



## ОБЩИ УСЛОВИЯ НА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА „ТОКУДА ЗДРАВЕ“

## GENERAL TERMS AND CONDITIONS OF MEDICAL INSURANCE “TOKUDA HEALTH”

### 1. Общи положения

**Член 1.** „Токуда Здравно Застраховане“ ЕАД, наричано по-нататък „Застраховател“, сключва по настоящите „Общи условия“ договор за медицинска застраховка с български и чуждестранни физически или юридически лица, наричани по-нататък „Застраховаш“ и/или „Застрахован“.

1. „Застраховашият“ и „Застрахованият“ могат да бъдат едно и също лице или различни лица. Застраховани са физически лица вписани в договора за застраховка.

2. Условието на отделните застрахователни покрития са посочени в съответните пакети, неразделна част от настоящите „Общи условия“.

3. В застрахователния договор могат да бъдат вписани и други специфични условия, договорени между страните.

4. За неуредените в общите условия въпроси, се прилагат разпоредбите на чл. 427 от Кодекса на застраховане и други норми на българското законодателство.

### 2. Предмет на застраховката

**Член 2.** По настоящите „Общи условия“ срещу получаване на застрахователна премия Застрахователят поема рискове, свързани с вероятното настъпване на бъдещо неблагоприятно събитие, изразяващо се в заболяване или злополука на Застрахования и пораждащо необходимостта същият да ползва определени здравни услуги и/или здравни стоки, които Застрахователят следва финансово да обезпечи, в случай че същите са покрити като вид и до обхвата, обема и условията, съгласно договора за медицинска застраховка и тези „Общи условия“.

### 3. Териториален обхват

**Член 3.** Застраховката е валидна на територията на Р. България, освен ако не е уговорено друго.

### 4. Застраховани лица

**Член 4.** Застрахованото лице е физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор, при следните възрастови ограничения:

1. Индивидуална здравна застраховка – от 14 до 64 г.;
2. Семейна здравна застраховка – от 14 до 64 години;
3. Групово здравно застраховане - от 7 до 64 години,

### 1. General Provisions

**Article 1.** Tokuda Health Insurance JSC, hereinafter referred to as “Insurer”, shall conclude, subject to these General Terms and Conditions, a health insurance contract with Bulgarian and foreign natural or legal persons, hereinafter referred to as “Insuring Party” and/or “Insured”.

1. The “Insuring Party” and the “Insured” may be the same person or may be different persons. Insured persons are the natural persons written in the insurance contract.

2. The conditions of each individual insurance coverage are stated in the respective packages, which are an integral part of these General Terms and Conditions.

3. Other specific conditions agreed between the parties may also be written in the insurance contract.

4. For any matters not settled in the general terms and conditions the provisions of article 427 of the Insurance Code and other rules of the Bulgarian legislation.

### 2. Subject Matter of Insurance

**Article 2.** Under these General Terms and Conditions in consideration of the receipt of an insurance premium the Insurer shall assume risks related to the probable occurrence of a future adverse event manifested in Insured’s disease or accident and giving rise to the Insured having to use certain health care services and/or health care goods which must be provided for by the Insurer financially in case that the same are covered as type and up to the scope, volume and conditions as per the health insurance contract and these General Terms and Conditions.

### 3. Territorial Scope

**Article 3.** The insurance shall be valid on the territory of the Republic of Bulgaria unless agreed otherwise.

### 4. Insured Persons

**Article 4.** The Insured is a natural person for whom a risk is assumed by the insurance contract subject to the following age restrictions:

1. Individual health insurance: from 14 to 64 years;
2. Family health insurance: from 14 to 64 years;
3. Group health insurance: from 7 to 64 years, and for

а за групи над 1000 лица – без ограничения във възрастта.

## 5. Покрити рискове

**Член 5.** Застраховките, сключени по тези „Общи условия“ покриват рискове, произтичащи от заболяване или злополука на застрахованото лице свързани с:

1. Финансовото обезпечаване на определени в пакети здравни услуги и стоки предоставени с цел извънболнично и/или болнично лечение, при заболяване;
2. Финансовото обезпечаване на определени в пакети здравни услуги и стоки свързани с профилактика, бременност и раждане;
3. Финансовото обезпечаване на определени в пакети здравни услуги и стоки предоставени с цел лечение извънболнично и/или болнично, в следствие на злополука;
4. Възстановяване на разходи за предоставени здравни стоки и/или услуги.

**Член 6. (1)** ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ обезпечава финансово чрез договора за здравна застраховка предоставянето на здравни услуги, обособени в следните пакети от дейности, неразделна част от настоящите „Общи условия“:

1. Профилактика;
2. Извънболнична медицинска помощ;
3. Болнична медицинска помощ;
4. Възстановяване на разходи;
5. Допълнителни битови условия.

(2) Покритията важат за лица с непрекъснати здравноосигурителни права и хоспитализирани по клинични пътеки, заплащани от НЗОК, освен ако не е договорено друго.

(3) За лица без здравноосигурителни права съгласно чл.34, ал.1 от ЗЗО, се прилагат специални тарифни условия.

**Член 7. (1)** В зависимост от обема на ползваните здравни услуги пакетите се разделят на три типа: основен, разширен и екстра.

(2) При договаряне и заплащане на допълнителна премия, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ може да разшири обема на предлаганите в Застрахователните покрития услуги.

**Член 8.** Всеки договор за медицинска застраховка се сключва въз основа на настоящите „Общи условия“ и при настъпило събитие, като ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ осигурява финансово покритие по избраните от Застрахования/Застраховация конкретни здравни пакети и обеми, посочени в договора.

Здравните пакети със съответните им обеми са неразделна част от договора в едно с настоящите „Общи условия“.

**Член 9. (1)** Формите на финансово обезпечаване на

groups of more than 1,000 persons: with no age restrictions.

## 5. Risks Covered

**Article 5.** The insurances taken out under these General Terms and Conditions shall cover risks arising out of disease or accident of the insured person related to:

1. The financial provision for health care services and goods defined in packages and provided for the purpose of outpatient and/or inpatient treatment, in case of disease;
2. The financial provision for health care services and goods defined in packages and related to prevention, pregnancy and childbirth;
3. The financial provision for health care services and goods defined in packages and provided for the purpose of outpatient and/or inpatient treatment, as a result of accident;
4. Reimbursement of expenses for provided health care goods and/or health care services.

**Article 6. (1)** By the health insurance contract the INSURER shall financially ensure the provision of health care services individualized in the following packages of activities being an integral part of these General Terms and Conditions:

1. Prevention;
2. Outpatient health care;
3. Inpatient health care;
4. Reimbursement of expenses;
5. Additional living conditions.

(2) Coverages shall be valid for persons whose rights to health insurance are not suspended and who have been hospitalized under clinical pathways paid by the National Health Insurance Fund unless agreed otherwise.

(3) For persons without rights to health insurance under article 34, paragraph 1 of the Health Insurance Act special tariff conditions shall apply.

**Article 7. (1)** Depending on the volume of health care services used the packages shall be divided in three types: basic, extended and extra.

(2) When negotiating and paying and additional insurance premium the INSURER may extend the volume of services offered in the Insurance Coverages.

**Article 8.** Each health insurance contract shall be entered into based on these General Terms and Conditions and upon an occurred event as the INSURER shall ensure a financial coverage under the specific health care packages and volumes chosen by the Insured / the Insuring Party as specified in the contract.

Health care packages of their relevant volumes shall be an integral part of the contract together with these General Terms and Conditions.

**Article 9.(1)** Depending on the chosen Insurance Packages

ползването на здравни услуги от ЗАСТРАХОВАНИТЕ лица, в зависимост от избраните Застрахователни пакети съгласно настоящите общи условия са:

1. Предоставяне на здравни услуги, които се оказват от медицински специалисти в лечебни заведения, които са в договорни отношения със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и/или;

2. Възстановяване на разходи.

(2) Застрахователят възстановява направените от Застрахования разходи за ползваните/закупените от негова страна и покрити по договора здравни услуги и/или здравни стоки, в съответствие с посочените в същия договор здравни пакети и обеми по тях и до уговорения лимит. Възстановяването на разходи се прилага, само в случаите, когато Застрахованият е ползвал услуги и/или стоки, предоставени от изпълнители на медицинска помощ или доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят няма сключен договор или услугите/стоките, които е ползвал същият са предоставени от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен договор, но същите не са включени в договора на Застрахователя с изпълнителя на медицинска помощ.

(3) Отговорността на застрахователя се определя в здравните пакети и обемите под формата на застрахователна сума и/или като обем и обхват на здравни услуги и стоки, които се предоставят за определен срок.

## 6. Изключени рискове

**Член 10. (1)** Ако не са предмет на специално договаряне ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не обезпечава финансово и не възстановява разходи за:

1. Спешна помощ;
2. Хемодиализа и хемотрансфузия;
3. Лечение на психични заболявания и последиците от тях, прилагане на психоаналитични и психотерапевтични методи;
4. Туберкулоза;
5. Трансплантация на органи или тъкъни;
6. Неврохирургични операции;
7. Кома;
8. Кардиохирургични операции;
9. Лечение и диагностика на заболявания, придобити по полов път: сифилис, генитални кондомоми, генитален херпес, HPV и гонорея;
10. СПИН;
11. Задължителни имунизации по имунизационния календар;
12. Лечение на вродени заболявания и аномалии;
13. Лечение на злокачествени заболявания;
14. Лечение на стерилитет и Фертилитет in vitro и всички диагностични и терапевтични процедури във връзка с това; Прекъсване на бременност по желание;
15. Пластични козметични процедури и операции и

under these general terms and conditions the forms of financial provision for the use of health care services by the INSURED persons shall be:

1. Provision of health care services rendered by medical specialists at health care facilities having contractual relations with the INSURER and/or;

2. Reimbursement of expenses.

(2) The Insurer shall reimburse the expenses incurred by the Insured for the health care services and/or health care goods used/purchased by the latter and covered by the contract in accordance with the health care packages and volumes under them specified in the same contract and up to the agreed limit. The reimbursement of expenses shall only apply in cases where the Insured has used services and/or goods provided by providers of health care or suppliers of health care goods with whom the Insurer has not entered into a contract or where the services/goods used by the Insured have been provided by a provider of health care with whom the Insurer has a signed contract but the same services/goods are not included in the contract with the Insurer with the provider of health care.

(3) Insurer's liability shall be defined in the health care packages and the volumes in the form of a sum insured and/or as a volume and scope of health care services and goods provided for a certain period.

## 6. Excluded Risks

**Article 10. (1)** Unless they are the subject of a special agreement the INSURER shall not provide for financially and shall not reimburse expenses for:

1. Emergency care;
2. Hemodialysis and blood transfusion;
3. Treatment of mental diseases and the effects thereof, application of psychoanalytical and psychotherapeutical methods;
4. Tuberculosis;
5. Transplantation of organs or tissues;
6. Neurosurgical operations;
7. Coma;
8. Cardiac surgery operations;
9. Treatment and diagnostics of sexually transmitted diseases: syphilis, genital condylomata, genital warts, genital herpes, HPV and gonorrhoea;
10. AIDS;
11. Mandatory immunizations as per the immunization calendar;
12. Treatment of congenital diseases and anomalies;
13. Treatment of malicious diseases;
14. Treatment of sterility and in vitro fertilization and all diagnostic and therapeutic procedures in relation thereto; Optional termination of pregnancy;
15. Plastic cosmetic procedures and operations and other

- други козметични медицински услуги, както и лечение на акне, косопад, витилиго, себорея, отстраняване на липоми, атероми;
16. Алтернативна медицина и СПА процедури;
17. Алергологични изследвания с изключение на кожно-алергологично тестване;
18. Лечение на увреждане на здравето вследствие остра или хронична употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони, други вещества с характер на допинг;
19. Самоувреждане при опит за самоубийство;
20. Медицинска помощ при увреждане на здравето при участие в спортни състезания или в подготовка на такива, участие в автомобилни състезания, използване на летателни и плавателни средства, практикуване на алпинизъм, проникване в пещери и подводно гмуркане;
21. Установено по съдебен ред виновно деяние, довело до увреждане на здравето. Лечение по време, когато застрахования е лишен от свобода или излежава присъда;
22. Увреждане на здравето при участие в граждански размирици, стачки, производствени аварии, природни бедствия, радиоактивно замърсяване и облъчване. Лечение на заболявания, причинени от професионални вредности;
23. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не заплаща здравни услуги указани с експериментална или научно-изследователска цел;
24. Стоматологични услуги: естетични инлеи; фасети; ортопедична дентална помощ /зъбопротезиране/; репланти и импланти и подготовката за тях; ортодонтска дейност; избелване на зъби;
25. Медицински свидетелства с различна цел; административни такси за издаване на документи и преписи на документи, за получаване на записи от извършени изследвания /CD, DVD/, издавани от лечебни заведения; Медицински разходи, свързани с експертиза на работоспособността и съдебно-медицинска експертиза;
26. Възстановяване на разходи за: противозачатъчни средства за превенция на бременността, лекарствени продукти и хомеопатични средства нерегистрирани в Р България, лекарствени продукти за редуция на тегло, както и тези необходими за лечение на заболявания, изключени в настоящите „Общи условия, медицинска козметика и друга козметика, цветни лещи, очила за работа с компютър, при наличие на покритие за възстановяване на разходи за диоптрични стъкла.
27. Диетология.
28. Епилепсия.
29. Генетични изследвания. Пренатест.
- cosmetic health care services as well as treatment of acne, hair loss, veal skin, seborrhea, removal of lipomas, atheromas;
16. Alternative medicine and SPA procedures;
17. Allergy tests save for skin allergy testing;
18. Treatment of health impairment as a result of acute or chronic use of alcohol, narcotic drugs, intoxicants, stimulants, anabolic hormones, other substances having the nature of doping;
19. Self-injury in suicide attempt;
20. Medical aid for health impairment while participating in sporting events or in preparation of such, car racing, using aircraft and vessels, practicing alpinism, caving and underwater diving;
21. Criminal act established by the court, which has resulted in health impairment. Treatment while the insured is imprisoned or serves time;
22. Health impairment while participating in civil unrest, strikes, industrial accidents, natural disasters, radioactive contamination and radiation. Treatment of diseases caused by occupational harmful conditions;
23. The INSURER shall not pay for health care services indicated by experimental or scientific and research purposes;
24. Dental services: esthetic inlays; facets; orthopedic dental aid (dental prostheses); replants and implants and preparation for them; orthodontic work; tooth whitening;
25. Medical certificates for different purposes; administrative fees for issuance of documents and copies of documents, for obtaining recordings of tests made (CD, DVD), issued by health care facilities; Medical expenses related to fitness for work assessment and forensic expert's analysis;
26. Reimbursement of expenses for: contraceptives for prevention of pregnancy, medicinal products and homeopathic remedies not registered in the Republic of Bulgaria, medicinal products for weight reduction as well as ones necessary for treatment of diseases excluded from these General Terms and Conditions, medical cosmetics and other cosmetics, color contact lenses, computer glasses, if there is coverage for reimbursement of expenses for dioptric glasses.
27. Dietology.
28. Epilepsy.
29. Genetic tests. Prenatest.

30. Прегледи и изследвания по пакет „Извънболнична медицинска помощ“, проведени с профилактична цел.

31. Назначени допълнителни прегледи и изследвания, не включени в пакет „Профилактика“. Същите се осъществяват в планов порядък по пакет «Извънболнична помощ».

32. ПЕТ скенер.

33. Лазердиагностика и лазертерапия, които не влизат в утвърдените такива медицински стандарти по специалности на Министерството на здравеопазването.

34. Застрахователят не покрива никакви рискове, свързани със загуба на доход, в следствие на неблагоприятното събитие.

## **7. Договор за медицинска застраховка.**

### **Сключване на застрахователния договор**

**Член 11.** (1) Застрахователният договор се сключва със здрави лица с нормален застрахователен риск

(2) Лица със завишен застрахователен риск, съгласно критериите, изброени в здравната декларация, се застраховат при условия, определени в застрахователния договор или с Анекс към договора и при допълнително платена премия.

(3) Застрахователният договор се сключва в писмена форма въз основа на писмено предложение по образец на Застрахователя, към което се прилагат следните документи: 1. при индивидуално застраховане и групово застраховане на група, състояща се от по-малко от 12 (дванадесет) лица - Въпросник (по образец на Застрахователя); 2. групово застраховане на група, състояща се от 50 (петдесет) и повече лица - списък и въпросник само по искане на Застрахователя.

(4) В случаите по ал. 3, т. 2 Застрахователят може да сключи договора, без да изисква попълването на декларации за здравословно състояние.

(5) Във Въпросника за здравни услуги Застрахователят посочва избраните от него покрития и обеми здравни стоки и услуги, както и формата на предлагането им.

(6) В случай, че групов застрахователен договор бъде сключен без прилагането на индивидуалния лимит на отговорност за едно застраховано лице от групата, посочен в съответния обем на здравния пакет, може да се приложи агрегиран лимит на отговорност за цялата група в размер, посочен в самия договор.

(7) При сключване на групов застрахователен договор Застрахователят е длъжен при подписване на договора да предостави на Застрахователя списък на застрахованите лица.

1. Списъкът по ал. 7 съдържа следните данни: трите имена (изписани на кирилица), ЕГН и град по постоянен адрес за всяко лице. Когато застрахованото лице е чужд гражданин, задължително се посочват личен номер за чужденец (ЛНЧ), пол и дата на раждане. Списъкът е по образец на Застрахователя.

2. Застрахователят има право да актуализира списъка

30. Examinations and tests under the “Outpatient Care” package made for preventive purposes.

31. Appointed additional checkups and tests not included in the “Prevention” package. The same shall be made as planned under the “Outpatient Care” package.

32. Positron emission tomography scanning.

33. Laser diagnostics and laser therapy which do not fall within the established medical standards by specialities of the Ministry of Healthcare.

34. The Insurer shall not cover risks related to loss of income as a result of the adverse event.

## **7. Health Insurance Contract.**

### **Conclusion of insurance contract**

**Article 11.** (1) The insurance contract shall be concluded with healthy persons of normal insurance risk.

(2) Persons of increased insurance risk as per the criteria listed in the health statement shall be insured under conditions specified in the insurance contract or by an Annex to the contract and provided that a premium is paid in addition.

(3) The insurance contract shall be entered into in writing based on a written proposal as per Insurer’s sample form to which the following documents: 1. in case of individual insurance and group insurance of a group of less than 12 (twelve) persons: a Questionnaire (as per Insurer’s sample form); 2. group insurance of a group comprising 50 (fifty) or more persons: a list and a questionnaire only upon Insurer’s request.

(4) In the cases under paragraph 3, item 2 the Insurer may enter into the contract without requiring that statements of health condition should be filled in.

(5) In the Questionnaire about health care services the Insuring Party shall specify the coverages and volumes of health care services and health care goods chosen by him as well as the form in which they are offered.

(6) In case that a group insurance contract is entered into without the application of the individual limit of liability per each insured person an aggregated limit of liability may be applied for the entire group to an amount specified in the contract itself.

(7) Upon conclusion of a group insurance contract the Insuring Party shall be obliged to submit, upon the signing of the contract, a list of insured persons to the Insurer.

1. The list under paragraph 7 shall contain the following data: the full name (written in Cyrillic letters), ID number [EGN] and city/town of permanent residence of each person. If the insured person is a foreign citizen his/her alien’s personal number, sex and date of birth must be stated. The list is as per Insurer’s sample form.

2. The Insuring Party shall have the right to update the list

на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено предоставя на Застрахователя актуализираните данни.

3. Включването на нов застрахован става, след като Застрахователят писмено уведоми Застрахователя и лицето бъде включено в списъка.

(8) Застрахователят се задължава да разясни на застрахованите лица правата и задълженията им по договора, изпълнителите на медицинска помощ, условията и реда за получаване на здравните услуги и стоки, както и да им раздаде персоналните здравни карти по списък.

(9) Застрахователят има право на информираност относно здравословното състояние на застрахованите и може, през времетраенето на застрахователния договор, да извършва проверки чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на застраховано лице от изпълнителите на медицински услуги.

**Член 12. (1)** Въпросникът за здравни услуги и попълнения въпросник за здравно състояние, са неразделна част от договора.

(2) Кандидатът за застраховане е длъжен да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. При неточно обявяване или премълчаване на такива обстоятелства се прилагат чл. 363 и чл. 364 от Кодекса за застраховането.

(3) Договорът влиза в сила след заплащането на застрахователната премия, освен ако не е уговорено друго.

1. Застрахователят е длъжен да предостави на Застрахователя/застрахования персонална здравна карта и пълната информация около сключения договор.

2. Промените в списъка на изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят е в договорни отношения, се обявяват регулярно на интернет страницата на Застрахователя.

3. Застрахованото лице ползва лично договорените в застрахователния договор пакети и опции.

(4) Когато застрахованото лице е избрало абонаментното обслужване като вид форма на тази застраховка, то има право на свободен избор на лекар и лечебно заведение на територията на цялата страна, с които Застрахователят има сключен договор. В случай, че застрахованото лице е избрало възстановяването на разходи като форма на тази застраховка, то има право на свободен избор на лекар и лечебно заведение, независимо от това, дали Застрахователят има сключен договор с тях.

(5) Разходите за здравни услуги и стоки извън договорените в Застрахователния договор, както и тези, надвишаващи лимита на отговорност по сключения договор, са за сметка на застрахования.

(6) Застрахованите лица, при всяко посещение при

of insured persons over the effective term of the contract, by providing the Insurer with the updated data in writing.

3. The inclusion of a new insured shall be made after the Insuring Party informs the Insurer in writing and the person is included into the list.

(8) The Insuring Party shall be obliged to clarify to the insured persons their rights and obligations under the contract, the providers of health care, the conditions and procedure for receiving the health care services and goods as well as to deliver them their personal health cards as per the list.

(9) The Insurer shall have the right to be informed of the health condition of the insureds and may, during the term of the insurance contract, carry out checks via his independent experts and may require additional information about the insured person's health condition from the providers of health care services.

**Article 12. (1)** The questionnaire about health care services and the filled-in health condition health cards shall be an integral part of the contract.

(2) The applicant for insurance shall be obliged to announce the material circumstances that (s)he is aware of and that are significant for the risk. If such circumstances are incorrectly announced or concealed article 363 and article 364 of the Insurance Code shall apply.

(3) The contract shall take effect after the payment of the insurance premium unless agreed otherwise.

1. The Insurer shall be obliged to provide the Insuring Party / the insured with a personal health card and full information concerning the concluded contract.

2. The changes to the list of providers of health care with whom the Insurer has contractual relations shall be regularly announced on Insurer's website.

3. The Insured person shall use in person the packages and options agreed in the insurance contract.

(4) Where the insured person has chosen subscription service as a form of this insurance (s)he shall have the right to freely choose a physician and a health care facility on the territory of the entire country with whom the Insurer has concluded a contract. In case that the insured person has chosen the reimbursement of expenses as a form of this insurance (s)he shall have the right to freely choose a physician and a health care facility, regardless of whether the Insurer has concluded a contract with such physician or facility.

(5) The expenses for health care services and health care goods beyond the ones agreed in the insurance contract as well as the ones in excess of the limit of liability under the concluded contract shall be for the account of the insured person.

(6) Upon every visit with a physician or a health care

лекар или лечебно заведение, се легитимират с лична карта и персонална здравна карта с валиден срок на действие.

(7) В случай на загубване или унищожаване на персонална здравна карта, застрахованият уведомява Застрахователя, за да му бъде издадено копие. Застрахованият получава копието срещу декларация за изгубения/ унищожения документ и заплащане на такса в размер на 5 (пет) лева по банков път.

(8) При настъпване на законодателни промени или други промени и обстоятелства, независещи от Застрахователя, чиито последици не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита, Застрахователят може да предложи на Застрахования промени в тарифите и условията по тази застраховка. Промяната влиза в сила след съгласие на Застрахования. При липса на съгласие от негова страна от застрахователния договор отпада застрахователното покритие и Застрахованият не дължи заплащането на застрахователна премия по него от датата на промяната.

(9) Промяната в застрахователния договор се извършва чрез издаване на анекс, който влиза в сила от 24 (двадесет и четири) часа след датата на издаването му, освен ако не е уговорено друго.

**Член 13.** Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката. При отказ той уведомява Застрахования.

#### **Форма на застрахователния договор**

**Член 14. (1)** Застрахователният договор се сключва писмено във формата на застрахователна полица или друг писмен акт и съдържа всички реквизити, съгласно чл. 344 и чл. 345 от Кодекса за застраховането.

(2) Предложението за застраховане, здравният въпросник, евентуални медицински заключения и резултати от медицинските изследвания, общите условия, добавъците, пакетите и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от застрахователния договор.

(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 е подписан от Застрахования и Застрахователя.

#### **Срок, подновяване и прекратяване на застрахователния договор**

**Член 15. (1)** Застрахователният договор се сключва за срок от една година, освен, ако не е уговорено друго. Същият влиза в сила от 0.00 часа на деня следващ заплащането на цялата дължима премия или на първата вноска от нея при разсрочено плащане на премията.

facility the insured persons shall establish their identity by means of an ID card and a personal health card of valid effective period.

(7) In case that the personal health card is lost or destroyed the insured shall notify the Insurer in order that the former be issued a copy. The Insured shall receive the copy against a declaration of the document having been lost/destroyed and against the payment of a fee to the amount of BGN 5 (five Bulgarian leva) by bank transfer.

(8) Upon the occurrence of legislative changes or other changes and circumstances beyond Insurer's control the consequences of which could not have been foreseen in advance and which could result in considerable changes to the conditions for provision of insurance cover the Insurer may offer the Insuring Party changes to the tariffs and conditions under this insurance. The change shall take effect after the Insuring Party's consent. If there is no consent by the Insuring Party the insurance coverage shall be eliminated from the insurance contract and the Insuring Party shall not be obliged to pay the insurance premium thereunder as from the date of change.

(9) Changes to the insurance contract shall be made by issuing an annex, which shall take effect 24 (twenty-four) hours after the date of issue thereof unless otherwise agreed.

**Article 13.** The Insurer shall have the right to refuse to take out the insurance. In case of refusal he shall notify the Insuring Party.

#### **Form of the Insurance Contract**

**Article 14. (1)** The insurance contract shall be entered into in the form of insurance policy or another written act and shall contain all elements required under article 344 and article 345 of the Insurance Code.

(2) The insurance proposal, health questionnaire, possible medical conclusions and results of medical tests, the general terms and conditions, the annexes, the packages and all remaining covenants in writing attached thereto shall be an integral part of the insurance contract.

(3) The insurance contract and all other documents thereto shall be valid only if entered into in writing.

(4) The insurance contract shall be deemed concluded if signed by the Insuring Party and the Insurer.

#### **Term, Renewal and Termination of the Insurance Contract**

**Article 15. (1)** The insurance contract shall be entered into for a one-year term unless otherwise agreed. The same shall take effect as from 00:00 o'clock on the date following the payment of the entire premium due or of the first installment in case of payment of premium in installments.

(2) Застрахователното покритие приключва, в 24.00 часа на датата на прекратяване на застрахователния договор. Разходите за лечение, което продължи след датата на изтичане срока на застраховката, са за сметка на застрахования.

**Член 16. (1)** Договора за медицинска застраховка може да се прекрати:

1. по взаимното съгласие между страните, изразено в писмен вид под формата на анекс за прекратяване;
2. в хипотезата, по реда и с последиците по член 24 от тези „Общи условия“;
3. едностранно от Застрахователя или Застрахования/Застраховачия с едномесечно писмено предизвестие.

(2) Застрахованият/Застраховачият не може едностранно да прекратява договора за медицинска застраховка по реда на т.3, когато е налице следната хипотеза:

- Ако общият размер на предявените претенции по пакети надвишава 57% от внесената застрахователна премия.

(3) При прекратяване по реда на ал.1, от която и да е от страните по договора, Застрахователят възстановява на Застрахования/Застраховачия частта от застрахователната премия за неизтеклата част от договора, след приспадане на направените от Застрахователя административни и аквизиционни разходи за обслужване на изтеклата част от договора и изплатените обезщетения по същия.

(4) Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

1. ако застрахованото лице умишлено е представило неверни факти и обстоятелства;
2. при индивидуални застрахователни договори - със смъртта на застрахованото лице, като в този случай Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия;
3. в други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в българското законодателство.

(5) Предсрочно прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на застраховано лице по групов застрахователен договор влиза в сила от деня на връщане на персоналните здравни карти на застрахованите лица на Застрахователя. До деня на връщане на картата Застраховачият дължи плащане на застрахователната премия за съответното застраховано лице.

(6) В случай че договорът се прекратява предсрочно по искане от страна на Застраховачия, Застрахователят не дължи връщане на неусвоената премия за остатъка от застрахователния срок, освен ако не е уговорено друго.

(7) В случай че през срока на действие на застрахователния договор нетната квота на щетимост надхвърли 150%, Застрахователят има право да предложи повишаване на застрахователната премия.

(2) The insurance coverage shall end at 24:00 o'clock on the date of termination of the insurance contract. The expenses for treatment that goes beyond the date of expiry of the term of insurance shall be for the account of the insured.

**Article 16. (1)** The health insurance contract may be terminated:

1. by the mutual consent of the parties expressed in writing in the form of an annex of termination;
2. in the case of the hypothesis, subject to the procedure and with the consequences under article 24 of these General Terms and Conditions;
3. unilaterally by the Insurer or the Insured/Insuring Party with a one-month prior written notice.

(2) The Insured/Insuring Party may not unilaterally terminate the health insurance contract subject to the procedure stipulated in item 3, where the following hypothesis is present:

- If the total amount of the claims made by packages exceeds 57% of the paid insurance premium paid.

(3) Upon termination subject to the procedure stipulated in paragraph 2 by any party to the contract, the Insurer shall recover to the Insured/Insuring Party the portion of the insurance premium for the non-elapsed part of the contract, after deduction of the administrative and acquisition costs for servicing the elapsed part of the contract and the indemnities paid thereunder.

(4) The contract may be terminated before the expiry of the insurance term in the following cases:

1. if the insured person has deliberately provided false facts and circumstances;
2. in case of individual insurance contracts: upon the death of the insured person as in such case the Insurer shall not be obliged to return insurance premium;
3. in other cases as expressly agreed in the insurance contract or stipulated in the Bulgarian legislation.

(5) Early termination of the individual insurance coverage of an insured person under a group insurance contract shall take effect as from the date when the personal health cards of the insured persons are returned to the Insurer. Until the card is returned the Insuring Party shall owe a payment of the insurance premium for the respective insured person.

(6) In case that the contract is terminated early at the request of the Insuring Party, the Insurer shall not be obliged to return the non-utilized premium for the remainder of the insured period unless agreed otherwise.

(7) In case that during the effective term of the insurance contract the net claims ratio exceeds 150%, the Insurer shall have the right to propose an increase of the insurance premium.



(8) При предсрочно прекратяване на договора застрахованите лица са длъжни да върнат във възможно най-кратък срок на Застрахователя персоналните си здравни карти. Всеки разход, направен от застрахованото лице, под формата на възстановяване на разходи, след края на неговото индивидуално застрахователно покритие, не подлежи на заплащане от Застрахователя.

(9) Застрахователят има право да откаже подновяване на застрахователния договор, както и да прекрати или да промени условията на договора, в случай че:

1. от страна на Застрахования/застраховано лице се върши или е била извършена измама, укриване на факти, както и ако са били направени неверни изявления. В този случай застрахованото лице ще трябва да върне всички суми, които вече са му били изплатени по силата на застрахователния договор.

2. Застрахованият/застраховано лице е нарушил/о условията на застрахователния договор.

(10) Възможността за прекратяване на застрахователния договор от страна на Застрахования не се прилага, ако:

1. промяната на застрахователната премия и/или другите условия произтича от законови разпоредби;

2. промяната води до намаляване размера на застрахователната премия и/или разширяване на застрахователното покритие.

## **8. Застрахователна премия и застрахователна сума**

**Член 17.** (1) Застрахователната премия е сумата, която Застрахованият/Застрахованият заплаща на Застрахователя, и срещу която Застрахователят покрива договорените рискове.

(2) Общият размер на застрахователната премия, броят, размерът и падежите на всяка разсрочена вноска по нея се посочват в застрахователния договор.

(3) Застрахованият е длъжен да извърши плащането на застрахователната премия или вноските по нея в случаите на разсрочено плащане в размерите и сроковете, определени от погасителния план в договора.

(4) Застрахователят изготвя здравно досие на застрахованото лице и води регистър на застрахованите лица, който съдържа необходимата информация за внесените премии и вноски, ползваните здравни услуги и стоки и за възстановените разходи.

(5) Застрахователят предоставя, при поискване на застрахованото лице, в края на всяка застрахователна година информация относно ползваните от него здравни услуги и стоки.

**Член 18.** (1) При индивидуалните и семейни застраховки застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованите лица, избраните пакети и обемите по тях, и действащите тарифи, както и от евентуалното договорено

(8) In case of an early termination of the contract the insured persons shall be obliged to return their personal health cards to the Insurer as soon as possible. No expenses incurred by the insured person in the form of reimbursement of expenses after the end of his/her individual insurance coverage shall be reimbursable by the Insurer.

(9) The Insurer shall have the right to refuse to renew the insurance contract and to terminate or change the conditions of the contract in case that:

1. the Insuring Party / the insured person commits or has committed fraud or concealment of facts as well as if misrepresentations have been made. In such case the insured person will have to return all sums having already been paid to him/her by virtue of the insurance contract.

2. The Insuring Party / the insured person has breached the conditions of the insurance contract.

(10) The option of insurance contract's termination by the Insuring Party shall not apply if:

1. the change of the insurance premium and/or the other conditions arises out of statutory provisions;

2. the change leads to a decrease of the amount of the insurance premium and/or an extension of the insurance coverage.

## **8. Insurance Premium and Sum Insured**

**Article 17.** (1) The insurance premium is the sum paid by the Insured / the Insuring Party to the Insurer, and in consideration of which the Insurer covers the agreed risks.

(2) The total amount of the insurance premium, the number, amount and maturity dates of each installment thereunder shall be specified in the insurance contract.

(3) The Insuring Party shall be obliged to make the payment of the insurance premium or the installments under it in the cases of payment in installments to the amounts and in the terms determined in the installment plan in the contract.

(4) The Insurer shall prepare a medical file of the insured person and shall keep a register of insured persons containing information about the premiums and installments made, the health care services and health care goods used and the reimbursed expenses.

(5) The Insurer shall provide the insured person, upon the latter's request, in the end of each insurance year, with information concerning the health care services and health care goods used by the person.

**Article 18.** (1) In the case of individual and family insurances the insurance premium shall be determined by the Insurer depending on the age, the health condition of insured persons, the packages chosen and the volumes under them, and the effective tariffs as well as on the deductibles as may be agreed.

самоучастие.

(2) При груповите застраховки застрахователната премия се определя от Застрахователя на база действащите тарифи към момента на сключване на договора за медицинска застраховка, в зависимост от:

1. Броя на застрахованите лица;
2. Избраните от Застрахования/Застраховация здравни пакети и обеми по тях;
3. Лимита на отговорност на Застрахователя;
4. Договореното самоучастие.

**Член 19. (1)** В зависимост от договорените срокове за заплащане на застрахователната премия, тя се заплаща предварително преди началото на всеки застрахователен период:

1. Еднократна годишна премия за всяка една застрахователна година;
2. Разсрочено на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски. В този случай застрахователят има право да утежни разсрочената премия.

(2) Застрахователната премия се заплаща от Застраховация или от всяко друго лице, което има законното право за плащане на задължението в размерите, валутата и сроковете, посочени в договора. Годишната застрахователна премия или първата разсрочена вноска се плаща най-късно до датата, определена за начало на застрахователния договор:

1. в брой, срещу квитанция, по образец на Застрахователя, в касата на дружеството или при упълномощен за това от Застрахователя застрахователен посредник при спазване на законовите изисквания за разплащане в брой;
2. по безкасов път чрез банков превод.

(3) Когато премията се заплаща с платежно нареждане чрез банка, преводът се счита за направен от датата на заверяване на сметката на Застрахователя или специалната клиентска сметка на застрахователния брокер.

**Член 20.** Застрахованият/ Застрахованият дължи допълнително 2 % данък върху застрахователната премия, съгласно Закона за данък върху застрахователната премия.

**Член 21. (1)** Застрахователна сума (лимит на отговорност) е договорената или определената в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования.

(2) При пакет „Възстановяване на разходи“ страните могат да договорят самоучастие на Застрахования, конкретният размер, на което се посочва в договора за застраховка.

**Последици от неплащането на премията**

**Член 22. (1)** Ако първата премия не бъде заплатена до 00.00 часа на датата определена за начало на застраховката Застрахователят не носи отговорност за настъпили събития. Ако премията не бъде

(2) In the case of group insurances the insurance premium shall be determined by the Insurer based on the tariffs effective as at the time of conclusion of the health insurance contract depending on:

1. the number of the insured persons;
2. the health care packages chosen by the Insured / the Insuring Party and the volumes under them;
3. Insurer's limit of liability;
4. the agreed deductibles.

**Article 19. (1)** Depending on the agreed terms for payment of the insurance premium it shall be paid in advance before the beginning of each insurance period:

1. One-off annual premium for each insured year;
2. In six-monthly, quarterly or monthly installments. In such case the insurer shall have the right to increase [utezhni]\* the premium in installments.

(2) The insurance premium shall be paid by the Insuring Party or by any other person who has the legal right to pay the liability to the amounts, in the currency and within the terms stated in the contract. The annual insurance premium or the first installment shall be paid by the date determined as the beginning of the insurance contract at the latest:

1. in cash, against a receipt, as per Insurer's sample form, at company's cash desk or at an insurance broker authorized by the Insurer for that, subject to the fulfillment of the statutory requirements for cash payments;
2. as a non-cash payment via bank transfer.

(3) Where the premium is paid by means of payment order via a bank the transfer shall be deemed made as from the date of crediting the account of the Insurer or the special client account of the insurance broker.

**Article 20.** The Insured/Insuring Party shall owe an additional 2 % tax on the insurance premium under the Insurance Premium Tax Act.

**Article 21. (1)** The Sum Insured (limit of liability) shall be the cash amount agreed or determined in the insurance contract which is the upper limit of Insurer's liability to the Insured.

(2) In the case of "Reimbursement of Expenses" package the parties may agree deductibles of the Insured, whose exact amount shall be specified in the insurance contract.

**Effects of non-payment of premium**

**Article 22. (1)** If the first premium is not paid by 00:00 o'clock on the date determined as the start of the insurance the Insurer shall not be liable for any events occurred. If the premium is not paid by 24:00 o'clock on the thirteenth day as from the maturity date the contract shall be deemed terminated.

заплатена до 24.00 часа на тридесетия ден от датата на падежа, договорът се счита за прекратен.

(2) При неплащане на която и да е разсрочена вноска от застрахователната премия на падежа, посочен за нея в договора, Застрахователят има право едностранно да прекрати действието на договора.

(3) Застрахователят прилага правото си по ал.2 не по-рано от 15 дни, считано от падежа на просрочената вноска по договора за застраховка.

**Член 23.** В случаите на прекратяване на договора за медицинска застраховка по предходната точка, Застрахователят не дължи връщане на получената до момента на прекратяването застрахователна премия, но дължи плащане на разходите за ползвани и/или закупени здравни услуги и/или медицински стоки от Застрахования, които разходи са извършени до датата на прекратяване на договора.

**Член 24.** Ако настъпи застрахователно събитие в периода на изчакване плащането на премията и премията все още не е платена към датата на настъпване на застрахователното събитие ще се счита, че договорът е прекратен и Застрахователят е освободен от задължението да изплаща обезщетение по това събитие.

## **9. Права и Задължения на Застрахования/Застрахования**

### **Права на Застрахования**

**Член 25.** Правото да ползва здравните услуги съгласно договора за застраховка и в обемите по него е лично и не може да преотстъпва за ползването на други лица.

**Член 26.** Застрахованият има право да избере изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки само от актуален списък с изпълнители на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, освен в случаите на закупен пакет "Възстановяване на разходи".

**Член 27.** При ползване на здравните услуги и/или стоки директно от техния изпълнител и/или доставчик Застрахованият е длъжен да се легитимира с валидна персонална здравна карта и лична карта.

**Член 28.** Застрахованият има право:

1. Да изисква от Застрахователя да пази личната му тайна и да не прави достояние пред трети лица всякаква информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор за медицинска застраховка или всякаква информация или данни за Застрахования, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора за медицинска застраховка, освен в случаите предвидени в Закона;
2. Да подава заявление за възстановяване на разходи в срока по настоящите „Общи условия“;
3. Да подава запитване, молба или възражение по повод на движението или разглеждането на негова претенция за възстановяване в пари на извършени разходи или по повод на възникнали проблеми, свързани с ползвани

(2) If any installment of the insurance premium is not paid on the maturity date stated for such installment in the contract the Insurer shall have the right to unilaterally terminate the effect of the contract.

(3) The Insurer shall exercise his right under paragraph 2 not earlier than 15 days as from the maturity date of the overdue installment under the insurance contract.

**Article 23.** In the cases of termination of the health insurance contract under the preceding item the Insurer shall not be obliged to return the insurance premium received until the time of termination but shall be obliged to pay the expenses for health care services and/or health care goods used and/or purchased by the Insured, where the said expenses have been incurred prior to the date of termination of the contract.

**Article 24.** If an insured event occurs within the period of awaiting the payment of the premium and the premium is not yet paid as at the date of occurrence of the insured event it shall be deemed that the contract is terminated and the Insurer shall be released from his obligation to pay indemnity under such event.

## **9. Rights and Obligations of the Insuring Party/the Insured**

### **Rights of the Insured**

**Article 25.** The right to use the health care services under the insurance contract and in the volumes under it shall be personal and may not be ceded to be used by other persons.

**Article 26.** The Insured shall have the right to choose a provider of health care and/or a supplier of health care goods only from the up-to-date list of providers of the INSURER, save for cases where a "Reimbursement of Expenses" package has been purchased.

**Article 27.** If the health care services and/or goods are used directly from their provider and/or supplier the Insured shall be obliged to establish his/her identity by means of a valid personal health card and an ID card.

**Article 28.** The Insured shall have the right:

1. To demand that the Insurer keep his/her personal secret and not disclose to third parties any information related to the conclusion, the contents and/or the performance of the respective health insurance contract or any information or data about the Insured which have become known to the Insurer in relation to the negotiations, the conclusion and/or the performance of the health insurance contract except in the cases stipulated in the Law;
2. To submit an application for reimbursement of expenses within the term under these General Terms and Conditions;
3. To submit an inquiry, request or objection on the occasion of the status or consideration of his/her claim for reimbursement of money for expenses incurred or on the occasion of any occurred problems related to health care

и/или закупени от него здравни услуги и/или стоки от изпълнители на медицинска помощ и/или доставчици на здравни стоки;

4. Да получава информация от Застрахователя за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на медицински стоки;
5. Да прекрати индивидуалния договор за медицинска застраховка при условията, съдържащи се в него или при условията на настоящите „Общи условия“.

**Член 29.** В случаите, в които Застрахованият упражнява правата си по чл. 28, т. 3, Застрахователят е длъжен да отговори в 30 дневен срок от получаването на запитването, молбата или възражението. Ако Застрахователят се нуждае от допълнително време за да отправи от своя страна запитване към изпълнител на медицинска помощ или към доставчик на здравни стоки, този срок е 45 дни от датата на получаване на запитването, молбата или възражението на Застрахования.

**Член 30.** В случай на ползване на здравни услуги в хипотезата на чл. 42, ал. 1 след изчерпване на застрахователния лимит, Застрахованият дължи възстановяване на тяхната стойност в полза на Застрахователя.

#### **10. Права и задължения на Застрахования**

**Член 31.** В случаите, когато Застрахования е различен от Застрахования, Застрахованият има следните специфични права:

1. Да включва и изключва нови лица към договора;
2. Да включва нови пакети към договора;
3. Да прекрати договора при условията и реда, съдържащи се в него или настоящите „Общи условия“;
4. По пакет „Профилактика“, в случай на групов договор, Застрахованият има право да получи писмено потвърждение от Застрахователя за броя и списъчния състав на лицата, които са преминали предвидените в договора за медицинска застраховка профилактични прегледи и изследвания;
5. Да получава информация от Застрахователя за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, за които промени да информира Застрахованите;

**Член 32.(1)** Съгласно настоящите „Общи условия“ страните приемат, че Застрахователят е изпълнил задължението да информира Застрахования/Застрахования за списъка с изпълнителите, с които има сключен договор, като поддържа актуален списък на своя сайт в ИНТЕРНЕТ [www.thi.bg](http://www.thi.bg), откъдето Застрахованият и всяко застраховано лице могат да получат необходимата информация за тези изпълнители на медицинска помощ и/или доставчици на здравни стоки към момента на ползването им.

(2) Друга информация Застрахованият получава в зависимост от посоченият в договора начин за

services and/or health care goods used and/or purchase by him/her from providers of health care and/or suppliers of health care goods;

4. To receive information from the Insurer about changes to the list of providers of health care and/or suppliers of health care goods;
5. To terminate the individual health insurance contract subject to the conditions contained therein or subject to the conditions of these General Terms and Conditions.

**Article 29.** In the cases where the Insured exercises his/her rights under article 28, item 3, the Insurer shall be obliged to respond within 30 days as from the receipt of the inquiry, request or objection. If the Insurer needs additional time to send his own inquiry to a provider of health care or to a supplier of health care goods, this term shall be 45 days as from the date of receipt of Insured's inquiry, request or objection.

**Article 30.** In case that health care services are used in the hypothesis under article 42, paragraph 1 after the insurance limit is exhausted the Insured shall be obliged to recover their value to the Insurer.

#### **10. Rights and Obligations of the Insuring Party**

**Article 31.** In the cases where the Insuring Party is other than the Insured the Insuring Party shall have the following specific rights:

1. To include and exclude new persons into and from the contract;
2. To include new packages into the contract;
3. To terminate the contract subject to the conditions and the procedure contained in the contract or in these General Terms and Conditions;
4. Under a "Prevention" package, in the case of a group contract, the Insuring Party shall have the right to receive Insurer's written confirmation of the number and headcount of the persons who have undergone the preventive checkups and tests stipulated in the health insurance contract;
5. To receive information from the Insurer about changes to the list of providers of health care and/or suppliers of health care goods as the Insuring Party shall inform the Insureds of such changes;

**Article 32.(1)** Pursuant to these General Terms and Conditions the parties accept that the Insurer has fulfilled his obligation to inform the Insured / the Insuring Party of the list of providers with whom he has concluded contracts by maintaining an up-to-date list on his website at [www.thi.bg](http://www.thi.bg), where the Insuring Party and each insured person can obtain the necessary information about such providers of health care and/or suppliers of health care goods as at the time the same are being used.

(2) The Insuring Party shall obtain other information depending on the manner of communication specified in the contract: by mail, courier, facsimile or e-mail. The

комуникация: по поща, куриер, факс или електронна поща. Застрахователят осигурява текуща информация на Застрахования/Застраховация във всички случаи на посочените в договора лица и координати за контакт.

**Член 33. (1)** По груповите договори Застрахованият има задължението да предостави на Застрахованите лица здравната карта и списъка от изпълнители по договор със Застрахователя. Крайният срок на валидност на здравната карта е крайният срок на договора за медицинска застраховка. Застрахователят е длъжен да издаде и предаде на Застрахования персоналните здравни карти за всички застраховани лица в срок до 5 дни от влизането в сила на договора за застраховка.

(2) При предсрочно прекратяване на договора, всяко застраховано лице, включително и всеки застрахован член на семейството е длъжен да върне на ЗАСТРАХОВАЩИЯ своята здравна карта, който от своя страна да я предаде на ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

(3) При предсрочно прекратяване на договор или права на застраховано лице, в срок от 7 дни ЗАСТРАХОВАЩИЯ е задължен да върне на Застрахователя персоналната здравна карта.

(4) В случай на неизпълнение в срок на задължението по ал. (2) ЗАСТРАХОВАЩИЯТ дължи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ стойността на всички разходи, направени от застрахованото лице след прекратяване на застрахователното покритие.

(5) Застрахованото лице няма право да ползва и да се легитимира със здравната си карта след изтичането на нейния срок на валидност.

**Член 34. (1)** Застрахованият по групови договори няма право да получава каквато и да било информация за здравния статус на застрахованите от него лица или на застрахованите членове на техните семейства.

(2) Всяка кореспонденция между Застрахователя и Застрахованите се осъществява чрез Застраховация, и когато съответната кореспонденция съдържа данни за здравния статус на Застрахования, Застрахователят я изпраща в запечатан плик по поща или куриер до посоченото от Застраховация лице или структурно звено за контакт, като върху плика изрично е посочено, че информацията която съдържа е носител на лични данни.

(3) Единствено и само Застрахования има правото да запознае или под каквато и да било форма да направи достояние пред своя Застраховач информацията за собствения си здравен статус или кореспонденцията, съдържаща такава информация.

**Член 35.** Застрахованият е длъжен:

1. Да заплати изцяло уговорената застрахователна премия или да заплаща съответните разсрочени вноски от нея на посочените в договора за медицинска застраховка падежи, като това се отнася и до допълнителната застрахователна премия или увеличаване броя на застрахованите лица;

2. Изчерпателно, точно, коректно и в писмена форма да информира Застрахованите /и членовете на техните семейства, в случаите на групови договори/ за условията,

Insurer shall provide the Insured / the Insuring Party with current information in all cases by using the contract persons and contact details.

**Article 33. (1)** Under group contracts the Insuring Party shall be obliged to deliver to the Insured persons the health card and the list of providers having contract with the Insurer. The validity date of the health card shall be the end date of the health insurance contract. The Insurer shall be obliged to issue and deliver to the Insuring Party the personal health cards for all insured persons within 5 days after the insurance contract takes effect.

(2) In case of an early termination of the contract, each insured person, including each insured family member, shall be obliged to return to the INSURING PARTY his/her health card as the latter shall deliver it in his turn to the INSURING PARTY.

(3) In case of an early termination of contract or rights of insured person, the INSURING PARTY shall be obliged to return the personal health card to the Insurer within 7 days.

(4) In case of default on the obligation under paragraph (2) the INSURING PARTY shall owe to the INSURER the value of all expenses incurred by the insured person after the termination of the insurance coverage.

(5) The insured person may not use or establish his/her identity by means of the health card after the expiry of its validity period.

**Article 34. (1)** The Insuring Party under group contracts may not receive any information about the health status of the persons insured by him or the insured members of their families.

(2) Any correspondence between the Insurer and the Insured persons shall be carried out via the Insuring Party, and where the respective correspondence contains data about the health status of the Insured, the Insurer shall send it into a sealed envelope by mail or courier to the contact person or the structural unit for contact named by the Insuring Party as it must be stated on the envelope that the information contained therein carries personal data.

(3) Only and solely the Insured shall have the right to make his/her Insuring Party familiar with or disclose to him in any form whatsoever any information about his/her own health status or the correspondence containing such information.

**Article 35.** The Insuring Party shall be obliged to:

1. To pay the agreed insurance premium in full or to pay the respective installments thereof on the maturity dates specified in the health insurance contract as the same also applies for the additional insurance premium or the increase of the number of the insured persons;

2. To comprehensively and accurately inform the Insured persons (and the members of their families in the cases of group contracts) in writing of the conditions under which

при които е сключен договора за медицинска застраховка и при които те могат да упражняват правата си по него, както и за всяка промяна в първоначално приложения към договора списък на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на медицински стоки, за която е бил информиран от Застрахователя, или която е отразена в интернет сайта на Застрахователя;

3. Да предаде срещу подпис на Застрахованите, включително и присъединените към договора за медицинска застраховка членове на семействата на Застрахованите, предназначенията за всеки от тях персонална здравна карта, издадена от Застрахователя, след получаването им от Застрахователя;

4. Да пази търговската тайна на Застрахователя и да не прави достояние пред трети лица обстоятелства свързани със сключването на съответния договор.

**Член 36.** Застрахователят няма право:

1. Да изисква от Застрахователя информация за здравния статус на застрахованите от него лица и на застрахованите членове на техните семейства и да осигури опазването на тайната на такава информация, когато се явява посредник по нейното предаване от Застрахователя към Застрахования.

**Член 37.** Застрахователят не носи вина или отговорност и от него не могат да се претендират каквито и да било плащания в случай на неизпълнение на което и да е от задълженията от страна на Застрахователя по чл. 34 от тези „Общи условия“, вследствие на което Застрахованият или член на семейството му не е могъл да упражни правата си по договора за медицинска застраховка и/или ги е упражнил по начин, който съгласно договора за медицинска застраховка и тези „Общи условия“ изключва възможността за Застрахователя да изпълни задължението си за финансово обезпечаване на направените разходи.

## 11. Права и задължения на Застрахователя.

**Член 38.** Застрахователят има право:

1. Да получи в размера и в сроковете, посочени в договора дължимата по него застрахователна премия, включително и премията, дължима за присъединените членове на семействата на Застрахованите и премията, дължима вследствие на разширяване на покритието или изравняването поради промяна на броя на Застрахованите, а при неизпълнение да приложи член 22, ал.2 и чл.23 от тези „Общи условия“;

2. Да прави промяна в списъка на изпълнителите на медицинска помощ и/или доставчиците на здравни стоки, като информира за това Застрахователя /Застрахования и своевременно на сайта си;

3. Да организира провеждането на включените в покритието на пакет „Профилактика“ по съответния договор за медицинска застраховка профилактични прегледи и изследвания;

4. Да откаже на Застрахования или на Застрахователя искана от тях информация в случаите, в които същите

the health insurance contract has been signed and under which they can exercise their rights under it as well as of any change to the list of providers of health care and/or suppliers of health care goods as initially attached to the contract, of which change the Insuring Party has been informed by the Insurer, or which is reflected in Insurer's website;

3. To hand over to the Insured persons, including the Insured persons' family members joined to the health insurance contract, the personal health card issued intended for each of them and issued by the Insurer after the receipt thereof from the Insurer;

4. To keep the trade secret of the Insurer and not to make known to third parties any circumstances related to the conclusion of the respective contract.

**Article 36.** The Insuring Party may not:

1. demand from the Insurer information about the health status of the persons insured by him and the insured members of their families and ensure that such information is kept secret in case where the Insuring Party is the intermediary upon its delivery from the Insurer to the Insured.

**Article 37.** The Insurer shall not be guilty of or liable for and no payments may be claimed from him in case of default on any of the obligations on the part of the Insuring Party under article 34 of these General Terms and Conditions, as a result of which the Insured or a member of his/her family has been unable to exercise his/her rights under the health insurance contract and/or has exercised them in a manner, which, according to the health insurance contract and these General Terms and Conditions, excludes the possibility of Insurer's fulfilling his obligation to financially provide for the expenses incurred.

## 11. Insurer's Rights and Obligations

**Article 38.** The Insurer shall have the right:

1. To receive the insurance premium due under the contract to the amount and within the terms stated therein, including the premium due for the joined family members of the Insured persons and the premium due as a result of the extension of the coverage or the equalization due to a change of the number of the Insured persons, and to apply article 22, paragraph 2 and article 23 of these General Terms and Conditions in case of default.

2. To make changes to the list of providers of health care and/or suppliers of health care goods by informing the Insuring Party / the Insured and by timely announcing them on its website;

3. To arrange for the preventive examinations and tests included in the coverage of the "Prevention" package under the respective health insurance contract to be carried out;

4. To deny to the Insured or the Insuring Party the information requested by them in the cases where they do

нямат право да я получат, съгласно закона, договора и тези „Общи условия“;

5. Да проверява документите и фактите по претенциите за възстановяване на разходи на Застрахованите и да изисква по реда на чл. 47 представянето на редовни, съгласно договора и тези „Общи условия“, документи.

**Член 39.** Застрахователят има право да откаже финансовото обезпечаване и заплащане на здравните услуги и/или здравни стоки, ползвани и/или закупени от Застрахования или възстановяването в пари на извършени от него разходи за такива здравни услуги и/или здравни стоки в следните случаи:

1. Когато по договор за медицинска застраховка е уговорена форма на финансово обезпечаване на риска на принципа на предоставяне на услуги чрез изпълнители, с които Застрахователят има сключен договор, а Застрахованият предявява възстановяване на разходите;
2. Застрахованият не е имал право да ползва и/или да закупува медицински услуги и/или стоки;
3. персоналната здравна карта на Застрахования е била с изтекъл срок към момента на ползването на съответната здравна услуга и/или закупуването на съответната медицинска стока или Застрахованият не се е легитимирал с персоналната си здравна карта, или се е легитимирал със здравната карта на друго лице;
4. Застрахованият е ползвал и/или закупил здравни стоки и/или услуги, които са изключени от покритие, съгласно договора за медицинска застраховка и Раздел 6 на настоящите „Общи условия“;
5. Ползваните и/или закупените от Застрахования здравни услуги и/или стоки са извън обхвата и обема на здравните пакети, съгласно договора за медицинска застраховка, или са извън лимита на отговорност на Застрахователя, посочен в договора за медицинска застраховка;
6. Застрахованият/Застрахованият не е платил дължимата застрахователна премия /при договорено еднократно плащане/, или съответната поредна вноска от нея /ако е договорено разсрочено плащане/, поради което договора за медицинска застраховка не е влязъл в сила или са настъпили последиците по чл. 22, ал. 2 от тези „Общи условия“;
7. Ползването и/или закупуването от Застрахования на здравни услуги и/или стоки извън срока на договора /независимо, че персоналната здравна карта, ако Застрахования има такава, не е върната на Застрахователя/;
8. Застрахованият е предявил претенцията си по чл. 46, ал. 1 след изтичането на предвидения за това срок;
9. Застрахованият не е представил всички необходими и изискуеми документи, съгласно договора за медицинска застраховка и чл. 46 от настоящите „Общи условия“, включително и в допълнително представения му от Застрахователя срок по чл. 46;

not have the right to receive it according to the law, the contract and these General Terms and Conditions;

5. To check the documents and the facts under the claims for reimbursement of expenses of the Insured persons and to demand, subject to the procedure stipulated in article 47, the submission of regular documents according to the contract and these General Terms and Conditions .

**Article 39.** The Insurer shall have the right to refuse to financially provide for and pay the health care services and/or health care goods used and/or purchase by the Insured or to reimburse in cash the expenses incurred by the Insured for such health care services and/or health care goods in the following cases:

1. Where a form of financial provision for the risk has been agreed upon under a health insurance contract based on the principle of provision of services via providers with whom the Insurer has concluded contracts and the Insured claims reimbursement of expenses;
2. The Insured has not been entitled to use and/or purchase the health care services and/or goods;
3. the personal health card of the Insured was expired as at the time of using the respective health care service and/or of purchasing the respective medical goods or the Insured has not established his/her identity by means of his/her personal health card, or has established his/her identity by means of another's health card;
4. The Insured has used and/or purchased health care goods and/or services, which are excluded from coverage according to the health insurance contract and Section 6 of these General Terms and Conditions;
5. The health care services and/or health care goods used and/or purchased by the Insured are out of the scope and volume of the health care packages according to the health insurance contract, or are out of the limit of liability of the Insurer specified in the health insurance contract;
6. The Insured / The Insuring Party has not paid the insurance premium due (in case that a one-off payment has been agreed), or the respective installment thereof in turn (if payment in installments has been agreed) whence the health insurance contract has not taken effect or the consequences under article 22, paragraph 2 of these General Terms and Conditions have occurred;
7. The use and/or purchase by the Insured of health care services and/or health care goods beyond the term of the contract (regardless of the fact that the personal health card, if the Insured has one, has not been returned to the Insurer);
8. The Insured has made his/her claim under article 46, paragraph 1 after the expiry of the term stipulated for that;
9. The Insured has not submitted all necessary and required documents according to the health insurance contract and article 46 of these General Terms and Conditions, including within the additional term under article 46 extended to him/her by the Insurer;

10. При наличието на основание, предвидено в настоящите „Общи условия“, в закон или друг нормативен акт, или уговорено в договора за медицинска застраховка.

**Член 40.** Застрахователят е длъжен да поддържа информационна система и да въвежда, съхранява и обработва в информационната си система необходимите за обслужването на договора за медицинска застраховка данни. Информационната система съдържа данни за внесените застрахователни премии и за размера на ползваните и/или закупени от Застрахованите здравни услуги и/или здравни стоки;

**Член 41.** Застрахователят е длъжен:

1. При осъществен риск по този договор, финансово да обезпечи и заплати здравните услуги и/или медицинските стоки, ползвани и/или получени от Застрахования на принципа на предоставяне на съответните стоки и услуги чрез изпълнители, с които Застрахователят има сключен договор или да възстанови на Застрахования разходите направените от него за ползваните на здравни услуги и/или медицински стоки при спазването на условията на закона, договора за медицинска застраховка и тези „Общи условия“;
2. В съответствие с чл. 12 от тези „Общи условия“ да издаде персонална здравна карта на всеки Застрахован или чрез Застраховачия да я предаде на Застрахования при спазване условията на настоящите „Общи условия“;
3. Да предоставя на Застраховачия и на Застрахованите всяка информация или данни, която съгласно договора и настоящите „Общи условия“, те имат право да получат и по реда, предвиден за това в договора и тези „Общи условия“;
4. По реда, установен в договора и тези „Общи условия“, да отговаря на запитванията, молбите и възраженията на Застрахования/Застраховачия;
5. Да пази личната/търговската тайна на Застрахования/Застраховачия и да не прави достояние пред трети лица под каквато и да било форма, всякаква информация, свързана със сключването на договор за застраховка, съдържанието и/или изпълнението на съответния договор или всякаква информация или данни за Застраховачия или за Застрахованите, които са му станали известни във връзка с преговорите, сключването и/или изпълнението на договора;
6. Да пази в пълна тайна и да не предоставя под никаква форма, в това число и на Застраховачия, каквато и да било информация, свързана със здравния статус на Застрахования;
7. Да съхранява и обработва данните и информацията, съставляващи лични данни на Застрахованите при спазване изискванията на Закона за защита на личните данни.

**12. Взаимоотношение при настъпване на застрахователно събитие и процедура за ползване на здравните услуги – съгласно Механизъм за ползване на здравни услуги, Приложение № 1 към**

10. If there is a reason stipulated in these General Terms and Conditions, in a law or other statutory act, or one agreed in the health insurance contract.

**Article 40.** The Insurer shall be obliged to maintain an information system and to input, store and process in his information system the contact data necessary for the servicing of the health insurance contract. The information system shall contain data about the paid insurance premiums and about the amount of the health care services and/or health care goods used and/or purchased by the Insured persons;

**Article 41.** The Insurer shall be obliged:

1. If a risk under this contract materializes, to financially provide for and pay the health care services and/or medical goods used and/or received by the Insured based on the principle of provision of the respective goods and services via providers with whom the Insurer has concluded contracts or to reimburse to the Insured the expenses incurred by him/her for the use of health care services and/or health care goods subject to the fulfillment of the conditions of the law, the health insurance contract and these General Terms and Conditions;
2. In accordance with article 12 of these General Terms and Conditions, to issue a personal health card to each Insured or to deliver it via the Insuring Party to the Insured subject to the fulfillment of the conditions of these General Terms and Conditions;
3. to provide the Insuring Party and the Insured persons with any information or data, which they are entitled to receive under the contract and these General Terms and Conditions and subject to the procedure stipulated for that in the contract and these General Terms and Conditions;
4. Subject to the procedure established in the contract and these General Terms and Conditions, to respond to inquiries, requests and objections of the Insured / the Insuring Party;
5. To keep the personal/trade secret of the Insured / the Insuring Party and not to make available to third parties in any form whatsoever any information related to the conclusion of an insurance contract, the contents and/or the performance of the respective contract or any information or data about the Insuring Party or the Insured persons which have become known to the Insurer in relation to the negotiations, conclusion and/or performance of the contract;
6. To keep in absolute secrecy and not to make available in any form, including to the Insuring Party, any information related to the health status of the Insured;
7. To keep and process the data and information being personal data of the Insured persons subject to the fulfillment of the requirements of the Personal Data Protection Act.

**12. Relationship upon the occurrence of an insured event and procedure for using health care services: as per the Mechanism of using health care services, Appendix No. 1 to these GTC.**



настоящите ОУ.

### **13. Форми на финансово обезпечаване на покритите рискове и механизъм за ликвидация**

**Член 42. (1)** В случаите на финансово обезпечаване чрез предоставяне ползването на съответните услуги и стоки чрез изпълнители, с които Застрахователя има сключен договор, при настъпване на предвидените в договора за медицинска застраховка рискове, Застрахователят осигурява на Застрахованите лица ползването на здравни услуги и/или стоки, в съответствие с посочените в договора, здравни пакети и обеми по тях, до уговорения лимит, обхват и обем. В този случай финансовите отношения между Застрахователя и съответния изпълнител се уреждат директно между тях.

**(2)** Претенциите за плащане на използваните от застрахованите лица здравни услуги чрез изпълнителите на здравни услуги, се подават от изпълнителите въз основа на отчет спецификация от лечебното заведение. Към спецификацията се предоставя обобщена фактура. Извършените здравни услуги, съгласно предоставената фактура и спецификация се доказват с представяне на медицинска документация – амбулаторни листове, резултати от изследвания, бланки, епикризи, профилактични карти и т.н. Лечебните заведения предявяват претенциите си за плащане съгласно договорените със Застрахователя в договора цени.

**(3)** Застрахованото лице е длъжно да уведоми Застрахователя в срок от 15 дни, от регистрацията на бременността от АГ специалист, тъй като бременността има характера на новонастъпило обстоятелство съгласно чл. 365 от КЗ.

**Член 43. (1)** Изборът и начина на лечение, постановяване на диагнозата на Застрахования и извършваните медицински процедури, както и спазването на правата на пациентите са задължение и отговорност единствено на компетентните медицински специалисти в лечебните заведения.

**(2)** Здравните услуги и/или стоки, както и изследванията, подлежащи на финансово обезпечаване по тези „Общи условия“ следва да са назначени и предоставени от лекари в лечебни заведения регистрирани по реда на Закона за лечебните заведения.

**Член 44.** Застрахователят не е изпълнител и доставчик на здравни услуги и/или стоки и не може да носи отговорност за качеството на предоставяните от изпълнителите медицинските услуги. При възникнали проблеми Застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ.

**Член 45.** По пакет „Профилактика“ Застрахователят организира провеждането на включените в покритието на пакета по съответния застрахователен договор

### **13. Forms of financial provision for the risks covered and mechanism of claims settlement**

**Article 42. (1)** In the cases of financial provision by making available the use of the respective services and goods via providers with whom the Insurer has concluded contracts, upon the occurrence of the risks stipulated in the health insurance contract the Insurer shall ensure that the Insured persons can use the health care services and/or goods in accordance with the health care packages and volumes under them specified in the contract up to the agreed limit, scope and volume. In such case the financial relations between the Insurer and the respective provide shall be settled directly between themselves.

**(2)** The claims for payment of the health care services used by the Insured persons via providers of health care shall be submitted by the providers based on a report-specification from the health care facility. A summarized invoice shall be attached to the specification. The health care services provided under the submitted invoice and specification shall be proven by submission of medical documentation – outpatient records, results of tests, sample forms, epicrises, prevention cards, etc. The health care facilities shall submit their claims for payment as per the prices agreed with the Insurer in the contract.

**(3)** The Insured person shall be obliged to notify the Insurer within 15 days as from the registration of pregnancy by an obstetrics and gynecology specialist as pregnancy is of the nature of a newly-occurred circumstance under article 365 of the Insurance Code.

**Article 43. (1)** The choice and manner of treatment, making the Insured's diagnose and the medical procedures being carried out as well as respecting patients' rights shall be an obligation and responsibility solely of the competent medical specialists at health care facilities.

**(2)** The health care services and/or goods as well as the tests subject to financial provision under these General Terms and Conditions must be prescribed and provided by physicians at health care facilities registered subject to the procedure stipulated in the Health Care Facilities Act.

**Article 44.** The Insurer is not a provider or a supplier of health care services and/or goods and may not bear responsibility for the quality of the services provided by the providers of health care. If any problems occur the Insurer may assist for the clarification of their causes as far as he is permitted to do so under the conditions of the contract with the respective providers of health care.

**Article 45.** Under the “Prevention” package the Insurer shall arrange for the preventive examinations and tests included in the coverage of the package under the

профилактични прегледи и изследвания на всички Застраховани лица при точно определени от него изпълнители на медицинска помощ.

**Член 46.** В случай, че Застрахованият не представи всички изискуеми документи към претенцията, или някой/и от представените документи не отговарят на нормативните изисквания, или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят, в срок от 15 работни дни от получаването на претенцията, писмено известява Застрахования и го поканва да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените такива, за което му предоставя допълнителен 15 дневен срок. Срокът започва да тече, считано от датата на получаване на писменото известие. Застрахователят уведомява Застрахования в срок от 15 дни след постъпване на всички необходими документи или след отстраняване на непълнотите и неточностите във вече представените такива към претенцията на застрахованото лице за взетото решение да възстанови или да не възстанови разходите.

**Член 47.** Претенцията за възстановяване на разходи и приложените към нея документи /независимо от техния вид - медицински или финансови/ не подлежат на връщане на Застрахования, дори плащането по претенцията да е изцяло или частично отказано. Връщане на документи е възможно, но само въз основа на изрично писмено искане от Застрахования, отправено до Застрахователя, като в този случай документите се предават на Застрахования с приемо-предавателен протокол, а към преписката по молбата се прилагат заверени копия на върнатите документи.

**Член 48.** Застрахованият няма право на възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или здравни стоки, които са изключени от покритие съгласно договора за медицинска застраховка и тези „Общи условия“ или излизат извън обхвата и обема на здравните пакети и опциите по тях, или излизат извън лимита на отговорност на Застрахователя по съответния здравен пакет и обем, посочени в договора.

**Член 49. (1)** Застрахователят обезпечава финансово и възстановява разходи само за здравни услуги и/или стоки, необходимостта за ползването, на които е възникнала през срока на договора за медицинска застраховка и те са ползвани и/или закупени от Застрахования в срока на действие на договора. При направени разходи за лекарствени средства, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато лекарствените средства са закупени не по-късно от 7 дни след датата на изписването им, но само за срока на действие на договора за медицинска застраховка.

**(2)** При претенция от страна на Застрахования за възстановяване на направени разходи за закупуване на лекарствени средства, в количество необходимо за лечение за срок по - дълъг от 30 дни, на възстановяване подлежат

respective insurance contract to be made for all Insured persons at precisely the providers of health care determined by the Insurer.

**Article 46.** In case that the Insured fails to submit all required documents to the claim, or any of the submitted documents does not meet the statutory requirements, or is incomplete and does not provide the Insurer with sufficient data to make a decision under the claim, the Insurer shall inform the Insured in writing within 15 working days as from the receipt of the claim and shall invite him/her to submit the documents not submitted, or to make good the incompleteness or inaccuracy in the documents having already been submitted by extending an additional period of 15 days for the Insured to do so. The period shall commence as from the date of receipt of the written notice. The Insurer shall notify the Insured within a period of 15 days after the receipt of all necessary documents or after making good the incompleteness and inaccuracies in the documents having already been submitted with the insured person's claim concerning the decision made to reimburse or not to reimburse the expenses.

**Article 47.** The claim for reimbursement of expenses and the documents attached thereto (regardless of their type – whether medical or financial) may not be returned to the Insured, even if the payment under the claim is refused in full or in part. Documents may be returned but only based on an explicit written request sent by the Insured to the Insurer as in such case the documents shall be delivered to the Insured by means of a certificate of acceptance and delivery and copies of the returned documents are attached to the case-file under the request.

**Article 48.** The Insured shall not have the right to reimbursement of expenses for used health care services and/or health care goods, which are excluded from coverage under the health insurance contract and these General Terms and Conditions or which go beyond the scope and the volume of the health care packages and the options under them, or which go beyond the limit of liability of the Insurer under the respective health care package and volume specified in the contract.

**Article 49. (1)** The Insurer shall financially provide for and reimburse expenses only for health care services and/or health care goods the need of the use of which has occurred during the term of the health insurance contract and which have been used and/or purchased by the Insured during the term of the contract. When expenses are incurred for medicinal products prescribed by a physician the insured person shall have the right to demand the reimbursement thereof only in the cases where the medicinal products have been purchased not later than 7 days after the date of prescription but only for the effective term of the health insurance contract.

**(2)** In case of a claim by the Insured for reimbursement of expenses incurred for purchase of medicinal products to a quantity necessary for treatment for a period longer than 30 days only the portion of the expenses corresponding to

само тази част от разходите, които съответстват на количество, необходимо за лечение за срок от 30 дни.

**Член 50.** Застрахователят проверява претенцията и приложените към нея документи и определя размера на сумата за възстановяване, като го намалява с уговореното в договора самоучастие на Застрахования, в случай, че страните са договорили самоучастие.

**Член 51. (1)** Застрахователят е длъжен да плати определения от него, в съответствие с договора за медицинска застраховка и тези „Общи условия“, размер за възстановяване на разходите на Застрахования, в срок до 15 дни от датата на получаване на претенцията /датата на получаване на входящ номер/, ако същата е окомплектована, съгласно настоящите „Общи условия“, а в случаите по чл. 47 от настоящите „Общи условия“ – в срок до 15 дни от датата на представяне на последния необходим за преценката на претенцията документ. Плащането за възстановяване на разходи се извършва по посочената от Застрахования в неговата претенция банкова сметка.

**Член 52.** Застрахователят отказва финансовото обезпечаване на здравни услуги, когато:

1. Ползваните здравни услуги са изключени от покритие, съгласно настоящите „Общи условия“ и/или договора и пакета и лимита по тях;
2. При непредставяне на валидна здравна карта и валидна лична карта;
3. Както и в случаите, когато за застрахованото лице е изчерпан застрахователния лимит.

**Член 53.** Застрахователят отказва възстановяване на разходите на застрахованото лице, за всякакви ползвани здравни услуги и/или закупени здравни стоки, когато:

1. Ползваните и/или закупените здравни услуги и/или стоки излизат извън обхвата и обема на здравните пакети, съгласно договора за медицинска застраховка или излизат извън лимита на отговорност на Застрахователя, посочен в договора;
2. Разходите са направени за здравни услуги и/или стоки, които са изключени от покритие съгласно договора за медицинска застраховка и Раздел 6 на тези „Общи условия“;
3. Застрахованият е предявил претенцията за възстановяване на разходи след изтичането на предвидения в чл. 46, ал.1 от настоящите „Общи условия“ срок за това;
4. Застрахованият не е представил всички необходими и изискуеми, съгласно договора за медицинска, доказващи претенцията му, включително и в допълнително предоставения му от Застрахователя срок по чл. 46.

#### **14. Заключителни разпоредби**

##### **Известия по застрахователния договор**

**Член 54. (1)** Всички декларации и уведомления между страните по договора, трябва да са в писмен вид.

(2) При промяна в името на Застрахования или на

a quantity necessary for treatment for a period of 30 days shall be reimbursable.

**Article 50.** The Insurer shall check the claim and the documents attached thereto and shall determine the amount of the sum for reimbursement by reducing it by the deductibles of the Insured agreed in the contract in case that the parties have agreed deductibles.

**Article 51. (1)** The Insurer shall be obliged to pay the amount of the expenses of the Insured to be reimbursed as determined by the Insurer in accordance with the health insurance contract and these General Terms and Conditions within 15 days as from the date of receipt of the claim (the date of receipt of incoming reference number) if the same is complete as per these General Terms and Conditions, and in the cases under article 47 of these General Terms and Conditions – within 15 days as from the date of submission of the last document needed for the assessment of the claim. The payment for reimbursement of expenses shall be made to the bank account specified by the Insured in his/her claim.

**Article 52.** The Insurer shall refuse to financially provide for health care services where:

1. The health care services used are excluded from coverage under these General Terms and Conditions and/or the contract and the package and the limit thereunder;
2. A valid health card and a valid ID card is not presented;
3. as well as in cases where the insurance limit for an insured person has been exhausted.

**Article 53.** The Insurer shall refuse to reimburse the expenses of the insured person for any health care services used and/or health care goods purchased where:

1. the health care services and/or health care goods used and/or purchased go beyond the scope and the volume of the health care packages under the health insurance contract or go beyond the limit of liability of the Insurer specified in the contract;
2. the expenses have been incurred for health care services and/or health care goods, which are excluded from coverage under the health insurance contract and Section 6 of these General Terms and Conditions;
3. The Insured has submitted his/her claim for reimbursement of expenses after the expiry of the term for doing so stipulated in article 46, paragraph 1 of these General Terms and Conditions;
4. The Insured has not submitted all [?] necessary and required under the contract for medical [?] proving his/her claim including within the additional period extended to him/her by the Insurer under article 46.

#### **14. Final Provisions**

##### **Notices under the insurance contract**

**Article 54. (1)** All statements and notices between the parties under the contract must be in writing.

(2) If the name of the Insuring Party or of the insured

застрахованото лице или на посочения в застрахователния договор адрес, същите са длъжни в срок до една седмица да уведомят Застрахователя за настъпилата промяна.

(3) Всяко уведомление или друга писмена информация, изпратена от застрахователя на посочения в застрахователния договор адрес за кореспонденция и не получена по причина извън контрола на застрахователя, ще се счита за валидно получена от адресанта на 5 ден от изпращането им, от който момент волеизявлението влиза в сила.

#### **Давност и подсъдност**

**Член 55. (1)** Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на 5 години от датата на настъпване на застрахователното събитие. Когато претенция е заявена пред Застрахователя, давността се преустановява до постъпване на писмено решение на Застрахователя.

(2) 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 Застрахования 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.

#### **15. Допълнителни разпоредби**

**Член 56. (1)** В случай на заболяване или злополука застрахованото лице е длъжно да положи всякакви усилия своевременно, за да ограничи последиците от събитието.

(2) Застрахователят има право, чрез своите медицински експерти, да прегледа всяко застраховано лице, когато и толкова често, колкото може разумно да поиска това в рамките на срока за произнасянето по подадено от застрахованото лице заявление за застрахователно плащане.

(3) Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към Застрахования, се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на Застрахователя. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на Застрахования.

**Член 57.** Съобщенията към Застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса за кореспонденция на Застрахователя.

(1). За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Това правило не се

person or the address specified in the insurance contract is changed the Insuring Party or the insured person shall be obliged to notify the Insurer of the occurred change within one week.

(3) Any notice or other written information sent by the insurer to the correspondence address specified in the insurance contract and not received for any reason beyond the insurer's control shall be deemed validly received by the addressee on the fifth day after sending them and the statement of will shall take effect as from that moment.

#### **Prescription and Jurisdiction**

**Article 55. (1)** All rights arising out of the concluded insurance contracts shall be extinguished by prescription after the expiry of 3 years as from the date of occurrence of the insured event. Where a claim is made to the Insurer the prescription shall be discontinued until Insurer's written decision is entered.

(2) The insurer shall not owe interests for any installments of the insurance premium, which have been erroneously calculated or paid by the Insured as well as for untimely received amounts and indemnities.

(3) The disputes arising under the insurance contracts between the Insurer, on the one hand, and the Insuring Party or the insured person, on the other hand, shall be settled voluntarily. In the cases where the disputes can not be settled voluntarily they shall be settled as per the relevant procedure by a competent Bulgarian court.

#### **15. Additional Provisions**

**Article 56. (1)** In case of disease or accident the insured person shall be obliged to timely make any efforts to limit the consequences of the event.

(2) The Insurer shall have the right to examine, via his medical experts, each insured person whenever and as often as he may reasonably request to do so within the term for pronouncement on the application for payment of insurance benefits filed by the insured person.

(3) All communications to be addressed to the Insuring Party shall be sent to the address most recently communicated in writing by the Insuring Party to the Insurer. It shall be deemed that the Insurer has fulfilled his obligation to give notice if he has sent the communication to Insuring Party's last known address.

**Article 57.** The communications to the Insurer must be sent/submitted in writing to Insurer's correspondence address.

(1). The date of receipt of the notice shall be deemed date of notifying. This rule shall not apply if the Insuring Party

прилага, когато Застраховачият не е уведомил Застрахователя за текущия си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на съобщението.

**Член 58.** В случай на загубване или унищожаване на полицата, Застраховачият трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застраховачият получава копие срещу декларация за невалидност на изгубения/унищожения екземпляр и срещу платена такса в размер на 15 (петнадесет) лева.

**Член 59.** Личните данни, получени във връзка със застрахователния договор, се използват от Застрахователя за подготвяне и обслужване на този договор. Застрахователят няма право без съгласие на съответното лице да разгласява станалите му известни лични данни, освен в случаите, предвидени със закон, или при предотвратяване на застрахователни измами.

**Член 60.** Застрахованият се съгласява Застрахователят да получава информация от медицински и други органи и лица във връзка със здравословното му състояние.

**Член 61.** На основание чл. 18, ал. 1 от Закона за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Застраховачия и застрахования, че: 1). Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни. 2). Предоставените от тях лични данни се използват от Застрахователя за целите на: сключването и изпълнението на договори; реализация на законните права и интереси на Застрахователя във връзка със сключените договори. 3). При наличие на изрично съгласие, личните им данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни" по смисъла на §1, т. 3 от ЗЗЛД; на трети лица за нуждите на директния маркетинг; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели; на трети лица съгласно договореното между страните. 4). Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за предоставянето им е основание за Застрахователя да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси. 5). Всяко лице, предоставило личните си данни, има право на достъп до тях, както и право да иска коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.

**Член 62.** В случай, че покритията по застрахователен договор, сключен по тази застраховка, са покрити и от друг застрахователен договор/и, сключен/и с по-ранна дата, застрахователният договор покрива само

has not notified the Insurer of his current address. In such case the date when the communication is sent shall be deemed date of notifying.

**Article 58.** In case that the policy is lost or destroyed the Insuring Party must immediately inform the Insurer in order that the former be issued a copy. The Insured shall receive the copy against a declaration of invalidity of the lost/destroyed document and against the payment of a fee to the amount of BGN 15 (fifteen Bulgarian leva).

**Article 59.** Personal data obtained in relation to the insurance contract shall be used by the Insurer for preparation and servicing of this contract. The Insurer may not disclose the personal data having become known to him without the consent of the respective person except for cases stipulated in the law, or upon prevention of insurance fraud.

**Article 60.** The Insured agrees that the Insurer may receive information from medical and other authorities and persons in relation to his/her health condition.

**Article 61.** On the grounds of article 18, paragraph 1 of the Personal Data Protection Act, the Insurer shall notify the Insuring Party and the insured that: 1). the Insurer is registered as a personal data controller with the register kept by the Personal Data Protection Commission. 2). The personal data submitted by them are used by the Insurer for the purposes of: conclusion and performance of contracts; exercising of the lawful rights and interests of the Insurer in relation to the concluded contracts. 3). If there is an explicit consent their personal data may be disclosed to the following categories of recipients: persons having the capacity of "processor of personal data" within the meaning of §1, item 3 of the Personal Data Protection Act; to third parties for the needs of direct marketing; to third parties, institutions or organizations in the cases where the disclosure is made by virtue of an explicit statutory provision; to third parties for strategic purposes; to third parties as agreed by the parties. 4). The submission of personal data is entirely voluntary in nature. The refusal to submit them is a reason for the Insurer to refuse to enter into contract or to take another action in case that the absence of such data prevents him from carrying out an objective assessment of the risk from the transaction or otherwise threatens the realization of his lawful interests. 5). Any person who has submitted his/her personal data have the right to access them as well as the right to request them to be corrected subject to the procedure and the conditions stipulated in the Personal Data Protection Act.

**Article 62.** In case that the coverages under an insurance contract entered into under this insurance are also covered by another insurance contract(s) entered into on an earlier date the insurance contract shall cover only the amount in

превишението над покритието, което е осигурено от другия/те застрахователен договор/и. Застрахованото лице е длъжно да уведоми Застрахователя за наличие на друг застрахователен договор.

**Член 63.** Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение - пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

**Член 64.** Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

## 16. Дефиниции:

**БОЛНИЧНА ПОМОЩ** е медицинската помощ оказана в лицензирано многопрофилно или специализирано лечебно заведение. Не се счита за болнична помощ медицинската помощ оказана в санаториуми, профилакториуми, домове за социални грижи и други подобни, както и домашното и амбулаторно лечение и това по режима на дневен стационар.

**ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** е комплекс от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ.

**ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ** е физическо или юридическо лице, което в съответствие със закона има право да извършва здравни услуги и е в договорни отношения със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

**МЕДИЦИНСКИ ПОКАЗАНИЯ** е съвкупност от анемнестични, диагностични, клинично-лабораторни и функционални критерии и показатели, с помощта, на които се поставя диагнозата и се предписва лечение.

**МИНАЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** са заболявания или телесни увреждания, които са съществували преди сключване на застрахователния договор. За такива се считат всички състояния, които по своето същество са предполагали получаването на медицинска помощ за поставяне на диагноза и лечение, независимо дали е потърсена и/или е получена такава.

**ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ** е сумата, която Застрахователят /физическо или юридическо лице/ заплаща /дължи/ на Застрахователя, срещу която Застрахователя покрива договорените рискове.

**ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ** представлява фиксирана парична сума, обезщетение или комбинация от двете.

**ПАКЕТ** са определен обем от медицински и здравни дейности и услуги включващи: лекарски прегледи, клинично-лабораторни и функционални изследвания и манипулации, медикаменти и помощни средства за

excess of the coverage ensured by the other insurance contract(s). The Insured person shall be obliged to notify the Insurer of the existence of another insurance contract.

**Article 63.** Any disputes between the parties shall be settled by mutual consent and if no agreement is reached at the disputes shall be settled before the competent Bulgarian court. Bulgarian law shall apply.

**Article 64.** Any subsequent amendments and supplementations of these General Terms and Conditions shall take effect only for insurance contracts entered into after the date of such change and shall not be reflected in the pre-existing ones unless so required by a change to a statutory act or unless the parties agree otherwise.

## 16. Definitions:

**“INPATIENT CARE”** means medical care provided at a licensed general hospital or specialized healthcare facility. Medical care provided at sanatoriums, preventive care clinics, nursing homes and others suchlike as well as home care and outpatient care and care under a daytime children inpatient regime are not considered inpatient care.

**“OUTPATIENT HEALTH CARE”** means a complex of diagnostic, treatment and rehabilitation activities and services provided at health facilities for outpatient care.

**“PROVIDER OF HEALTH CARE SERVICES”** means a natural or legal person who has the right to carry out health care services in accordance with the law and has contractual relations with the INSURER.

**“MEDICAL INDICATIONS”** means a set of medical history, diagnostic, clinical & laboratory and functional criteria and indicators by means of which the diagnosis is made and treatment is prescribed.

**“PAST ILLNESS”** means diseases or bodily harm existing before the conclusion of the insurance contract. All conditions, for which, due to their nature, it is presumed that health care has been obtained in order to be diagnosed and treated, regardless of whether such care has been sought and/or obtained.

**“INSURANCE PREMIUM”** means the sum paid/owed by the Insuring Party (natural or legal person) to the Insurer in consideration of which the Insurer covers the agreed risks.

**“INSURANCE PAYMENT”** means a fixed cash sum, benefit or a combination of both.

**“PACKAGE”** means a defined volume of medical and healthcare activities and services including: medical examinations, clinical and laboratory and functional tests and manipulations, medications and auxiliary products for

профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация, които се покриват изцяло или частично от Застрахователя при условията на договора за медицинска застраховка, приложенията и анексите към него и тези „Общи условия“.

**ЛИЧНИ ДАННИ** са данните и информацията за лицата, които съставляват лични данни, съгласно Закона за защита на личните данни.

**САМОУЧАСТИЕ** е тази част от разходите за здравни стоки и/или услуги, която Застрахования заплаща за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от Застрахователя. Размерът на самоучастието се посочва в договора.

**"АБОНАМЕНТНО ОБСЛУЖВАНЕ"** е форма на изпълнение на медицинска застраховка "Токуда Здраве", при която застрахованите лица ползват само лечебни заведения от списъка на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**;

**"ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ"** е форма на здравно застраховане при която застрахованите лица заплащат за ползваните здравни услуги, след което **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** им възстановява разходи съгласно условията на договора;

**"ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА"** е договор, по силата на който **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** поема определен застрахователен риск срещу платена застрахователна премия и се задължава да изплати застрахователна сума /обезщетение/ в случай на настъпване на застрахователно събитие. Договорът за медицинска застраховка включва: общи и специални условия, пакети здравни услуги, декларация за здравословно състояние, декларация за ползване на лични данни, тарифа, както и всички анекси, които съдържат договорените от двете страни изменения по договора;

**"ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ"** е лечебно заведение, създадено на територията на Република България по реда на Закона за лечебните заведения **"ЗАСТРАХОВАН"** е физическо лице, в полза на което има сключен договор за медицинска застраховка **"ЗАСТРАХОВАТЕЛ"** е "Токуда Здравно Застраховане".

**"ЗАСТРАХОВАЩ"** е юридическо лице, едноличен търговец или физическо лице, което сключва договор за медицинска застраховка и заплаща застрахователни премии. **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** и **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** могат да бъдат едно и също или различни лица **"ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК"** е обективно съществуваща вероятност от настъпване на заболяване, осъществяването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на **ЗАСТРАХОВАНИЯ**

**"ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ"** е настъпването на покрит здравен риск в срока на действие на договора за медицинска застраховка

prevention, diagnostics, treatment and rehabilitation that are covered fully or partially by the Insurer subject to the conditions of the health insurance contract, the appendices and annexes thereto and these General Terms and Conditions.

**"PERSONAL DATA"** means the data and information about the persons which are personal data under the Personal Data Protection Act.

**"DEDUCTIBLES"** means the portion of the expenses for health care goods and/or services, which is paid by the Insured at his/her own expense and which is not reimbursable by the Insurer. The amount of the deductibles is specified in the contract;

**"SUBSCRIPTION SERVICE"** means a form of implementation of "Tokuda Zdrave" health insurance where the insured persons use only health care facilities from INSURER's list;

**"REIMBURSEMENT OF EXPENSES"** means a form of health insurance where the insured persons pay for the used health care services and then the INSURER reimburses them expenses as per the conditions of the contract;

**"HEALTH INSURANCE CONTRACT"** means a contract by virtue of which the INSURER assumes certain insurance risk for the consideration of a paid insurance premium and is obliged to pay a sum insured (benefit) in case of occurrence of an insured event. The health insurance contract includes: general and special terms and conditions, packages of health care services, a statement on health condition, a declaration on the use of personal data, a tariff as well as all annexes containing the amendments to the contract agreed by the parties;

**"PROVIDER OF HEALTH CARE SERVICES"** means a health care facility established on the territory of the Republic of Bulgaria subject to the procedure stipulated in the Health Care Facilities Act;

**"INSURED"** means a natural person to the benefit of whom there is a concluded health insurance contract;

**"INSURER"** means Tokuda Health Insurance JSC;

**"INSURING PARTY"** means a legal person, a sole trader or a natural person who concludes a health insurance contract and pays insurance premiums. The INSURED and the INSURING PARTY may be the same person or may be different persons;

**"INSURANCE RISK"** means an objectively existing probability of the occurrence of a disease whose realization is uncertain, unknown and independent from the will of the INSURED;

**"INSURED EVENT"** means the occurrence of a covered health risk within the effective term of the health insurance contract;

"ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД" е периодът от деня и часа, определени за начало в договора за медицинска застраховка до деня и часа, в който изтича срока на договора

"ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ" е сумата, която ЗАСТРАХОВАНИЯТ/ ЗАСТРАХОВАЩИЯТ заплаща на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ срещу задълженията на последния по договора за медицинска застраховка

"ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА" (лимит на отговорност) е договорената или определената с нормативен акт и посочена в договора за медицинска застраховка парична сума, представляваща горна граница на отговорността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към ЗАСТРАХОВАНИЯ

"ПАКЕТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ" е група от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които се покриват от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ при условия и по ред, регламентирани в договора за медицинска застраховка и за които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ притежава лиценз съгласно Кодекса за застраховане.

"МЕДИЦИНСКО ИЗДЕЛИЕ" при болнично лечение е медицинско изделие и лекарствен продукт, което НЗОК не заплаща или частично заплаща при болнично лечение по клинична пътека

"САМОУЧАСТИЕ" в направените разходи е част от покритите по застраховката разходи за ползвани здравни услуги, лекарствени продукти и медицински изделия в случай на заболяване в срока на договора, която ЗАСТРАХОВАНИЯТ плаща за своя сметка в момента на получаването им. За малолетни и непълнолетни ЗАСТРАХОВАНИ самоучастието се дължи от техните законни представители /родители/, настойници или попечители

"ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВО" са съпруг, съпруга, партньор, партньорка и деца, учащи се до 25-годишна възраст, които са с непрекъснати права по задължителното здравно осигуряване

"ТАРИФА" е размера на застрахователната премия за един или няколко Пакета здравни услуги, диференцирана според броя на пакетите, броя на застрахованите лица и други фактори.

"ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕН КУРС НА ЛЕЧЕНИЕ" на определено заболяване е комплексно лечение, което

"INSURED PERIOD" means the period from the date and time determined as the commencement of the health insurance contract to the date and time when the term of the contract expires;

"INSURANCE PREMIUM" means the sum paid by the INSURED / the INSURING PARTY to the INSURER in consideration of the latter's obligations under the health insurance contract;

"SUM INSURED" (limit of liability) means the cash amount agreed or determined by a statutory act and stated in the health insurance contract which is the upper limit of INSURER's liability to the INSURED;

"PACKAGE OF HEALTH CARE SERVICES" means a group of health care services regulated by type and scope, which are covered by the INSURER subject to such conditions and procedure as regulated in the health insurance contract and for which the INSURER is licensed under the Insurance Code;

"MEDICINAL DEVICE", in the case of inpatient treatment means a medicinal device and medicinal product, which is not paid or which is partially paid by the National Health Insurance Fund for inpatient treatment under a clinical pathway.

"DEDUCTIBLES" for expenses incurred means a portion of the expenses for health care services, medicinal products and medicinal devices used in case of disease within the term of the contract, which is paid by the INSURED at his/her own expense at the time of receipt thereof. For minor<sup>1</sup> or underage<sup>2</sup> INSUREDS deductibles are owed by their legal representatives (parents), tutors or curators;

"FAMILY MEMBERS" means spouse, partner and children studying until the age of 25 with non-suspended rights under mandatory health insurance;

"TARIFF" means the amount of the insurance premium for one or several Packages of health care services differentiated as per the number of packages, the number of insured persons and other factors;

"COURSE OF PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT" of certain disease means a complex treatment that includes



включва първоначален преглед на лекар-специалист по "Физикална и рехабилитационна медицина" с назначен общ брой процедури от всички групи до определен брой процедури за едногодишен застрахователен период, както и заключителен вторичен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение

"КРИОТЕРАПЕВТИЧЕН КУРС НА ЛЕЧЕНИЕ" на дерматологично заболяване включва един първичен, един вторичен преглед и две процедури криотерапия за едногодишен застрахователен период.

"МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА" е експертиза на временната неработоспособност, извършвана съгласно чл.101 и следващите от Закона за здравето.

"НАБЛЮДЕНИЕ НА БРЕМЕННОСТ" включва всички разходи за прегледи и изследвания на бременната жена и плода за срока на бременността, които са договорени в специални условия към договора за медицинска застраховка, до размера на договорената застрахователна сума /лимит/;

"РАЗХОДИ ЗА РАЖДАНЕ" са всички разходи за медицински услуги по време на раждане, които не се покриват от задължителното здравно осигуряване и които са договорени в специални условия към договора за медицинска застраховка, до размера на договорената застрахователна сума /лимит/;

"САНАТОРИУМ" е болница за рехабилитация, регистрирана по Закона за лечебните заведения или хотел за профилактика и рехабилитация по програма на НОИ.

СПЕЦИАЛИЗИРАН МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ – транспорт от мястото на застрахователното събитие до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна медицинска помощ, както и последващ медицински транспорт от лекаря или лечебното заведение, оказали първа помощ до най-близкото лечебно заведение за специализирана болнична помощ.

Настоящите „Общи условия“ на „Токуда Здравно Застраховане“ ЕАД са приети на заседание на Съвета на Директорите на 22.07.2013 г., изменени и допълнени на заседание на Съвета на Директорите на 06.06. 2016 г. и влезли в сила от 01.11.2016 г.

#### **Приложение 1:**

**Механизъм за ползване на здравни услуги.**

initial examination by the physician being a specialist in "Physical And Rehabilitation Medicine" with assigned total number of procedures from all groups up to certain number of procedures for a one-year insured period as well as a follow-up checkup with an assessment of the undergone treatment;

"COURSE OF CRYOTHERAPEUTIC TREATMENT" of a skin disease includes one initial examination, one follow-up examination and two cryotherapeutic procedures for a one-year insured period;

"FITNESS FOR WORK ASSESSMENT" means medical assessment of temporary unfitness for work made under article 101 *et seq.* of the Health Care Act;

"PREGNANCY OBSERVATION" includes all expenses for examinations and tests of the pregnant woman and the foetus for the duration of pregnancy, which are agreed in special terms and conditions to the health insurance contract up to the amount of the agreed sum insured (limit);

"CHILDBIRTH EXPENSES" means all expenses for health care services during childbirth, which are not covered by the mandatory health insurance and which are agreed in special terms and conditions to the health insurance contract, up to the amount of the agreed sum insured (limit);

"SANATORIUM" means a hospital for rehabilitation registered under the Health Care Facilities Act or a hotel for prophylactics and rehabilitation under a National Social Security Institute's program;

"SPECIALIZED MEDICAL TRANSPORTATION" means the transportation from the place of the insured event to the nearest health care facility for provision of emergency care as well as subsequent medical transportation from the physician or the health care facility having provided the emergency care to the nearest health care facility for specialized inpatient care.

These General Terms and Conditions of Tokuda Health Insurance JSC were adopted at a meeting of the Board of Directors on 22 July 2013, then were amended and supplemented at a meeting of the Board of Directors on 6 June 2016 and come into force as from 1 November 2016 r

**Appendix 1: Mechanism of using health care services.**

**Декларация от Застраховачия/Застрахования:**

Днес, ..... (дата),  
долуподписаният (имена) :

.....  
.....,

получих екземпляр от настоящите Общи условия  
и декларирам своето съгласие с тях, приемам ги,  
като удостоверявам това със своя подпис:

.....  
(подпис)

**Declaration by the Insuring Party/ Insured:**

Today, ..... (date),  
the undersigned (s) (name-personal and family):

.....  
.....,

I received a copy of this General terms and  
conditions and declare my consent with them, accept  
them and certify it with my signature:

.....  
(signature)