховател:

2. Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, гр. София 1000, бул. „Тодор Александров“ № 18, ЕИК 831626729, оторизирано от Националния съвет по застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност № 27/10.08.1998 г., с лиценз за застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд № 915/18.07.2007 г. и допълнителен лиценз № 1034-ЖЗ/24.10.2012 г., което издава застрахователната полица и поема риска при настъпване на застрахователно събитие да заплати застрахователната сума или част от нея.

2. **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 поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия

3. **Чужденец:** физически лица, които не са български граждани или са без гражданство.

4. **Застрахован:** Физическо лице (чужденец), който

пребивава краткосрочно или продължително в Р. България или преминава транзитно през нея, за който се носи риск със застрахователния договор за медицинска застраховка и който осъществява правата, предвидени в договора за медицинска застраховка.

5. **Застрахователен договор:** Договор, по силата на който застрахователят се задължава, срещу платена застрахователна премия да изплати застрахователно обезщетение в случай на настъпване на застрахователно събитие. Състои се от тези Общи условия, застрахователна полица, списък на застрахованите лица, специални условия и добавъци, ако има издадени такива.

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

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

8. **Застрахователен период:** Период от дванадесет 12 (дванадесет) месеца, отброяван от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор. Когато застрахователния период е по-малък от 12 (дванадесет) месеца периодът съвпада със срока на застраховката посочен в застрахователната полица.

9. **Застрахователна сума/Лимит на отговорност:** Посочената в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя, при настъпване на застрахователно събитие, съгласно условията на договора.

10. **Застрахователна премия:** Определената в застрахователната полица парична сума, която застрахователят изисква да му бъде платена в замяна на поетите от него задължения по договора. Застрахователната премия или начина на определянето ѝ се посочват в застрахователната полица.

11. **Злополука:** Събитие, настъпило в срока на застраховката, независимо от волята на застрахованото лице, което внезапно оказва механично или химично въздействие отвън върху неговото тяло и води до телесно увреждане.

12. **Заболяване:** Съвкупност от клинични оплаквания и/или прояви, на структурни и функционални увреждания на организма, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение, за първи път през срока на застраховката, регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

13. **Акутно заболяване:** Новопоявило се в срока на застраховката заболяване/състояние, което възниква

внезапно и непредвидено с остро начало и прогресивен ход, изискващо спешно или неотложно медицинско лечение и изследвания, поради болковия си характер и/или пряко застрашаващо живота на болния.

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

14.1. за него не е известно общопризнато средство за лечение;

14.2. продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;

14.3. изисква палиативно лечение;

14.4. изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;

14.5. лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено, за да се справя със заболяването.

15. Предварително съществуващи заболявания или състояния: Заболяване или физическо увреждане, за което застрахования е получил медицинско диагностициране или лечение, търсил е медицински съвет, или за наличието, на което застрахованият е знаел преди началото на застраховката.

16. Неотложната медицинска помощ: Медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ, вследствие на акутно заболяване или злополука на лица, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.

17. Спешно състояние: Спешно състояние е остро или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, която изисква незабавна спешна медицинска помощ, насочена към предотвратяване на смърт, тежки или необратими морфологични или функционални увреждания на жизнено значими органи и системи. Спешната медицинска помощ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма, оказвана в рамките на 12 часа от момента на приемане на застрахованото лице в спешното звено на здравното заведение, за да бъде избегнато очакваното развитие на състоянието.

18. 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 заболяването, подобряване на здравето или предотвратяване влошаване на здравето, или лечение на заболяване и телесно увреждане от злополука с цел възстановяване на здравето.

19. Разумни и обичайни разходи: За разумни и обичайни разходи се считат разходите за медицинска терапия, които не са по-високи от средното ниво на разходи в подобни институции в Република България за същата или подобна медицинска терапия – прегледи, изследвания, лечение, услуги или помощ, оказвана на лица от един и същ пол или подобна възраст, за подобно заболяване или нараняване.

20. Претенция: Всеки иск отправен към застрахователя за изплащане на застрахователно обезщетение при настъпило застрахователно събитие.

21. Мрежа от лечебни заведения: болници, здравни и медицински центрове, лаборатории, частни практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които са сключили договор за предоставяне на услуги със застрахователя, който е в сила и в който застрахованото лице използва услугите, предвидени съгласно полицата и по начина, установен от настоящите условия.

22. 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 правата по застраховката по начина, установен от настоящите условия.

23. Транспотни разходи са разходи за настаняване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение.

ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА И ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

Член 3. (1) Предмет на застраховане по настоящата застраховка са разумните и обичайни медицински разходи, извършени за лечение и болничен престой на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през нея, за времето на пребиваването им в страната в обхвата и лимитите предвидени в Наредбата.

(2) За разходи, направени за лечение и болничен престой на чужденците по ал. 1, се считат разходите за медицинска помощ при спешни състояния, разходите, направени за неотложна извънболнична и болнична медицинска помощ, и разходите за спешна дентална помощ, така както са дефинирани в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите условия и в застрахователната полица.

(3) Със сключването на застрахователния договор застрахователят се задължава да плаща премия на застрахователя в уговорените срокове, а в случай на настъпване на събитие със застраховано лице, с осигурено покритие от застраховката, застрахователят се задължава да възстанови медицинските разходи за медицинско лечение.

(4) Застрахователят изпълнява задълженията си в следните форми:

1. абонаментно обслужване – предоставяне на застрахованото лице ползването на здравни услуги от изпълнители на медицински услуги, включени в мрежата от лечебни заведения на УНИКА България на територията на Р. България, с които застрахователят е сключил договор. Финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и стоки се уреждат директно между застрахователя и изпълнителя на здравни услуги;

2. възстановяване на разходи – при настъпване на застрахователно събитие застрахователят възстановява разходите за здравно обслужване на застрахованите лица от свободно избрани от тях изпълнители на здравни услуги, с които застрахователят няма сключен договор за медицинско и дентално обслужване.

(6) Общата сума на всички обезщетения, които застрахователят ще плати на един застрахован по полицата, независимо от броя на претенциите и броя на събитията, покрити по настоящите Условия, не може да бъде по-висока от размера на застрахователната сума, посочена в застрахователната полица.

(7) Застраховката е валидна за застрахователни събития настъпили на територията на Република България и застрахованото лице е задължено да използва медицински обосновани лечения от доставчици на медицински услуги, регистрирани на територията на Република България, освен ако не е договорено друго в застрахователната полица или в специалните условия

(8) Медицинските застраховки са поименни и правата по тях не могат да бъдат преотстъпвани.

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Форма на застрахователния договор

Член 4. (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се удостоверява със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

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

(3) Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от застрахователя и застрахователя и еднократната застрахователна премия е платена.

Видове застрахователни договори

Член 5. (1) Видове застрахователни договори:

1. Индивидуален застрахователен договор – съгласно който се застрахова едно физическо лице;
2. Групов застрахователен договор – съгласно който се застраховат 2 (две) и повече лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирани с незастрахователни цели, като задължително се прилага списък на застрахованите лица, съдържащ, имената, датите на раждане и адресите на всеки застрахован.

СРОК И ВАЛИДНОСТ НА ДОГОВОР

Член 6. (1) Застраховката се сключва за определен срок като минималният срок е 1 /един/ ден, а максималният срок е 1 /една/ година.

(2) Застрахователният договор на чужденци, които пребивават краткосрочно в Република България или преминават транзитно през страната, не може да бъде сключен за срок, по-дълъг от 90 дни.

(3) Застрахователният договор на чужденци, които пребивават продължително в Република България, не може да бъде сключен за срок по-дълъг от една година.

(4) Застрахователното покритие и отговорността на застрахователя влизат в сила от 00:00 часа на датата, посочена за начало на застраховката, при условие, че е наличен застрахователен интерес и е платена застрахователната премия и се прекратяват в 24:00 часа на датата, посочена за край на застраховката.

(5) Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

(6) Договорът може да бъде прекратен преди изтичане на застрахователния срок в следните случаи:

1. при смърт на застрахования по отношение на това лице;
2. по инициатива на всяка една от договорните страни, без неустойки или други разноски с едномесечно писмено предизвестие;
3. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

(7) Застрахователят има право да прекрати застраховката, когато:

1. застраховката е сключена без знанието на застрахования;
2. при опит за измама или извършена измама от застрахования или застрахователя.

(8) Отговорността на застрахователя се прекратява с изтичането на 24 часа на датата, отбелязана в полицата като край на застраховката, а с случай на прекратяване по ал. 7 и ал. 8 от 24 часа на датата, на която договорът е прекратен предсрочно.

(9) Застрахователят няма да изплати обезщетение за разходите, направени вследствие на медицинско лечение или терапия, извършени след прекратяване на полицата в съответствие с ал. (9) от настоящия член, независимо дали лечението е започнало по време на срока на действие на застрахователния договор.

СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР

Член 7. (1) Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено или устно предложение за застраховане направено от застрахователя без попълване на здравен въпросник.

(2) Когато застрахователят и застрахования са две различни лица полицата се подписва и от застрахованите лица.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Член 8. (1) Застрахователната премия се определя на база действащата към датата на сключване на полицата тарифа на застрахователя, като е съобразена с възрастта на застрахованите лица, застрахователното покритие, срока на застраховката и броя на застрахованите лица.

(2) Размерът на застрахователната премия се посочва в полицата и се заплаща еднократно при сключване и в брой или по банков път. За дата на плащане се счита датата

на заверяване на сметката на застрахователя или датата на внасяне на премията при плащане в брой.

(3) Ако дължимата застрахователна премия не бъде заплатена до датата, посочена за начало на застрахователната полица, договорът не поражда правни действия и застрахователят не носи отговорност за настъпили събития.

(4) При предсрочно прекратяване на застраховката 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.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Член 9. (1) Задължително основно покритие, което включва:

1. необходими медицински разходи, действително извършени от застрахования и/или лечебното заведение при внезапно, неочаквано, непредвидимо, неразположение, акутно заболяване или злополука възникнали по време на действието на застрахователния договор на територията на Република България.

Разходите за медицинско лечение включват и се ограничават до всички разумни разходи, направени от лекари и лечебни заведения, за спешно и/или неотложно медицинско лечение, консумативи и медицински услуги, които са необходими от медицинска гледна точка за третиране състоянието на застрахования и не превишават обичайния размер на разходите за подобно медицинско лечение, консумативи и медицински услуги в подобни здравни заведения в Република България.

2. разходи за медицинско транспортиране за настаняване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение, включително разходите за придружаващ медицински екип, ако са наложителни. Необходимостта от медицинско транспортиране се определя с писмено становище на медицинското заведение и/или лекаря, провеждащ лечението.

3. разходи за спешно дентално (стоматологично) лечение на спешно възникнали внезапни състояния, като се покриват само следните дентални услуги:

- 3.1. инцизия на абсцеси и флегмони в устната кухина;
- 3.2. изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия;
- 3.3. контролен преглед след услугите по т. 3.1 и 3.2;
- 3.4. неотложни състояния след използваните дентални процедури.

(3) Застрахователят не заплаща здравни услуги на застрахованите оказани по повод на участие в медицински научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти.

(4) Застрахователят не покрива здравни услуги, потребността от които е възникнала вследствие на минали заболявания.

(5) Застрахованият може свободно да избере лечебно заведение, лекари и дентолози, които имат разрешително за самостоятелно упражняване на лекарската професия на територията на Република България.

(6) Към застраховка сключена по тези Общи условия, е възможно срещу заплащане на допълнителна премия да се включат и допълнителни застрахователни покрития при Специални застрахователни условия. В случай, че в застрахователната полица не е отразено изрично поемането на допълнително покритие в сила е застрахователна защита по основно застрахователно покритие в обхвата на посочен в чл.9, ал.1 в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите Общи условия.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Член 10. (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 спешно и/или неотложно лечение, което е предмет на застрахователния договор и разходите, за което следва да бъдат платени на изпълнителя 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 и да е последствие на първично диагностицирано в срока на застраховката акутно заболяване или злополука.

(3) Застрахователното събитие започва с диагностициране на акутното състояние на заболяването или нараняването и приключва в момента, когато от медицинска гледна точка акутният момент е овладян и здравословното състояние на застрахования е стабилизирано.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Член 11. (1) При настъпването на застрахователно събитие, застрахователят изплаща обезщетение за извършените медицински разходи, възникнали във връзка с лечение на застраховано лице, на доставчика на медицински услуги или на застрахованото лице в агрегат, по реда на тяхното възникване и до размера на застрахователната сума посочена в полицата.

(2) Всички разходи, свързани с лечението, които надвишават застрахователната сума или са извършени за медицински услуги и лечение на медицински състояния, които не са покрити по условията на застраховката са за сметка на самия застрахован.

ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Член 12. (1) Застрахователят няма да носи отговорност и не дължи изплащане на застрахователно обезщетение в следните случаи:

1. Здравни услуги, потребността от които е възникнала вследствие на минали заболявания;
2. лечение и болничен престой при съществуващи хронични заболявания на застрахования;
3. трансплантация на органи, тъкани и клетки;
4. планови неврохирургични, кардиологични и очни операции;
5. фертилитет, ин витро;
6. хемодиализа и хемотрансфузия;
7. лечение на (СПИН) Синдром на придобита имунна недостатъчност;
8. болнична помощ на онкологично болни лица и на лица с психични разстройства;
9. лечение на алкохолизъм, наркомания и всякакви други зависимости;
10. задължителни имунизации;
11. пластични козметични операции и други козметични медицински услуги;
12. оказване на неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве;

(2) Застрахователят няма да носи отговорност, ако застрахователното събитие настъпи в резултата на:

1. терористичен акт или терористично действие;
2. участие във военни действия или учения или причинени от радиоактивни или химически материали при въстание, бунт, стачка, локаут или други действия от подобно естество, включително аварийни и бедствени ситуации.
3. сбиване, самоубийство или опит за самоубийство, извършване на престъпление от общ характер или друга дейност забранена със закон;
4. увреждане на здравето, настъпило по време на задържането на застрахования от органи на властта или в място за лишаване от свобода;
5. вследствие неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране на заболяване от застрахования, както и умишлено увреждане на своето здраве;

6. увреждане на здравето вследствие на прекалена или хронична употреба на алкохол, наркотични, упойващи вещества или медикаментозна зависимост;

7. подготовка и участие в опасни състезания;

8. земетресение или атомни и ядрени експлозии, радиоактивни продукти и замърсявания от тях, радиационни (йонизиращо) лъчение.

(3) Застрахователят не носи отговорност, в случай на претенция за изплащане на обезщетение с посочени неверни данни.

УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВАТА ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Член 13. (1) В случай на застрахователно събитие на територията на Р. България, при което застрахованото лице желае да ползва медицинските услуги в лечебни заведения от мрежата на УНИКА България застрахователят изпълнява задълженията си под формата на „Абонаментно обслужване“, при която застрахованото лице получава медицинските услуги, а застрахователят заплаща разходите директно на лечебното заведение. В този случай:

1. Застрахованият е длъжен, преди да приеме дадени медицински услуги, да се свърже с MedUNIQА SOS центъра на застрахователя, който ще организира времето, датата и вида на прегледа или други медицински услуги, които ще бъдат оказани на застрахованото лице от изпълнителя на здравна услуга от мрежата на УНИКА. Разговорите на застрахования със служителите в MedUNIQА SOS центъра се записват;

2. Приема се, че застрахованото лице е изпълнило напълно задължението си да уведоми MedUNIQА SOS центъра на застрахователя, ако преди да се възползва от медицинските услуги, застрахованият е позвънил на MedUNIQА SOS центъра на застрахователя и е отговорил на въпросите на служител от центъра относно реалното му здравословно състояние с оглед прилагане условията на застрахователния договор;

3. Ако поради основателни причини застрахованото лице не може да изпълни задължението съгласно гореизложеното, това трябва да бъде извършено от упълномощен служител на доставчика на медицински услуги;

4. Застрахователят изпълнява задълженията си под формата на „Абонаментно обслужване“ само в рамките на заведение от мрежата на здравните институции, с които УНИКА има сключени договори на територията на Р. България. Списък със здравните заведения от мрежата на УНИКА е публикуван на интернет страницата на застрахователя – www.uniqa.bg;

5. След предоставяне на медицинските услуги, изпълнителят на здравни услуги трябва да издаде на застрахователя медицинските и финансови документите, посочени в договора за сътрудничество със застрахователя, срещу които застрахователят ще му изплати застрахователното обезщетение, съгласно условията на полицата.

(2) Ако лечението се извърши без MedUNIQА SOS центъра да бъде предварително уведомен и без да е потвърдил приемането на застрахователния случай, застрахователят изпълнява задълженията си под формата на „Възстановяване на разходи“. В този случай:

1. За всяко застрахователно събитие се предявява претенция в писмена форма, като се попълва формуляр Претенция по образец на застрахователя, документ удостоверяващ статута на чужденец в Република България, заедно с банкова сметка на лицето и документи, установяващи настъпването на застрахователното събитие;

2. Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие и за заплащане на стойността им:

2.1. претенция за настъпило застрахователно събитие;

2.2. протокол, акт за злополука или друг документ, удостоверяващ настъпването ѝ;

2.3. медицински документи от лечебните заведения, предоставили медицинските услуги и стоки като: епикризи, амбулаторни листове, протоколи, резултати от назначени изследвания, рентгенови снимки и други, удостоверяващи извършеното лечение;

2.4. документи, доказващи вида и размера на извършените разходи: фактури с касов бон в оригинал за извършена медицинска услуга и/или закупени медикаменти, заедно с рецепта и амбулаторен лист, фактури с касов бон за извършено медицинско транспортиране и/или репатриране. Всички фактури с касов бон се представят в оригинал;

2.5. писмено уведомление за банковата сметка, по която трябва да бъде преведено обезщетението.

3. 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.

(3) За да се определят фактите и обстоятелствата, които са съществени за изясняване на застрахователното събитие или размерът на претенцията, застрахователят има право да поиска допълнителни доказателства и документи от застрахования, лечебното заведение, предоставило услугата или всяко друго юридическо или физическо лице. Ако застрахованият не изпълни някое от посочените задължения, застрахователят има право да откаже изплащане на обезщетение.

(4) Застрахователят се произнася по предявените претенции в срок до 15 работни дни от представянето на всички доказателства, които установяват основанието и размера на претенцията, като застрахователят определя и изплаща размера на обезщетението или мотивирано отказва цялото или част от плащането.

(5) Изплащането на суми се извършва чрез банков превод. Ако застрахованото лице е непълнолетно или недееспособно, заплащането на застрахователното обезщетение се извършва по посочена от неговите законни представители банкова сметка.

ЖАЛБИ И ОПЛАКВАНИЯ

Член 14. Застрахованият има право при неудовлетворение от обема и качеството на предоставените му услуги да подаде писмена жалба до застрахователя. Политика за разглеждане на жалбите на ЗК „УНИКА Живот“ АД е публикувана на интернет страницата на компанията www.unika.bg.

ДАНЪЦИ И ТАКСИ

Член 15. (1) Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването

им и са за сметка на застрахователя.

(2) Застрахователят 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 получи административна такса за тази дейност. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди извършване на услугата.

ДАВНОСТ И ПОДСЪДНОСТ

Член 16. (1) Всички права произтичащи по тази застраховка, се погасяват с изтичане на 5 (пет) години от датата на застрахователното събитие.

(2) За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесена от него застрахователна премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения застрахователят не дължи каквато и да е лихва.

(3) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, от една страна и застрахованото лице, по сключена застраховка, или ползващите лица 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) За неуредени в настоящите условия въпроси се прилага българското законодателство.

ПРОМЕНИ ПО НАСТОЯЩИТЕ УСЛОВИЯ

Член 17. Настоящите 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 18. 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 сключване на Медицинска застраховка за чужденци, пребиваващи в Република България или преминаващи транзитно през територията на страната в сила от изм. 03.01.2017 г. изм. 15.11.2021 г., 01.10.2022 г.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК „УНИКА Живот“ АД от 14.10.2024 г. и влизат в сила от 06.01.2025 г.

Дата: _____

Подпис: _____