



ОБЩИ УСЛОВИЯ НА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА „ТОКУДА ЗДРАВЕ“

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 „Застраховащ“ и/или „Застрахован“.

1. „Застраховащият“ 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 години;
2. Семейна здравна застраховка – от 14 до 64 години;
3. Групово здравно застраховане - от 7 до 64 години, 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/Застраховащия 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 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 кондономи, 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 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.
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 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 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 копие то 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 Застрахователя промени в тарифите и условията по тази застраховка. Промяната влиза в сила след съгласие на Застрахователя. При липса на съгласие от негова страна от застрахователния договор отпада застрахователното покритие и Застрахователят 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 Застрахователя.

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 застрахователният 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 Застраховачия и Застрахователя.

Срок, подновяване и прекратяване на застрахователния договор

Член 15. (1) Застрахователния 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.

(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 предъявените 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.

(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 Застраховачия/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. Застраховачият/застраховано лице е нарушил/о условията на застрахователния договор.

(10) Възможността за прекратяване на застрахователния договор от страна на Застраховачия 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/Застраховачият 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) Застраховачият 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 ползването 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 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/Застраховачия 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 Застраховачия 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/ Застраховачият 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 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 Застраховачия/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 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, 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 комуникация: по поща, куриер, факс или електронна поща. Застрахователят осигурява текуща информация на Застрахования/Застрахования 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 Застрахования, и когато съответната кореспонденция съдържа данни за здравния статус на Застрахования, Застрахователят я изпраща в запечатан плик по поща или куриер до посоченото от Застрахования 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 Застрахованец 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, 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 Застрахователят/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 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/Застрахователят 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;

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 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 отношенията 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 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 приемопредавателен 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 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 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 неполучени по причина извън контрола на застрахователя, ще се считат за валидно получени 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 Застраховачия.

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 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 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 анеместични, 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 Застраховачият /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 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

"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 включва първоначален преглед на лекаря-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.

Декларация от Застрахователя/Застрахования:

Днес (дата), долуподписаният (имена)

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

.....
(подпис)