

Общи условия

за групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“

I. Предмет на застраховката

По тези Общи условия за групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“ ЗАД „Алианц България“, наричано по-нататък „Застраховател“, срещу платена застрахователна премия поема определени застрахователни рискове, свързани със здравето и телесната цялост на Застрахованите лица.

Медицинското застраховане по тези Общи условия се осъществява при спазване на принципите на равнопоставеност на страните, доброволност, добросъвестност, отговорност за собственото здраве, свободен избор на Изпълнител на здравни услуги или Доставчик на здравни стоки, от страна на Застрахованите лица.

II. Застраховано лице

1. Застраховано лице от Застрахованата група може да бъде на възраст от 18 до 65 години, при условие че не е поставено под пълно запрещение.
2. Застраховано лице, което е Член на семейството, може да бъде на възраст от 0 (новородено дете) до 65 години, при условие че не е поставено под пълно запрещение. Застрахованите Членове на семейството са Застраховани лица по смисъла на тези Общи условия, освен ако няма изрична друга уговорка.
3. Възрастта на кандидатите за застраховане се определя към началото на месеца, предхождащ сключването на Застраховката

или включването им в Списъка на застрахованите лица.

4. При допълнителна договореност между Застрахователя и Застрахования и срещу заплатена допълнителна премия, при условията на повишен риск могат да се застраховат лица, които не отговарят на изискванията за възраст по т. 1 и т. 2 от този Раздел.
5. Застраховано лице може да има само една действаща застраховка по тези Общи условия.

III. Застрахователни пакети. Здравни модули

1. В зависимост от договорения Застрахователен пакет Застрахователят покрива разходите на Застрахованото лице за:
 - здравни стоки и услуги, произтичащи от Заболяване или вследствие на Злополука, и/или
 - други договорени здравни стоки и услуги, включително свързани с профилактика, Бременност и Раждане, и/или
 - стоки и услуги, свързани с неговото здравно обслужване, произтичащи от Заболяване или вследствие на Злополука, включително Специализиран медицински/санитарен транспорт и Специализирано обгрижване.
2. Покриването на разходи за здравни стоки и услуги по Застраховката може да се извършва чрез:
 - 2.1. Възстановяване на разходи на Застрахованото лице;

2.2. Директно плащане към Договорен партньор за предоставените от него здравни стоки и услуги на Застраховано лице. При постигната изрична договореност със Застрахователя може да се извърши директно плащане на суми към Изпълнител на здравни услуги/Доставчик на здравни стоки, който не е Договорен партньор;

2.3. Плащане на фиксирана сума на Застрахованото лице, независимо от направените от него разходи.

3. В зависимост от договорения Застрахователен пакет страните по Застраховката могат да договорят:

- максимален размер на Застрахователна сума (подлимит) за отделни здравни стоки и услуги или Здравни модули, или
- конкретен обем или обхват на здравните стоки и услуги, които се предлагат за определен срок.

4. Застраховката предоставя покритие по Застрахователни пакети, които Застрахователят избира при нейното сключване от следните възможности:

Здравни модули	Застрахователен пакет		
	Комфорт	Екстра	Макс
Извънболнична медицинска помощ	✓	✓	✓
Болнична медицинска помощ	✓	✓	✓
Критични състояния и второ медицинско мнение	✓	✓	✓
Здравни стоки		✓	✓
Дентална помощ			✓
*Профилактика	допълнителна опция към всеки Застрахователен пакет		

Забележка:

Таблицата на Здравните модули, която е Приложение № 1 към тези Общи условия, съдържа подробно описание на:

- Здравните модули и възможните размери на застрахователната сума, включени в Застрахователните пакети, и
- предлаганите профилактични прегледи и изследвания в Здравен модул Профилактика, като приложимите по Застраховката условия (в т.ч. застрахователни суми, обхват на профилактичните прегледи и изследвания) се договарят в застрахователната полица.

5.1. Здравен модул Извънболнична Медицинска Помощ

Извънболнична медицинска помощ е предоставянето на здравни стоки и услуги в амбулаторни условия от лечебни заведения за извънболнична помощ, съгласно ЗЗ, ЗЛЗ и медицинските стандарти, в съответствие със здравословното състояние на Застрахованото лице. Здравните стоки и услуги се ползват по повод здравословен проблем на Застрахованото лице, който не налага стационарно болнично лечение.

Покриват се Медицински прегледи при свободно избрани Лекар-специалисти, рутинни и високоспециализирани Медицински изследвания и манипулации, назначени по медицински показания от Лекар-специалист, вкл. физиотерапевтични процедури.

Този модул покрива здравни стоки и услуги във връзка с Наблюдение на нормална или рискована бременност, описани в тези Общи условия, до определен размер, вкл. разходи за пакетна услуга, предлагана от лечебно заведение, само и единствено ако „Наблюдение на бременност“ е договорено в застрахователната полица.

Домашни посещения и грижи се покриват по медицински показания, отразени в медицински документ, като не се считат за необходими по медицински показания, ако се основават само на лични изисквания на Застрахованото лице.

По Здравен модул Извънболнична Медицинска Помощ не се покриват дентални услуги.

5.2. Здравен модул Болнична Медицинска Помощ

Болнична медицинска помощ е стационарният престой и целият набор от здравни стоки и услуги, които се предоставят от лечебни заведения за болнична помощ, съгласно ЗЗ, ЗЛЗ и медицинските стандарти, в съответствие със здравословното състояние на Застрахованото лице. Здравните стоки и услуги се ползват по повод здравословен проблем на Застрахованото лице, налагащ стационарно болнично лечение.

Покриват се услуги, допълнително поискани от Застрахованото лице съгласно Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ и други здравни стоки и услуги, които не са включени в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. По този се покриват и определени услуги по повод на рехабилитация, само ако тя е продължение на стационарно лечение, покрито по Застраховката, и ако се предоставят от Специализирани болници за рехабилитация. Застрахователната сума по този модул не включва стойността на амбулаторни процедури, клинични процедури и клинични пътеки, заплащани от НЗОК по отношение на здравноосигурените лица по смисъла на ЗЗО, като в случай че Застрахованото лице и Членовете на семейството му са здравно неосигурени, Застрахователят предоставя ограничени по обем здравни стоки и услуги, съгласно Таблицата на Здравните модули. Болнична медицинска помощ не се счита за необходима по медицински съображения, ако се основава само на липсата на възможност за осъществяване на домашни грижи или на други лични изисквания на Застрахованото лице.

В случай на Раждане в Периода на застрахователно покритие, независимо от обхвата и обема на ползваните услуги и оказана медицинска помощ, Застрахователят изплаща, еднократно за срока на Застраховката, фиксирана сума на Застрахованото лице, съгласно изборния Застрахователен пакет.

По Здравен модул Болнична Медицинска Помощ не се покриват дентални услуги.

5.3. Здравен модул Критични Състояния И Второ Медицинско Мнение

Критични състояния по Застраховката са: Доброкачествен тумор на мозъка, Слепота, Кома, Аорто-коронарен байпас, Миокарден инфаркт (МИ), Бъбречна недостатъчност, Животозастрашаващ злокачествен тумор, Загуба на слуха, Загуба на говора, Трансплантация на основни органи, Парализа, Мозъчен инсулт и Тежки изгаряния. В случай на Критично състояние, диагностицирано след изтичане на Изчаквателния период, Застрахователят изплаща, еднократно за срока на Застраховката, фиксирана сума на Застрахованото лице, съгласно условията на съответния Застрахователен пакет и Застрахованото лице има право да ползва услугата Второ медицинско мнение по повод на това състояние. Услугата се предоставя със съдействието на MediGuide International, LLC (MediGuide), които поддържат списък на водещи медицински центрове извън България, които са на разположение да изготвят Второ медицинско мнение. За да заявят ползване на услуга, Застрахованото лице и/или неговият лекуващ лекар следва да се обърнат към партньора на MediGuide в България - Fidelitas Assistance. MediGuide идентифицира медицинските центрове с експертиза по отношение на диагностицираното Критично състояние и Застрахованото лице и/или неговият лекуващ лекар избират медицинския център, от който желаят да получат Второ медицинско мнение. Събраните и окомплектовани медицински документи се изпращат в медицинския център, който изготвя своя доклад в срок до 10 работни дни след получаването на всички необходими медицински документи. За ползване на услугата Второ медицинско мнение може да е необходимо прехвърляне и обработване на лични данни на Застрахованото лице извън Европейското икономическо пространство при условията на действащото законодателство за защита на личните данни и предприети мерки за

защита на личните данни, които осигуряват адекватно ниво на защита на данните.

5.4. Здравен модул Здравни Стоки

По този модул се покриват разходи на Застрахованото лице за Лекарствени продукти, Помощни средства, Корекционни средства, Медицински консумативи при Извънболнична медицинска помощ и за Лекарствени продукти при Дентална помощ. Ако Застрахователят е възстановил разходи за Помощни средства, нова претенция за обезщетение може да се предяви след изтичане на обичайния срок на износване, освен в случаите, когато по медицински показания се налага по-ранно закупуване. В срока на Застраховката Застрахователят възстановява еднократно разходи за диоптрични стъкла, предписани от лекар-офтальмолог в Лечебно заведение, закупени от оптика, регистрирана по ЗЗ и при условие че корекцията на зрението е минимум 0,5 диоптъра. Контактни лещи за корекция на зрението се покриват, когато са назначени от лекар-офтальмолог в Лечебно заведение с минимум корекция 0,5 диоптъра в рамките на съответния лимит. В случаите, когато на Застрахованото лице е предписана диоптрична корекция само за едно око, се покриват разходите и за двете стъкла или контактни лещи. Не се заплащат разходи за антирефлексни стъкла за очила без диоптър. За възстановяване на разходи за Лекарствени продукти, вкл. хомеопатични продукти, и хранителни добавки е необходимо те да бъдат предписани от правоспособен Лекар-специалист или от личния общопрактикуващ лекар на Застрахованото лице. Лекарствените продукти, хомеопатичните продукти и хранителните добавки трябва да са разпространявани съгласно действащото българското законодателство и да бъдат закупени от аптека в България, регистрирана по ЗЛПХМ. Застрахователят не възстановява разходи за Лекарствени продукти и медицински изделия, които се заплащат на законово основание от НЗОК или друго лице, както и на такива, които не са разрешени за

употреба в България. Разходи за медицински изделия се възстановяват само ако са закупени от лечебни и здравни заведения по реда на ЗМИ. Застрахователят възстановява разходите на Застрахованото лице за разликата от сумата, която се заплаща частично от НЗОК или от другото лице за Лекарствени продукти и медицински изделия до размера на съответния лимит по Застраховката.

5.5. Здравен модул Дентална Помощ

Здравните стоки и услуги се ползват по повод здравословен проблем на Застрахованото лице, налагащ Дентална помощ. Покриват се услуги, свързани с контрола на състоянието на устната кухина, профилактични, терапевтични, хирургични и ортопедични дейности. Този модул покрива разходи за дентално лечение по медицински показания, предоставено на Застрахованото лице под формата на амбулаторно или болнично лечение в рамките на самостоятелен лимит, посочен в Таблицата на Здравните модули. Болнично лечение поради заболяване и зъбно протезиране, както и интервенции чрез зъбна хирургия се приемат като необходими по медицински съображения само когато амбулаторно лечение не е възможно по медицински причини.

5.6. Здравен модул Профилактика

По този модул се покриват здравни стоки и услуги, свързани с ранно откриване на Заболявания, като видът, обемът и обхватът на профилактичните прегледи и изследвания се определят в застрахователната полица. Здравните стоки и услуги се ползват еднократно и договореният лимит за Застраховано лице по този модул е извън агрегатния лимит по неговия Застрахователен пакет. Застрахователят и Застрахованият договарят график за провеждане на профилактичните прегледи и изследвания при определено от Застрахователя лечебно заведение, като периодът за провеждането им не може да надвишава договорения със

Застрахователният срок. Застрахователният заявява периода, в който желае да бъдат проведени профилактичните прегледи и изследвания на Застрахованите лица, не по-късно от 30 дни след сключване на Застраховката. В срок до 14 дни преди периода на профилактиката страните оформят предварителен график, който съдържа информация за минималния и максималния брой Застраховани лица, които могат да бъдат записани в един и същи ден и едно и също населено място. В срок до 7 дни преди профилактиката страните оформят окончателен график, който съдържа конкретните дати и населени места за провеждане на профилактичните прегледи и изследвания, както и поименен списък на включените Застраховани лица.

Застрахователят може да определи допълнителни (резервни) дати за провеждане на профилактични прегледи и изследвания за Застрахованите лица, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Броят на тези лица не може да бъде повече от 10% от общия брой на Застрахованите лица по съответната Застраховка.

Застрахователният организира присъствието на Застрахованите лица, като задължението на Застрахователя за провеждането на профилактичните прегледи и изследвания се счита за изпълнено и в случаите, в които Застрахованите лица не се явят за провеждането им. За лицата, включени в Списъка на застрахованите лица след провеждането на профилактиката, не се организират профилактични прегледи и изследвания извън основните и допълнителните (резервни) дати.

Застрахованите лица трябва да информират служителите на регистратура на лечебното заведение, че целта на посещението им е провеждането на профилактични прегледи и изследвания, да се легитимират чрез документ за самоличност и да посочат Застрахователния.

На база проведените профилактични прегледи и изследвания Застрахованите лица получават информация за своето

здравословно състояние по начин, уговорен в застрахователната полица.

6. По отношение на определени покрития по Застраховката може да има Изчаквателен период, което изрично се посочва в застрахователната полица.
7. Застрахователят покрива разходите, които са Разумни и обичайни, и са направени само и единствено по повод на здравни стоки и услуги, които са включени във вида, обема и обхвата, определен в покритието по Застраховката, които са медицински целесъобразни и които са предоставени от Изпълнители на здравни услуги/Доставчици на здравни стоки. Ако разходите не отговарят на тези изисквания, Застрахователят има право да откаже плащане или да намали сумата на обезщетението или плащането. Застрахователят не покрива други преки или косвени, материални или нематериални вреди, загуби, пропуснати ползи и други, които са резултат на Заболяване, Злополука, профилактика, Бременност и Раждане.
8. Застрахователят дължи плащане на фиксирани суми или обезщетения само за рисковете и до лимитите, посочени в застрахователната полица, но не повече от размерите на Пределните цени на здравните стоки и услуги. Всички лимити в застрахователната полица са за едно Застраховано лице за срока на Застраховката, освен ако страните не договорят друго. Всяко извършено плащане за Застраховано лице намалява неговата застрахователна сума за съответния Здравен модул и/или подлимита за здравна стока или услуга, когато е предвиден такъв.
9. Застраховани лица по Застраховката са само тези, които са включени в Списъка на застрахованите лица и за които е платена в срок дължимата застрахователна премия. Промени (включване или изключване на лица) в Списъците на застраховани лица, се извършват с допълнително споразумение (добавък), в което се посочват Периодът на покритие за Застрахованото лице, който не

може да е по-дълъг от срока на Застраховката, неговият Застрахователен пакет и съответстващата му Застрахователна премия.

10. За срока на Застраховката не се допуска прехвърлянето на Застрахована група или Застраховано лице от един Застрахователен пакет в друг.

IV. Изключения от покритието

1. Общи изключения

- 1.1. Застрахователят не покрива разходите за здравни стоки и услуги, произтичащи от Заболяване или в следствие на Злополука на Застрахованото лице, които са възникнали в резултат на:

- война (независимо от това дали е обявена или не) или военни действия, инвазия, чуждестранни вражески действия, враждебни действия, действия на военни или окупационни сили, гражданска война, метеж, бунт, революция, въстание, размирици, граждански вълнения, стачки, тероризъм или други от подобно естество;
- въздействие на ядрена енергия и радиоактивно излъчване, с изключение на случаите, когато ядрената енергия е използвана за медицински цели; използване на ядрени/биологични/химически оръжия или вещества; ядрена реакция, вкл. експлозия, замърсяване с радиоактивни продукти/отпадъци, или радиационно лъчение;
- газове, химически и други производствени аварии и вредности, пробив на язовирна стена или други бедствени ситуации;
- пандемия, призната от Световната здравна организация, в т.ч. и профилактичните прегледи и изследвания в тази връзка;
- употреба на наркотични вещества или техни аналози - стимулатори, токсични и допингиращи средства и/или други упойващи вещества, вкл. анаболни хормони или такива, с характер на допинг или при медикаментозна зависимост на Застрахованото лице;
- употреба на алкохол; алкохолна интоксикация; алкохолна зависимост или алкохолно въздействие;
- извършване на престъпление или административно нарушение или опит за извършване на престъпление, както и други нарушения на обществения ред, квалифициращи се като хулиганство, вкл. и когато Застрахованото лице е действало в състояние на невменяемост;
- задържане на Застрахованото лице от органите на реда в следствен арест или затвор;
- умишлено предизвикано от Застрахованото лице сбиване, опит за самоубийство (съзнателно), умишлено самонараняване/самоувреждане на Застрахованото лице или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана или спасяване на човешки живот или имущество;
- изгаряне/измръзване, вследствие на излагане на слънце/солариум, топлина, студ/лед или други фактори на околната среда;
- участие на Застрахованото лице в следните видове спорт, опасни (екстремни) занимания или дейности, като: лов, скално катерене, алпинизъм, планинарство, спелеология (пещерно дело), планинско колоездене, гребане (с кану или каяк), рафтинг, други екстремни спортове (включително, но не само: скейтборд, паркур, бънджи, бейс джъм핑 и други скокове), конен спорт, зимни спортове, практикувани извън обозначените писти, бойни спортове, автомобилни и мотоциклетни спортове, управление на моторни лодки или джетове, джет ски, всякакви авиационни спортове, включително такива, свързани с летене, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, ветроходство, подводни спортове и гмуркане, всякакви състезания, включително състезания, тренировки или изпитания с автомобили, мотоциклети, скутери и самолети, в това число спорт за време и други подобни;

- участие на Застрахованото лице в мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;
- неспазване от страна на Застрахованото лице на предписан от лекар режим или лечение, ползване от Застрахованото лице на Лекарствени продукти без лекарско предписание, манипулации, извършени от страна на Застрахованото лице или други лица, които нямат нужната професионална квалификация за това, както и спазване на самоволно избран диетичен режим;
- летене с въздухоплавателно средство, различно от пътуване с пътнически билет за полет, опериран от редовни авиолинии или с признат чартърен оператор;
- катастрофични земетресения, наводнение и други природни бедствия.

2. Специални изключения

2.1. Застрахователят не покрива разходите за здравни стоки и услуги, ползвани от Застрахованото лице по повод на:

- диагностика, лечение и проследяване на: безплодие (инфертилитет); поликистоза на яйчниците; сексуална дисфункция; овариална или тестикуларна дисфункция; менопауза; затлъстяване и метаболитен синдром, включително разстройство в обмяната на веществата; хранителна непоносимост; косопад, себорея, акне, витилиго, гъбички на ноктите (онихомикоза); СПИН, болести, предавани по полов път и последиците от тях;
- лечение и проследяване на: туберкулоза; епилепсия; остеопороза; мигрена; множествена склероза; функционални нервни разстройства; анорексия, булимия, обстипация; сънна апнея; хронична болка; психични заболявания, както и допълнителни грижи и специални услуги при оказване на медицинска помощ на психично болни;
- подготовка и провеждане на: асистирана репродукция; смяна на пола; стерилизация по желание;
- отказване от тютюнопушене или лечение на алкохолизъм/наркомания, както и на последиците от тях;
- оказване на Спешна медицинска помощ;

- оказване на извънболнична/болнична помощ, прилагане на медикаментозно лечение, химиотерапия и лъчетерапия, допълнителни грижи и специални услуги при онкологично заболяване;
- лечение на вродени или придобити в детската възраст заболявания, водещи до физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри, изискващи постоянно лечение, както и наличие на изоставане във физическия растеж и/или умственото развитие.

2.2. По Здравен модул Критични Състояния И Второ Медицинско Мнение Застрахователят не извършва плащания:

- когато Критичното състояние се счита за основно лечимо чрез генетични манипулации, заместителна терапия, ваксинация, или какъвто и да е друг тип медицинска или друга намеса;
- - когато Критичното състояние е в резултат на непотърсена или отказана медицинска помощ;
- за Доброкачествен тумор на мозъка при кисти, калцификати, грануломи, малформации в или на артериите или вените на мозъка, хематоми и тумори на хипофизата или гръбнака;
- за Слепота, ако зрението може да се възстанови частично или напълно в резултат на имплантант или други средства;
- за Злокачествен тумор в следните случаи: левкемия, различна от хронична лимфоцитна левкемия, ако няма генерализирано разпространение на левкемични клетки в костния мозък; тумори, показващи особености на карцином ин ситу (вкл. цервикална дисплазия CIN-1, CIN-2 и CIN-3) или които са хистологично доказани като премалигнени; всички злокачествени тумори на кожата, освен ако няма наличие на метастази или туморът е злокачествен меланом с дебелина повече от 1.5 мм, доказано при хистологично изследване по метода на Бреслоу; тумори, които не застрашават живота, като например рак на простатата, които са описани по класификацията TNM като T1a и T1b или еквивалентно на тази класификация; папиларен микрокарцином на щитовидната

жлеза; неинвазивен папиларен карцином на пикочния мехур описан като TaNoMo или еквивалентна класификация; хронична лимфоцитна левкемия, по-лека от RAI Stage I или Binet Stage A-I;

- за Загуба на слуха, когато според общото медицинско становище, чрез помощ, средство или имплантант може да се постигне частична или пълна корекция на слуха;
- за Загуба на говора, когато според общото медицинско становище чрез помощ, средство, или имплантант може да се постигне частична или пълна корекция на говора.
- за Мозъчен инсулт, при мозъчни симптоми като мигрена, мозъчно страдание в резултат на травма или хипоксия и сърдечно-съдови заболявания, засягащи очите, очния нерв или вестибуларните функции.

3. Други изключения

3.1. Застрахователят не покрива разходи за здравни стоки и услуги за:

- задължителни имунизации и задължително лечение по ЗЗ;
- хондропротектори, медицинска козметика, санитарни материали, слабителни средства, както и всякакви други медицински продукти, нерегистрирани в България по реда на ЗЛПХМ;
- противозачатъчни средства, с изключение на случаите, в които те са средство за лечение на определено заболяване на Застрахованото лице;
- медицински съоръжения и помощни средства /средства за обслужване и обгрижване/ като например иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, както и апарати и помощни средства служещи за грижа за тялото;
- комплексни тестове за диагностика на алергии тип ALEX и др. от този вид;
- тестовете "Андрофлор", "Фемофлор" и за чревен микробиом;

- генетични изследвания и пренатални тестове;
- позитронна емисионна томография (Пет скенер);
- пластични, възстановително-реконструктивни и естетични корекции, козметични операции и други козметични здравни услуги и свързаните с тях предоперативни изследвания и консултации, както и лечение на възникнали следоперативни усложнения от тях, освен в случаите на Злополука;
- отстраняване на външни кожни образувания и невуси;
- лазерна корекция на зрението, крослинкинг;
- хемодиализа, хемотрансфузия, трансплантация на органи и тъкани, както и техни усложнения;
- прекъсване на бременност по собствено желание, включително и свързаните с това изследвания;
- ортодонтски и зъботехнически услуги, избелване на зъби и свързаните с тях здравни стоки;
- рамки за очила, стъкла за очила за предпазване от слънчеви лъчи, стъкла за очила със специално предназначение за упражняване на някои професии или извършването на определени дейности или действия;
- лечение, което не е препоръчано/извършено от правоспособен лекар, или е проведено в заведение, което не е регистрирано по реда на ЗЛЗ, както и ако е препоръчано/извършено от лекар, който няма призната професионална квалификация за упражняване на дейност в България, включително поканените за научен обмен между лечебни заведения;
- изследвания и лечение, назначени от диетолог.

3.2. Застрахователят не покрива разходи за:

- прегледи и изследвания за: застраховане, представяне на НЕЛК или ТЕЛК, съдебно-медицинска експертиза;
- здравни стоки и услуги, ползвани преди влизането на Застрахователното покритие в сила, включително когато претенцията на Застрахованото лице или разходните

документи за тях са с дата след влизането в сила на покритието;

- здравни стоки и услуги, ползвани без наличие на конкретни оплаквания/симптоми на заболяване;
- здравни стоки и услуги, платими от Министерство на здравеопазването, НЗОК, работодатели, осигурители/застрахователи; общинска/обществена/частна здравна програма, схеми на финансиране на медицинските разходи или други застраховки, както и когато са извършени от Застрахованото лице вследствие на самоволен отказ от лечение, провеждано по реда на която и да е от тези възможности;
- прилагане на методи за диагностика и лечение, които не са утвърдени с медицинските стандарти, както и методи на нетрадиционната медицина, неотговарящи на Наредба № 7 от 1.03.2005 г. за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве;
- настаняване на Застраховано лице в хоспис или за транспорт, освен разноски за Специализиран медицински/ санитарен транспорт;
- издаване на документи или преписи, получаване на копия/записи от изследвания на хартиен/технически носител, изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго; превод и легализация на медицински документи;
- здравни стоки и услуги, нямащи отношения към Заболяването, от което Застрахованото лице е лекувано.

V. Териториално покритие

1. Застрахователят предоставя Застрахователно покритие за разходите по Раздел III от тези Общи условия, настъпили на територията на България.

VI. Сключване, влизане в сила и срок на Застраховката. Изменение на Застраховката

- 1.1. Застраховката е групова и се сключва от Застраховач, който отговаря на изискванията на тези Общи условия.
- 1.2. На базата на Въпросник-декларация за здравословно състояние (по образец) от лицата, кандидати за застраховане, задължително се прави медицинска оценка на риска за:
 - Застрахованите лица от Застрахована група до 25 лица, вкл.;
 - всички Членове на семейството.
- 1.3. Не се прави медицинска оценка на риска на Застраховани лица от Застрахована група над 25 лица. Застрахователят си запазва правото да изисква представяне на Въпросник-декларация за здравословно състояние от лицата, кандидати за застраховане, когато сметне това за необходимо.
- 1.4. Преди сключване на Застраховката, както и по време на действието ѝ, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола, здравословното състояние на Застрахованото лице. При отправена застрахователна претенция Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахованото лице, като може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно ЗЛЗ, ЗЗО и ЗЗ.
2. Застраховката се сключва на основание Въпросник за сключване на застраховка (по образец), попълнен от Застраховачия и депозиран пред Застрахователя, в който се обявяват точно и изчерпателно всички съществени обстоятелства, които са му известни или при положена дължима грижа трябва да са му известни и са от значение за риска.
- 2.1. Ако Застраховачият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил Застраховката или не би включил определено лице в Списъка на

застрахованите лица, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати Застраховката или да прекрати предоставянето на покритие за определено Застраховано лице. Това право може да се упражни в 1-месечен срок от узнаване на обстоятелството. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ до прекратяването на Застраховката, респективно – до прекратяване на покритието за определено лице.

- 2.2. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил Застраховката или би включил определено лице в Списъка на застрахованите лица, но при други условия, той може да поиска изменението ѝ или предоставянето на друго покритие за това лице. Това право може да се упражни в 1-месечен срок от узнаване на обстоятелствата. Ако Застрахователят не приеме предложението за промяна на Застраховката в 2-седмичен срок от получаването на предложението, Застраховката или покритието за определеното лице се прекратява. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ до прекратяването на Застраховката.
- 2.3. Когато в случаите по т. 2.1. и т. 2.2. на този Раздел настъпи Застрахователно събитие, Застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали, съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
- 2.4. Точки 2.1.-2.3. на този Раздел се прилагат и ако Застрахователят е сключил

Застраховката чрез пълномощник или за сметка на трето лице и укритото обстоятелство е било известно на Застрахователя или на пълномощника му, съответно на третото лице.

- 2.5. Ако при сключването на Застраховката обстоятелствата по т. 2 на този Раздел не са били известни на страните, всяка от тях може в 2-седмичен срок от узнаването им да предложи изменение на Застраховката. Ако другата страна не приеме предложението в 2-седмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати Застраховката, за което уведомява писмено другата страна. Ако Застраховката бъде прекратена, Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на Застраховката.
- 2.6. В случаите по т. 2.5. на този Раздел при настъпване на Застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на Застраховката, Застрахователят не може да откаже плащане на застрахователно обезщетение или сума, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
- 2.7. По време на действието на Застраховката Застрахователят е длъжен да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на Застраховката Застрахователят е поставил писмено въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на това задължение се прилагат съответните последствия по т. 2.1. - 2.6. на този Раздел.
3. Заедно с Въпросника за сключване на застраховката Застрахователят предоставя Списък на застрахованите лица (вкл. Списък на членовете на семейството, когато е относимо), който Застрахователят е длъжен

да поддържа актуален в срока на Застраховката.

4. В застрахователната полица задължително се посочва Списъкът на застрахованите лица (вкл. Списъкът на членовете на семейството, когато е относимо), Застрахователните пакети, размерите на Самоучастие, Изчаквателните периоди.
5. Незабавно след сключване на Застраховката, Застрахователят е длъжен да предостави на всяко Застраховано лице цялата информация, която е получил от Застрахователя относно условията на Застраховката и която е необходима за упражняване на правата му. Застрахователят е длъжен да предостави или да осигури/посочи достъп на всяко Застраховано лице до Наръчника за застрахованите лица, тези Общи условия, неговия Застрахователен пакет и Период на застрахователно покритие, Списъка на Договорните партньори.
6. Незабавно след сключване на Застраховката, Застрахователят изпраща текстово съобщение на посочения по Застраховката мобилен телефонен номер на Застрахованото лице с линк към Алианц Здраве.
7. Членове на семейството могат да бъдат застраховани само за същите застрахователни покрития както на Застрахованото лице, с което са в едно семейство. Застраховането им може да се извърши не по-късно от 1 месец от сключване на Застраховката, при условие че застрахователното им покритие се прекратява заедно с покритието на съответното Застраховано лице, с което са в едно семейство. За Членовете на семейството не се предлага Здравен модул Профилактика.
8. За застраховането на Членовете на семейството се изготвя Списък на Членове на семейството към Застраховката или се сключват индивидуални застрахователни полици, по които застраховачи са Застраховани лица от Списъка на застрахованите лица.
9. Застраховката се сключва за срок от една година, освен ако страните договорят друг по-кратък срок. Периодът на застрахователното покритие влиза в сила в деня и часа, посочен в застрахователната полица, при условие че е платена цялата дължима премия или първата вноска от нея при разсроченото плащане, освен ако е уговорено друго.
10. Периодът на покритие на Застраховано лице може да бъде по-кратък от Периода на покритие на застрахованата група, когато това Застраховано лице се включи в Списъка на застраховани лица (Списъка на членовете на семейството, когато е относимо) след началото на Периода на застрахователно покритие или ако бъде изключено от съответния списък преди края на Периода на застрахователно покритие.
11. Всяко изменение и допълнение по Застраховката се извършва по взаимно съгласие на страните със сключването на допълнително споразумение (добавък) към застрахователната полица.
12. Застрахователят е длъжен да предоставя данните за лицата, които желае да включи или изключи от Списъка на застрахованите лица (Списъка на членовете на семейството, когато е относимо), като уведоми за това Застрахователя чрез Заявление за корекции относно застраховани лица (по образец).
13. Периодът на покритие на Застраховано лице, включено допълнително в Списъка на застрахованите лица (Списъка на членовете на семейството, когато е относимо), влиза в сила в 00:00 часа на датата, договорена в добавък към застрахователната полица, при условие че е платена Застрахователната премия за него и изтича заедно с Периода на застрахователно покритие по Застраховката.
14. Периодът на покритие на Застраховано лице, което се изключва от Списъка на

застрахованите лица (Списъка на членовете на семейството, когато е относимо), се прекратява за напред, считано от 24:00 часа на датата, договорена в добавък към застрахователната полица. Дължимата застрахователна премия за това лице се изчислява за периода на неговото покритие.

VII. Прекратяване на Застраховката

1. Застраховката се прекратява с изтичането на срока, за който е сключена.
2. Застраховката може да бъде прекратена предсрочно:
 - 2.1. от всяка от страните с 1-месечно писмено предизвестие до другата страна без неустойки или други разноски;
 - 2.2. едностранно от Застрахователя и без предизвестие в случаите на неплащане на застрахователната премия или на поредна вноска от нея по т. 6.3 във връзка с т. 7.1 на Раздел IX от тези Общи условия.
 - 2.3. по взаимно съгласие на страните;
 - 2.4. при несъстоятелност или ликвидация на Застрахователя по реда на ТЗ;
 - 2.5. в други случаи, предвидени в тези Общи условия или КЗ.
- 3.1. Застрахователят може да изключи Застраховано лице от Списъка на застрахованите лица и да прекрати неговото застрахователно покритие едностранно и без предизвестие при установено Преднамерено излагане на опасност от Застрахованото лице.
- 3.2. При смърт на Застрахованото лице автоматично се прекратява неговото застрахователно покритие.
4. Финансовите отношения между страните по Застраховката се уреждат към датата на прекратяването ѝ, освен ако страните договорят друго. Застрахователят дължи съответната застрахователна премия до датата на прекратяване на Застраховката.

Когато Застраховката се прекратява по взаимно съгласие или с 1-месечно писмено предизвестие и ако Застрахователната премия е платена в пълен размер, Застрахователят възстановява на Застрахователя частта от премията, съответстваща на периода от датата на прекратяване до края на срока на Застраховката.

5. Независимо от посоченото в т. 2.1 и т. 4 на този Раздел, ако Застрахователят е изпълнил задълженията си по Здравен модул Профилактика по отношение на повече от 33% от Застрахованите лица, Застрахователят дължи плащане на застрахователната премия за този модул в пълен размер до края на срока на Застраховката.
- 6.1. Ако Застрахователната претенция е измамлива или ако при предявяването ѝ се използват Измамливи действия, средства или похвати, както и ако Застрахователното събитие е причинено умишлено от Застрахователя/Застрахованото лице или негови представители/служители, всички предявени и неизплатени претенции по Застраховката се отказват от Застрахователя, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи.
- 6.2. При представяне на неверни и неточни сведения, използване на неистински или преправени документи и документи с невярно съдържание, с цел неправомерно получаване на Застрахователна сума или обезщетение по Застраховката, Застрахователят има право да откаже плащане и да прекрати едностранно Застраховката или застрахователното покритие за Застраховано лице, като всички платени премии остават в негова полза като неустойка.
- 6.3. Застрахователят има правото да забави плащането на Застрахователна сума или обезщетение при спазване на нормативно

определените за това срокове, ако има съмнения относно правото да бъде получена Застрахователна сума или обезщетение, до получаването на необходимите доказателства за противното. Ако е започнало наказателно или административно производство по повод или във връзка със Застрахователното събитие или със застрахователното правоотношение, както и в случаите на гражданскоправен спор пред съд, който засяга застрахователното правоотношение или плащането на Застрахователна сума или обезщетение, Застрахователят има правото да отложи плащането до приключване на производствата с влязъл в сила надлежен акт и при спазване на нормативно установените за това срокове, като това не ограничава правото на лицата да търсят правата си по съдебен ред.

7. В случай че дължимата застрахователна премия или първата вноска от нея е платена и Застрахователят прекрати Застраховката преди влизане в сила на Периода на застрахователно покритие по нея, Застрахователят дължи връщане на платената застрахователна премия/вноска, намалена с неустойка в размер на 5% от застрахователната премия.

VIII. Застрахователна сума

1. Застрахователната сума се определя от Застрахователя в официалната парична единица на България за Застраховано лице, съобразно договорения Застрахователен пакет, и се посочва в застрахователната полица.
2. Разходите на Застрахованото лице за ползвани здравни стоки и услуги, които надхвърлят размера на Застрахователната сума по неговия Застрахователен пакет или съответните лимити за Здравен модул и здравни стоки и услуги, както и разходите за ползвани здравни стоки и услуги, извън договорените по Застраховката, са за негова сметка.
3. При възстановяването на разходи за ползвани здравни стоки и услуги, които се покриват под формата на Възстановяване на разходи, може да се прилага безусловно самоучастие на Застрахованото лице. Размерите на самоучастието и здравните стоки и услуги, за които се прилага, се посочват в застрахователната полица.
4. Всички промени относно Застраховано лице, водещи до увеличаване на размера на Застрахователната сума, отделни лимити, подлимити или покрития по Застраховката, влизат в сила от 00:00 часа на деня, посочен в добавъка, при условие че е платена дължимата Застрахователна премия за тях, освен ако не е договорено друго.

IX. Застрахователна премия

1. Застрахователната премия е паричната сума, която се определя от Застрахователя в зависимост от условията по Застраховката на база Застраховано лице. Размерът на застрахователната премия по Застраховката се изчислява годишно в официалната парична единица на България и се посочва в застрахователната полица.
2. Застрахователната премия се заплаща еднократно при сключване на Застраховката. Страните могат да договорят разсрочване на годишна застрахователната премия, на отделни вноски, като сроковете за тяхното плащане се посочват в застрахователната полица. Застрахователната премия се заплаща в официалната парична единица на България по банкова сметка на Застрахователя.
3. При еднократно или разсрочено плащане на Застрахователната премия се прави нейното изравняване на базата на броя на Застрахованите лица през всеки месец от срока на Застраховката, като изравняването се извършва по реда и начина, договорен в застрахователната полица. В резултат на изравняването Застрахователят досъбира или връща застрахователна премия.

4. Застрахователят дължи данък в размер на 2% върху Застрахователната премия, съгласно Закона за данък върху застрахователната премия. Дължимите данъци и възможностите за ползване на данъчно облекчение във връзка с плащането на застрахователна премия, респективно получаването на застрахователни обезщетения по Застраховката, се определят съгласно действащото българско законодателство към съответния момент на възникване на данъчното задължение.
 5. Всяка от страните може да иска увеличение/намаление на Застрахователната премия или прекратяване на Застраховката при спазване изискванията на КЗ и тези Общи условия, ако в срока на Застраховката застрахователният риск значително се увеличи/намали или условията по Застраховката се променят.
 6. При неплащане на разсрочена вноска от Застрахователна премия, Застрахователят може да:
 - 6.1. намали общата Застрахователна сума по Застраховката за Застраховано лице, съответно на частта от неплатената премия;
 - 6.2. измени условията по Застраховката;
 - 6.3. да прекрати Застраховката.
 - 6.1. Застрахователят може да упражни едно от правата по т. 6.1 и т. 6.2. на този Раздел не по-рано от 15 дни, а по т. 6.3. - съответно от 30 дни от датата, на която Застрахователят е получил писмено уведомление от страна на Застрахователя. Писменото уведомление се смята за връчено и Застраховката се прекратява автоматично, когато Застрахователят е избрал правото по т. 6.3. на този Раздел и изрично е посочено в застрахователната полица, че същата ще се смята за прекратена след изтичането на определен срок от датата на падежа на разсрочената вноска, който не може да бъде по-кратък от 30 дни. В случаите на изречение второ допълнително изрично писмено изявление от страна на Застрахователя до Застрахователя не е необходимо.
 - 6.2. Частичното плащане на дължимата застрахователна премия по Застраховката или на поредна вноска от нея се счита за пълно неплащане и ако Застрахователят не плати изцяло в срок от 30 дни от съответния падеж, Застраховката се прекратява в 00:00 часа на 30-тия ден. В този случай на прекратяване на Застраховката, Застрахователят не дължи връщане на получената до момента на прекратяването застрахователна премия, но дължи плащане на разходите за ползвани или закупени здравни стоки и услуги от Застрахованите лица до датата на прекратяване на Застраховката.
 7. В случай че лице е изключено от Списъка на застрахованите лица/Списъка на членовете на семейството, но въпреки изключването (поради неизпълнение от страна на Застрахователя на неговите задължения по Застраховката) е ползвало здравни стоки и услуги и за тях е изплатено застрахователно обезщетение или сума, Застрахователят не дължи връщане на Застрахователя на еднократно платената застрахователна премия за това лице, а в случай на договорено разсрочено плащане, има право да иска и да получи от Застрахователя пълния размер на застрахователната премия, дължима за това лице до края на срока на Застраховката.
 8. Застрахователят има право да увеличи Застрахователната премия, когато Квотата на щетимост по Застраховката след 6-тия месец от нейното сключване надхвърли 25%.
- ## X. Права и задължения на страните
1. Права и задължения на Застрахованото лице:
 - 1.1. Застрахованото лице има право:
 - да получи от Застрахователя цялата необходима информация във връзка с упражняване на правата му по Застраховката и да бъде уведомявано писмено от Застрахователя относно промени по Застраховката, които засягат неговите права и задължения;

- на свободен избор на Изпълнител на здравни услуги/Доставчик на здравни стоки (вкл. когато са Договорен партньор) на територията на България;
- при ползване на здравни стоки и услуги по Здравни модули Извънболнична Медицинска Помощ, Болнична Медицинска Помощ и Дентална помощ свободно да избере формата на финансово обезпечаване съобразно договорените условия, покрития и лимити.

1.2. Застрахованото лице няма право:

- да изисква от медицинските специалисти извършването на диагностични изследвания, манипулации или предписване на определени Лекарствени продукти, които не са медицински целесъобразни с оглед на неговото състояние;
- да получава обобщена статистическа информация по изпълнението на Застраховката или на информацията относно други Застраховани лица, освен в случаите на Членове на семейството на възраст до 18 години;
- да иска извършването на промени по Застраховката.

1.3. Застрахованото лице е длъжно:

- да спазва реда и начина за ползване на здравните стоки и услуги, съгласно Застраховката;
- да осигурява на Застрахователя информация във връзка със здравословното си състояние;
- да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравните стоки и услуги, обезпечавани от Застрахователя;
- да не ползва здравни стоки и услуги след изключването му от Списъка на застрахованите лица/Списъка на членовете на семейството или при предсрочно прекратяване на Застраховката;
- да предостави банкова сметка, по която да се извършват плащанията по отправените застрахователни претенции;
- да представя всички изисквани от Застрахователя документи, свързани с отправена застрахователна претенция, по определения от Застрахователя начин;

- при Заболяване или Злополука да положи необходимите усилия, за да ограничи последиците от тях;
- да се легитимира пред Договорните партньори с документ за самоличност и да предостави Здравна карта;
- да ползва лично здравните стоки и услуги и да не допуска правата му по Застраховката за ползване на здравни стоки и услуги да се упражняват от трети лица. При констатирано нарушение на това задължение, Застрахованото лице дължи възстановяване на Застрахователя на платените обезщетения в двоен размер. В този случай Застрахователят може да прекрати покритието за това лице и не дължи връщане на платената застрахователна премия;
- да възстанови на Застрахователя платените към Договорен партньор суми в случаите по т. 3 на Раздел XII от тези Общи условия.

2. Права и задължения на Застрахователя:

2.1. Застрахователят има право:

- по всяко време от срока на Застраховката да заяви включване и изключване на лица към Списъка на застрахованите лица/Списъка на членовете на семейството;
- да получава обобщени статистически данни по Застраховката и информация за движението на документите по конкретна Застрахователна претенция;
- да прехвърля права и задължения по Застраховката на друго лице само след получаване на изричното писмено съгласие на Застрахователя.

2.2. Застрахователят няма право:

- да изисква от Застрахователя и да получава каквато и да било информация за здравния статус на Застрахованите лица;
- да създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравните стоки и услуги, обезпечавани от Застрахователя.

2.3. Застрахователят е задължен:

- да предостави исканата от Застрахователя информация за себе си и за кандидатите за застраховане;

- да плаща изцяло и в срок застрахователната премия;
- изчерпателно и точно да информира Застрахованите лица за условията по Застраховката и за последвали нейни изменения, когато същите засягат Застрахованите лица;
- при прекратяване на Застраховката да информира за това Застрахованите лица най-късно в деня, следващ деня на прекратяването.

3. Права и задължения на Застрахователя:

3.1. Застрахователят има право

- преди сключването на Застраховката, да извърши оценка на риска, вкл. медицинска оценка и на това основание да приеме или откаже нейното сключване;
- да откаже включването на лице в Списъка на застрахованите лица/Списъка на членовете на семейството;
- по всяко време да прави промяна в Списъка на договорните партньори и в Пределните цени на здравните стоки и услуги;
- да откаже на Застрахователя или на Застрахованото лице предоставяне на исканата от тях информация, когато това противоречи на закона или условията на Застраховката;
- да проверява документите и фактите по всяка Застрахователна претенция и да изисква представянето на необходимите документи;
- да въвежда, съхранява и обработва данните, относно Застрахованите лица и тяхното здравословно състояние;
- да изисква извършването на медицински преглед на Застрахованото лице за проверка на поставена диагноза, проведено лечение, доставени здравни стоки и услуги в срока за произнасянето по застрахователна претенция;
- да проверява медицинската целесъобразност на ползваните от Застрахованото лице здравни стоки и услуги;
- да получава информация за здравното състояние на Застрахованото лице;
- да получи в срок договорената застрахователна премия;

3.2. Застрахователят се задължава:

- да поддържа на своя интернет сайт актуален Списъка на договорните партньори и Пределните цени на здравните стоки и услуги ;
- да не предоставя под никаква форма, в това число и на Застрахователя, каквато и да било информация, свързана със здравния статус на Застрахованите лица, освен в случаите предвидени по закон;
- да предоставя исканата от Застрахователя статистическа информация за изплатените суми и обезщетения;
- да осигури непрекъснат и свободен достъп на Застрахованото лице до Алианс Здраве;

3.3. Застрахователят не може да бъде държан отговорен и към него не могат да се отправят претенции, в случай че Застрахователят не е изпълнил задълженията си по Застраховката към Застрахованото лице и поради това то, не е могло да упражни правата си по нея или го е направило по начин, който изключва възможността Застрахователя да изпълни задължението си за финансово обезпечаване на направените разходи.

XI. Ползване на здравни стоки и услуги

A. Общи положения при ползване на здравни стоки и услуги

1. Застраховката може да покрива всички или част от необходимите на Застрахованото лице здравни стоки и услуги, което не може да води до ограничаване или промяна в лекарското предписание относно вида, обема и обхвата на здравните стоки и услуги, необходими за диагностиката, лечението и проследяването на определен здравословен проблем на Застрахованото лице, които се определят от лекуващия лекар, съгласно общоприетата актуална добра медицинска практика, утвърдени медицински стандарти и професионални стандарти за медицинска грижа в лекарската общност. Застрахованото лице има право да реши кои и колко от предписаните здравни стоки и услуги желае да ползва, приемайки всички последици от това свое решение, като назначенията на лекуващия лекар и

решенията на Застрахованото лице не водят до задължение на Застрахователя да обезпечи всички предписани и/или ползвани здравни стоки и услуги.

2. Застрахованите лица имат право да ползват договорените здравни стоки и услуги без ограничение в България, да избират свободно лекуващ лекар и лечебно заведение при спазване на условията на Застраховката и в съответствие със своя Застрахователен пакет.
3. Застрахователят не е отговорен за качеството и сроковете, в които се предоставят здравни стоки и услуги от Договорните партньори, тъй като не е изпълнител или доставчик на такива. При възникнали проблеми Застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния Договорен партньор.
- Б. Ползване на здравни стоки и услуги при Абонаментно обслужване**
4. Абонаментно обслужване се прилага по Здравни модули Извънболнична Медицинска Помощ, Болнична Медицинска Помощ и Дентална помощ. При условията на Абонаментно обслужване Застрахованото лице не дължи плащане към съответния Договорен партньор за ползваните здравни стоки и услуги, включени в неговото покритие по Застраховката. С всеки Договорен партньор Застрахователят договаря здравните стоки и услуги, които се предоставят на Застрахованите лица, и Лекарите-специалисти, които да ги изпълняват. В някои Договорни партньори има определен Координатор, а ако няма такъв Застрахованите лица следва да се обръщат към Регистратура.
5. При възникнала необходимост от ползване на здравни стоки и услуги по Здравни модули Извънболнична Медицинска Помощ, Болнична Медицинска Помощ и Дентална помощ Застрахованото лице може да се свърже за записване на час с Договорен

партньор или да го посети директно, както и да използва платформи за записване на часове (вкл. Алианс Здраве може да предоставя връзки към такива) или да се свърже с Асистанс центъра за съдействие. Когато лицето се е свързало с Асистанс центъра, обаждането се регистрира. Асистанс центърът може да осигури записването на час по време на или след приключване на телефонния разговор със Застрахованото лице.

6. Ползването на здравни стоки и услуги, извън дадените изрични указания от страна на Застрахователя или предварително одобрения от него обем и вид, се заплащат от Застрахованото лице. Здравните стоки и услуги, в размер над договорените суми в застрахователната полица или които не са включени в застрахователното покритие, се заплащат от Застрахованото лице.

Абонаментно обслужване по Здравен модул Извънболнична Медицинска Помощ и Здравен модул Дентална помощ

7. При посещение на Договорния партньор, Застрахованото лице информира Координатора/Регистратурата за записания час за преглед и желанието си да ползва стоки и услуги по Застраховката чрез Абонаментно обслужване. Застрахованото лице се легитимира с документ за самоличност и представя Здравна карта. Координаторът/Регистратурата проверява актуалността на Застраховката и покритията на Застрахованото лице на база на информацията, предоставена му от него. Координаторът/Регистратурата може да провери покритието чрез обаждане в Асистанс центъра.
8. След ползване на здравните услуги, Застрахованото лице е длъжно да провери и подпише всички необходими медицински и други документи, които удостоверяват ползваните здравни услуги, неговата диагноза, изследвания, предписано лечение.
9. Ако на Застрахованото лица са назначени високоспециализирани Медицински

изследвания и манипулации, като ЯМР, скенер, ендоскопски изследвания (фиброколоноскопия, гастроскопия, бронхоскопия), сцинтиграфия, както и физиотерапевтични процедури, същото е необходимо да получи предварително писмено одобрение от страна на Застрахователя, като за целта следва да предяви застрахователна претенция пред Застрахователя. Застрахованото лице може да се свърже с Асистанс центъра за получаване на указанията относно процедурата по одобрение.

Абонаментно обслужване по Здравен модул Болнична Медицинска Помощ

10. При посещение с цел постъпване за планирано лечение по Здравен модул Болнична Медицинска Помощ в лечебно заведение за болнична помощ, което е Договорен партньор, Застрахованото лице се легитимира пред Координатора/Регистратурата с документ за самоличност и представя Здравна карта. Координаторът/Регистратурата извършва комуникацията със Застрахователя относно потвърждение на застрахователното покритие, вида и обема на договорените услуги.
11. Преди постъпване в лечебното заведение Застрахованото лице може да предостави на Застрахователя Искане за болнична медицинска помощ (по образец), попълнено от лицето и лекуващия лекар/представител на лечебното заведение. Искането се изпраща на Застрахователя преди планираната дата на постъпване в лечебното заведение. В срок до 3 работни дни след уведомяването му Застрахователят информира Застрахованото лице за вида, обема и обхвата на здравните стоки и услуги, които ще покрие при условията на Застраховката.

В. Ползване на здравни стоки и услуги при Възстановяване на разходи

12. Възстановяване на разходи се прилага по Здравни модули: Извънболнична Медицинска

Помощ, Болнична Медицинска Помощ, Здравни Стоки и Дентална Помощ, като Застрахованото лице заплаща за своя сметка ползваните стоки и услуги и впоследствие предявява Застрахователна претенция пред Застрахователя.

13. Застрахователят покрива Възстановяване на разходи в случаите, когато се ползват здравни стоки и услуги, които по условията на Застраховката се покриват само под формата на Възстановяване на разходи **или** се ползват в Лечебни заведения, които:
 - не са Договорни партньори, включително когато Застрахователят по изрична уговорка е платил директно на такива Лечебни заведения;
 - са Договорни партньори, но тези стоки и услуги не са договорени за предоставяне под формата на Абонаментно обслужване от тях;
 - са Договорни партньори, но тези стоки и услуги са изпълнени от Лекар-специалист, който не е включен в договора между Застрахователя и този Договорен партньор.
14. Когато Застрахованото лице е ползвало и заплатило лично здравни стоки и услуги на Договорен партньор, които са покрити от Застрахователя под формата на Абонаментно обслужване от съответния Договорен партньор, Застрахователят възстановява разхода на Застрахованото лице, в рамките на договорените лимити за Възстановяване на разходи за съответните стоки и услуги, но не повече от 70 % от заплатената от лицето цена за ползваните здравни стоки и услуги.

Г. Ползване на здравни стоки и услуги при Плащане на фиксирана сума

15. Плащането на фиксирана сума като форма на обезщетяване се прилага по Здравен модул Критични Състояния и Второ Медицинско Мнение и при Раждане по Здравен модул Болнична Медицинска Помощ, като се спазва редът по Раздел XII от тези Общи условия.

XII. Плащания от Застрахователя

A. Плащане от Застрахователя при Абонаментно обслужване

1. При Абонаментното обслужване Застрахователят възстановява на всеки Договорен партньор предоставените от него здравни стоки и услуги на Застрахованите лица, съобразно тези Общи условия и сключения между тях договор.
2. Застрахователят мотивирано отказва изцяло или частично плащане към Договорен партньор за здравни стоки и услуги, ползвани от Застрахованото лице при Абонаментно обслужване, когато:
 - размерът на суми за здравните стоки и услуги надхвърлят съответния лимит за Застрахованото лице;
 - здравните стоки и услуги са изключени по Застраховката или са извън обхвата на покритието за Застрахованото лице;
 - здравните стоки и услуги са ползвани извън Периода на покритие за застрахованото лице;
 - Застрахователят не е платил дължимата Застрахователна премия или поредна вноска от нея и за лицето няма валидно застрахователно покритие;
 - Договорния партньор не е съгласувал предварително със Застрахователя ползването на здравни стоки и услуги, в случаите когато такова е необходимо;
 - здравните стоки и услуги са извън дадените изрични указания на Застрахователя към Договорния партньор или предварително одобрения им обем и вид;
 - Застрахованото лице възпрепятства Застрахователя да получи информация за здравословното му състояние и проведено лечение от лекуващи лекари, лечебни заведения и др., необходими за изясняване на основанието и размера на плащането към Договорния партньор;
 - са налице други основания, предвидени в Застраховката или действащото законодателство.
3. Когато Застрахователят откаже плащане по т. 2 от този Раздел, Застрахованото лице е длъжно да заплати на съответния Договорен

партньор ползваните от него здравни стоки и услуги, а ако поради каквато и да е причина Застрахователят е платил на Договорния партньор, Застрахованото лице дължи на Застрахователя възстановяване на платената сума, ведно със законната лихва, от датата на плащането.

Б. Плащане от Застрахователя при Възстановяване на разходи

4. При възстановяване на разходи застрахователна претенцията се предявява от Застрахованото лице, негов законен представител или от надлежно упълномощено лице чрез Заявление за изплащане на обезщетение (по образец) във всяко Структурно звено на застрахователя, по пощата - на адрес: ул. Сребърна № 16, п.к. 1407, столичен район Лозенец, гр. София, или чрез Дигитална платформа Алианц Здраве. Всяка писмена кореспонденция със Застрахованото лице по повод на предявената претенция, в т.ч. уведомления, покани и становища, се изпраща на посочения от него адрес в Заявлението за изплащане на обезщетение. Към заявлението Застрахованото лице е необходимо да приложи всички необходими финансови и медицински документи за ползваните здравни стоки и услуги.
5. Застрахованото лице трябва да обоснове по основание и размер своята застрахователна претенция. За да предяви онлайн своята застрахователна претенция, Застрахованото лице следва да разполага с ИНУ, който се получава чрез Алианц Здраве или Асистианс центъра.
- 5а. Застрахователната претенция и придружаващите я документи се предоставят:
 - 5а.1. в електронна форма – чрез прикачване в Алианц Здраве по съответния ИНУ;
 - 5а.2. на хартиен носител – във всяко Структурно звено на застрахователя.
- 5б. Когато застрахователната претенция е предявена по реда на т.5а.1., срокът за

нейното разглеждане започва да тече от датата на прикачване на документите. Когато застрахователната претенция е предявена по реда на т.5а.2., срокът за нейното разглеждане започва да тече от датата на нейното получаване от Застрахователя.

- 5в. Справки по предявена застрахователна претенция могат да се извършват чрез обаждане в Асисанс центъра всеки работен ден от понеделник до петък от 9:00 до 17:30 часа, без официални празници, по получения ИНУ.
6. С цел установяване на основателността и размера на дължимото плащане по всяка застрахователна претенция, Застрахователят има право да изисква от Застрахованото лице всякаква информация, както и допълнителни медицински и финансови документи. Всички разходи във връзка с подготовката и представянето на необходимите документи са за сметка на Застрахованото лице.
- 7.1. Всички документи, приложени към застрахователната претенция, трябва да отговарят на следните изисквания:
- финансовите документи да отговарят на изискванията на българското законодателство и да са издадени на името на Застрахованото лице, като всяка стока и услуга да е изписана детайлно (по вид, брой и цена) и да е посочена като отделна позиция;
 - медицинските документи да са съставени (вкл. подписани и подпечатани) според образците и указанията за съответния документ и да съдържат изискуемата информация (за индивидуализация и описание на предоставените здравни стоки и услуги, в това число снета анамнеза, поставена диагноза, описание на обективното състояние, назначените изследвания и лечение и др.);
 - рецептата да е издадена не по-рано от датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил, като съдържа изискуемата информация: име, подпис и печат на лекаря, град и дата на издаване, име на пациента, възраст и адрес;
- датите на финансовите документи не трябва да предхождат датата на медицинските документи;
 - към фактура за закупени Лекарствени продукти задължително трябва да бъдат приложени медицинския документ, с който те са предписани и рецептата за тях, в случаите когато не са описани подробно и с дозировка в медицинския документ.
- 7.2. Документите могат да се представят в копие и Застрахованото лице носи отговорност за запазването им в оригинал. Застрахователят може да изиска представянето им в оригинал в срок до 12 месеца от предявяване на застрахователната претенция.
- 7.3. Към претенцията Застрахованото лице съобразно конкретния случай представя необходимите медицински и финансови документи за доказване на ползваните здравни стоки и услуги по основание и размер:
- 7.3.1. медицински документ (за извършен медицински преглед, назначени изследвания и лечение), като може да бъде амбулаторен лист, медицинско направление (Бл. МЗ № 119 98) или друг официален медицински документ с реквизитите на амбулаторен лист;
 - 7.3.2. рецепта за предписаните лекарства или помощни средства, ако не са конкретно записани в медицински документ (амбулаторен лист или друг документ, съдържащ същите реквизити);
 - 7.3.3. фактура/друг първичен счетоводен документ по Закона за счетоводството, придружен от фискален бон/квитанция/документ за безкасово плащане или друг официален документ, съдържащ финансова информация;
 - 7.3.4. епикриза от лечебно заведение;
 - 7.3.5. медицински документ, съдържащ резултати, разчитане и заключение от извършените медицински изследвания;
 - 7.3.6. документ, удостоверяващ необходимостта от Специализиран медицински/санитарен транспорт, издаден от лекуващия лекар;
 - 7.3.7. за дентална помощ - рентгенография предшествваща хирургични услуги;

рентгенография предшестваща и последваща лечение на пулпит и периодонтит; амбулаторен лист с вписани извършени дейности. Не се изисква рентгенография за деца до 18-годишна възраст и за бременни жени. Към първата заведена претенция, свързана с дентална помощ задължително се представя и документ, удостоверяващ пълния дентален статус на Застрахованото лице;

- 7.3.8. стикери/опаковки за закупени диоптрични стъкла/контактни лещи;
- 7.3.9. стикери/опаковки/баркодове за използвани консумативи и медицински изделия или официален документ от лечебно заведение, извършило оперативната интервенция, чрез който да се удостовери влягането им;
- 7.3.10. при Наблюдение на бременност: медицински документи за извършен преглед и установяване на бременност; резултати, разчитане и заключение от проведени изследвания; медицински картон за наблюдение на бременност и финансови документи. В случай че Застрахованото лице ползва пакетна услуга, предлагана от лечебно заведение, Застрахователят възстановява на лицето заплатената цена до лимита по Застраховката, като Застрахованото лице е длъжно да представи подробна писмена информация от лечебното заведение за брой прегледи и видове изследвания, включени в пакетната услуга.
- 7.3.11. за физиотерапия/кинезитерапия: медицински документ за препоръчана физиотерапия/ кинезитерапия от Лекар - специалист по профила на заболяването; медицински документ за извършен преглед и назначена физиотерапия/кинезитерапия от Лекар-специалист по физиотерапия с брой и вид на процедурите; карта с назначени и проведени физиотерапевтични/кинезитерапевтични процедури;
- 7.3.12. за допълнително поискани услуги (подобри битови условия, допълнително обслужване, свързано с престоя в лечебното заведение, избор на лекар или екип от медицински специалисти) при лечение в лечебно заведение за болнична помощ: медицински

документи за проведено лечение; официални документи, чрез които да се удостовери ползването на допълнително поискани услуги и медицинска обосновка за необходимостта им (ако такава е налице);

- 7.3.13. за услуги свързани с рехабилитация, ползвани в специализирани болнични лечебни заведения, епикриза от предшестващо стационарно лечение през последните 3 месеца с назначение на рехабилитацията;
 - 7.3.14. други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разноси.
8. Застрахователят проверява застрахователната претенция и приложените към нея документи и до размера на съответната Застрахователна сума възстановява извършените разходи съобразно вида, обема и обхвата на покритията по Застраховката, като приспада договореното самоучастие на Застрахованото лице, и прилага съответния размер на Пределните цени за здравни стоки и услуги. Застрахователят има право да извършва проверка на обявените от Застрахованото лице обстоятелства относно ползваните здравни стоки и услуги, да изисква медицинска документация от всички лица, които я съхраняват, както и изготвяне на експертно становище.
9. В случай че Застрахованото лице не представи всички изискуеми документи към Застрахователната претенция или някои от представените документи не отговарят на изискванията относно техните реквизити или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по Застрахователната претенция, Застрахователят има право, в срок до 45 дни от получаването на претенцията, писмено да изиска Застрахованото лице да представи необходимите документи.

10. В случай че Застрахованото лице не представи изискваните документи, Застрахователят се произнася мотивирано по основателността и размера на претенцията, не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването ѝ.
 11. В срок до 15 работни дни след постъпване на всички необходими документи, Застрахователят определя и изплаща размера на застрахователното обезщетение или сума, или мотивирано отказва нейното плащане.
 12. Съобразно техническата обезпеченост Застрахованото лице може да проследява статуса на всяка Застрахователна претенция чрез линк към Алианц Здраве или в Клиентския портал My Allianz. Застрахованото лице има достъп по всяка Застрахователна претенция до следната информация: дата на уведомяване на Застрахователя, респективно получаване на ИНУ, предявен размер на претенцията, одобрена сума за плащане, отказана сума за плащане и основание за отказ, платена сума и дата на плащане. Застрахованото лице може да проследява статуса на всички извършени плащания към Договорни партньори за ползвани от него здравни стоки и услуги при Абонаментно обслужване.
 13. Застрахователната претенция и приложените към нея документи не се връщат на Застрахованото лице, включително при изцяло или частично извършен отказ за плащане, освен при изрично писмено искане от Застрахованото лице до Застрахователя. Документите се връщат на Застрахованото лице с приемо-предавателен протокол или друг метод, удостоверяващ приемането и предаването, а при Застрахователя остават техни копия.
 14. Застрахованото лице има право да иска възстановяване само на направените разходи и ползваните стоки и услуги в срока на действие на Застраховката за:
 - 14.1. Лекарствени продукти, предписани от лекар, когато са закупени не по-късно от 7 дни от датата на изписването им (датата на издаването на рецептата). При необходимост от продължително лечение не се изисква спазване на 7-дневния срок при последващо закупуване, ако в медицински документ е отразен срок на лечение по-дълъг от 1 месец и дата на изписване е не по-рано от 6 месеца;
 - 14.2. Помощни или корекционни средства, предписани от лекар, когато са закупени не по-късно от 60 дни от датата на изписването им;
 - 14.3. Клинико-лабораторни и инструментални изследвания, предписани от лекар, когато са проведени не по-късно от 30 дни от датата на назначаването им;
 - 14.4. Физиотерапия по медицински показания, проведена в рамките на 60 дни от назначаването;
 - 14.5. Рехабилитация в условия на стационарно лечение, започнала не по-късно от 3 месеца след приключване на активното лечение.
 - 15.1. При Застрахователна претенция за Възстановяване на разходи за Лекарствени продукти, предписани и закупени в количество, необходимо за лечение за срок, по-дълъг от 30 дни, Застрахователят обезпечава само онази част от разходите, съответстваща на количеството Лекарствени продукти, необходими за лечение до момента на предявяването ѝ.
 - 15.2. Не се заплащат разходи за лекарствени продукти или медицински изделия, закупени чрез онлайн продажба и от търговски обекти, не отговарящи на действащото българско законодателство.
16. Застрахователят Възстановява разходи само за здравни стоки и услуги, които са ползвани и/или закупени през срока на Застраховката и в договорените лимити, но не повече от

размерите на Пределните цени на здравните стоки и услуги.

17. Застрахователят отказва Възстановяване на разходи за здравни стоки и услуги, ползвани от Застрахованото лице, когато:
- здравните стоки и услуги надхвърлят съответния лимит за Застрахованото лице;
 - здравните стоки и услуги са изключени по Застраховката или са извън обхвата на покритието за Застрахованото лице;
 - здравните стоки и услуги са ползвани извън Периода на покритие за застрахованото лице;
 - Застрахованото лице е ползвало здравни стоки и услуги от лице, което не е Изпълнител на здравни услуги/Доставчик на здравни стоки по Застраховката;
 - Застрахованото лице не е доказало по основание или размер своята застрахователна претенция;
 - Застрахователят не е платил дължимата Застрахователна премия или поредна вноска от нея и за лицето няма валидно застрахователно покритие;
 - Застрахованото лице възпрепятства Застрахователя да получи информация за здравословното му състояние и проведено лечение от лекуващи лекари, лечебни заведения и др., необходими за изясняване на основанието и размера на Застрахователната претенция;
 - са налице други основания, предвидени в Застраховката или действащото законодателство.
- 17а. Застрахователят отказва Възстановяване на разходи за здравни стоки и услуги, ползвани от Застрахованото лице, в частта, надхвърляща размерите на Пределните цени на здравните стоки и услуги.
18. Редът и начинът за предявяване на Застрахователните претенции и за изплащане на застрахователни суми/обезщетения по Застраховката са уредени в Правилата за дейността по уреждане на застрахователни претенции за Групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“, които заедно с образците на Застрахователя по тези Общи условия са

публикувани на интернет сайта на Застрахователя.

В. Плащане на фиксирана сума от Застрахователя

19. При Плащане на фиксирана сума застрахователна претенцията се предявява от Застрахованото лице, негов законен представител или от надлежно упълномощено лице чрез Заявление за изплащане на обезщетение. Към заявлението се прилагат както следва:
- при Раждане: епикриза за раждането;
 - при Критични Състояния И Второ Медицинско Мнение - медицински документи, доказващи диагностицирането на състоянието.
20. Застрахователят отказва плащане на фиксирана сума на Застрахованото лице, когато:
- е изчерпан съответният лимит за Застрахованото лице;
 - състоянието на Застрахованото лице е извън обхвата на неговото покритие;
 - Критичното състояние е диагностицирано преди изтичането на Изчаквателния период;
 - Застрахованото лице не е доказало по основание или размер своята застрахователна претенция;
 - Застрахователят не е платил дължимата Застрахователна премия или поредна вноска от нея и за лицето няма валидно застрахователно покритие;
 - Застрахованото лице възпрепятства Застрахователя да получи информация за здравословното му състояние и проведено лечение от лекуващи лекари, лечебни заведения и др., необходими за изясняване на основанието и размера на Застрахователната претенция;
 - са налице други основания, предвидени в Застраховката или действащото законодателство.

Г. Общи положения при плащания от Застрахователя

21. Застрахователят има право да изисква представянето и на други документи, освен посочените в тези Общи условия, за да

извърши проверка на обхвата и обема на ползваните здравни стоки и услуги от Застрахованото лице, както и верността на информация, която е предоставена при сключването на Застраховката, информация относно здравословното състояние на Застрахованото лице и за изясняване на Застрахователното събитие. Застраховачият, Застрахованото лице и Изпълнителите на здравни услуги/Доставчиците на здравни стоки са длъжни да представят, при поискване от страна на Застрахователя, всички данни и сведения по предходното изречение, които са им известни, както и да съдействат на Застрахователя за изясняване на всички обстоятелства и факти, относими към установяване на основанието и размера на претенцията.

22. Застрахователят има право да изиска допълнителен (контролен) преглед на Застрахованото лице, с оглед диагностично уточнение или преценка на назначената терапия. Този вид преглед се извършва по изключение, след уведомяване на лицето за часа и мястото на прегледа, като разходите са за сметка на Застрахователя. При липса на потвърждение на диагноза/терапията или при отказ от страна на Застрахованото лице да се проведе такъв преглед, Застрахователят има право да откаже изцяло или частично изплащане на суми за съответните здравни стоки и услуги.
23. В случай на смърт на Застрахованото лице, след като е получило здравни стоки и услуги, Застрахователят възстановява разходите или изплаща дължимите суми за тях на правоимащите – Договорни партньори или законните наследници, въз основа на представени документи. В случай на плащане на законните наследници, същите следва да представят Удостоверение за наследници и номер на банкова сметка, по която да се извърши плащането.
24. Застрахователят извършва плащания при Възстановяване на разходи и Плащане на фиксирана сума по изрично посочена от Застрахованото лице банкова сметка.

XIII. Ограничителна клауза за икономически санкции

1. Застрахователят не е длъжен да предоставя покритие или да плаща застрахователни суми/обезщетения, които покритие или застрахователни суми/обезщетения биха изложили Застрахователя на санкция, забрана или ограничение съгласно резолюции на ООН или търговски или икономически санкции, закони или регламенти на Европейския съюз, Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия или Съединените американски щати.
2. Тази Застраховка не осигурява покритие и не предвижда изплащане на застрахователни суми/обезщетение за случаите, в които застрахователното покритие и/или изплащането на застрахователни суми/обезщетение биха поставили Застрахователя в нарушение на посочените по-горе икономически санкции.
3. При хипотезите на т.1 и т.2 по-горе Застрахователят има право да откаже изплащането на застрахователни суми/обезщетения и/или да прекрати Застраховката, като тези хипотези допълват всички останали основания за отказ от изплащане на застрахователни суми/обезщетения и основания за прекратяване на Застраховката.

XIV. Защита на лични данни. Конфиденциалност

1. Застрахователят обработва личните данни, които се предоставят при и по повод сключването, действието и прекратяването на тази Застраховка, вкл. при обработване на застрахователни претенции, на основанията и за целите, посочени в Съобщението за защита на личните данни на ЗАД „Алианц България“, достъпно на: www.allianz.bg/gdpr/.
2. Застраховачият е длъжен преди сключването на Застраховката да предостави и по време на действието ѝ да осигури или посочи достъп на всяко

Застраховано лице до Съобщението за защитата на личните данни на ЗАД „Алианц България“.

3. Застрахователят е длъжен да пази търговската тайна на Застрахователя, като не прави достояние пред трети лица, под каквато и да било форма, информация, свързана със сключването, съдържанието и/или изпълнението на Застраховката или всяка информация свързана с тарифи и ценови условия и каквито и да било други данни и информация за Застрахователя, които са му станали известни във връзка със Застраховката, както и да не прави достояние пред Застрахованите лица, ценовите условия и другите условия на нея, които не се отнасят и нямат отношение към упражняването на техните права.
4. Информацията, която получава Застрахователят относно Застрахованото лице по Застраховката, е застрахователна тайна и може да бъде предоставяна на други лица само в изрично определените от закона случаи и може да бъде използвана единствено за целите на оценката на риска, сключването, поддържането на Застраховката и обработката на Застрахователни претенции и плащанията по тях.

XV. Жалби

1. Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби на всеки етап от обслужването им:
 - в писмен вид - във всяко Структурно звено на Застрахователя;
 - по поща – на адрес: ул. Сребърна № 16, п. к. 1407, столичен район Лозенец, град София;
 - на имейл адреса за оплаквания: cm@allianz.bg;
 - на интернет сайта www.allianz.bg чрез контактна форма в секция „Свържи се с нас“.

При подаване на жалбата от подателя се изисква да посочи актуален адрес (и/или имейл адрес) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя.

2. Редът за подаване и разглеждане на жалби по повод на застрахователни претенции е съгласно Правилата за дейността по уреждане на застрахователни претенции за Групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“, които са достъпни на интернет сайта www.allianz.bg.
3. В законоустановения срок Застрахователят изпраща мотивиран писмен отговор по подадената жалба.
4. На територията на България споровете, свързани с предоставянето на застрахователни услуги, могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите (адрес: гр. София 1000, ул. Врабча № 1, ет. 3, 4 и 5; тел. 02/ 9330 588; интернет сайт www.kzp.bg; имейл адрес: adr.ins@kzp.bg).
5. Всички запитвания, молби, жалби и/или възражения, по повод на движението и/или разглеждане на Застрахователна претенция на Застрахованото лице, се депозират в писмена форма, като Застрахователят е длъжен да отговори в определения в КЗ срок. В случай че за изготвяне на отговора е необходимо Застрахователят от своя страна да отправи запитване към трето лице или по случая следва да се произнесе държавен орган, Застрахователят уведомява съответното лице, че ще отговори окончателно след получаване на съответния отговор.

XVI. Приложимо право. Подсъдност

1. Договорните отношения между Застрахователя, Застрахованите лица и Застрахователя се уреждат от условията на Застраховката и действащото българско законодателство. За неуредените в Застраховката въпроси се прилага действащото българско законодателство.
2. Споровете, възникнали във връзка със застрахователното правоотношение, се разрешават по доброволен ред, а при

непостигане на споразумение - от компетентен български съд.

XVII. Суброгация. Давност

1. С плащането от страна на Застрахователя по Застраховката, в случаите, в които Застрахователният риск е реализиран в резултат на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на Застрахованото лице срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение.
2. Застрахованото лице е длъжно да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.
3. Отказът на Застрахованото лице от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последният да упражни правата си.
4. Правата и задълженията по Застраховката във връзка със застрахователни суми или обезщетения се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователно събитие.

XVIII. Адреси за кореспонденция. Съобщения

- 1.1. Адресът за кореспонденция на Застрахователя и Застраховачия се посочват в застрахователната полица. Адресът на управление на Застрахователя и Застраховачия се счита за адрес за кореспонденция, освен ако страните договорят друго помежду си.
- 1.2. Данните за контакт на Застрахованото лице (мобилен телефонен номер и имейл адрес) се посочват в Списъка на застрахованите лица.
- 2.1. Застраховачият е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователната полица или в други документи, предоставени на Застрахователя. В случай че Застраховачият не изпълни това свое задължение или посочи невярна

информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застраховачия, последно обявен пред Застрахователя, се смята за връчено и получено от Застраховачия с всички предвидени в закона или в Застраховката правни последици.

- 2.2. Застрахованото лице е длъжно да поддържа пред Застрахователя актуални своите данните за контакт (мобилен телефонен номер и имейл адрес), които се считат за адрес за кореспонденция по смисъла на КЗ.
3. Застраховачият може да посочи на Застрахователя и имейл адрес и мобилен телефон номер на свой/и служител/и, на които Застрахователят да изпраща електронни съобщения и/или текстови съобщения за дължими застрахователни премии, предсрочно прекратяване на Застраховката и други. Застраховачият е длъжен да уведоми Застрахователя за променени мобилен телефонен номер или имейл адрес. В случай че Застраховачият не уведоми писмено Застрахователя за промяната, съобщенията, изпратени на обявените пред Застрахователя мобилни телефонни номера/имейл адреси, се смятат за връчени и получени от Застраховачия с всички предвидени в закона или Застраховката правни последици.

- 4.1. Всяка промяна на адреса за кореспонденция на Застраховачия по т. 1.1. и на данните по т. 3 от този Раздел се извършва след представяне на писмено Заявление за промяна от негова страна, придружено с удостоверяващите документи, изисквани от Застрахователя. Заявлението за промяна може да бъде подадено:
 - във всяко Структурно звено на Застрахователя;
 - по поща - на адрес: ул. Сребърна № 16, п. к. 1407, столичен район Лозенец, град София;
 - на имейл адреса health@allianz.bg.
- 4.2. Актуализирането на данните за контакт на Застрахованото лице (мобилен телефонен номер и имейл адрес) не се счита за промяна по Застраховката и Застрахованото лице

може да ги актуализира чрез Застрахователя или лично. Застрахованото лице може да актуализира своите данни за контакт лично пред Застрахователя, като т. 2 на Раздел XIX от тези Общи условия не се прилага и то следва да подаде писмено Заявление за промяна:

- във всяко Структурно звено на Застрахователя;
- по поща - на адрес: ул. Сребърна № 16, п. к. 1407, столичен район Лозенец, град София.

XIX. Допълнителни условия

1. Застрахователят приема, че ако Застрахователят е изразил своето изрично съгласие в застрахователната полица и/или други писмени договорености между страните, че:
 - 1.1. правната сила на електронния подпис и на усъвършенствания електронен подпис е равностойна на тази на саморъчния подпис на лицето, правещо изявления по повод на Застраховката; и
 - 1.2. желае да бъде адресат на Електронни изявления по смисъла на чл. 5 от ЗЕДЕУУ по повод на Застраховката, в случаите, когато писмената форма на уведомяване по Застраховката е задължителна, съгласно КЗ, уведомяванията между страните по Застраховката могат да се извършват и чрез използването на електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 10 от Регламент (ЕС) № 910/2014 или на усъвършенстван електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 11 от Регламент (ЕС) № 910/2014.
2. Застрахователят приема, че ако Застрахованото лице е изразило своето изрично съгласие в Алианс Здраве, че:
 - 2.1. правната сила на електронния подпис и на усъвършенствания електронен подпис е равностойна на тази на саморъчния подпис на лицето, правещо изявления по повод на Застраховката; и
 - 2.2. желае да бъде адресат на Електронни изявления по смисъла на чл. 5 от ЗЕДЕУУ по повод на Застраховката в случаите, когато

писмената форма на уведомяване по Застраховката е задължителна, съгласно КЗ, уведомяванията могат да се извършват и чрез използването на електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 10 от Регламент (ЕС) № 910/2014 или на усъвършенстван електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 11 от Регламент (ЕС) № 910/2014.

XX. Дефиниции и съкращения

1. За целите на тези Общи условия за групова медицинска застраховка „Алианс Здраве“ се използват следните дефиниции:
 - **Абонаментно обслужване** е форма на обезщетяване, при която Застрахователят осигурява предоставянето на договорените здравни стоки и услуги на Застрахованите лица чрез Договорни партньори, при условията, договорени по Застраховката, като Застрахователят извършва плащания директно към Договорния партньор.
 - **Аорто-коронарен байпас** е хирургична операция чрез торакотомия, извършена с цел корекция или лечение на сърдечно-съдово заболяване.
 - **Асистанс център** е контактен Call center на Застрахователя, който предоставя услуги на Застрахованите лица 24 часа 7 дни в седмицата, като им оказва съдействие при възникнала необходимост от ползване на здравни стоки и услуги (вкл. уточняване естеството на проблема, насочване към Изпълнител на здравни услуги/Доставчик на здравни стоки и при възможност записване на час за преглед) и получаване на Индивидуален номер на уведомление (ИНУ). Информация за статус на предявени, вкл. платени претенции, както и информация за покрития и лимити за Застраховано лице, се предоставя всеки работен ден от понеделник до петък от 9:00 до 17:30 часа, без официални празници. Ползването услугите на Асистанс центъра изисква предоставяне на ЕГН/ЛНЧ и три имена на Застрахованото лице. Асистанс център може да дава обвързващи указания за насочване към определен Договорен партньор и да координира с него вида,

обема и обхвата на одобряваните здравни стоки и услуги, когато е относимо.

- **Безплодие (инфертилитет)** е невъзможност да се зачене (стерилитет), невъзможност да бъде доизносена бременността, докато плодът стане жизнеспособен (недоизносване) и нежизнеспособност на новороденото.
- **Бременност** е периодът от датата на първоначалното установяване на зачеването до датата на Раждането.
- **Бъбречна недостатъчност** е състояние, изразяващо се в хронична необратима недостатъчност на функцията и на двата бъбрека, в резултат на което се налага регулярна диализа или бъбречна трансплантация.
- **Второ медицинско мнение** е услуга, предоставена от водещ медицински център извън България, предложен от Застрахователя, при която от разстояние и на базата на медицинска документация, се изготвя доклад, включващ независима експертна оценка от лекар-специалист с цел проверка на първоначално поставените диагноза и план за лечение на Застрахованото лице и експертна препоръка за най-подходящото негово лечение.
- **Възстановяване на разходи** е форма на обезщетяване, при която Застрахователят възстановява, направените разходи от Застрахованите лица за закупени от тях здравни стоки и услуги при условията, договорени в Застраховката.
- **Група застраховачи** са работодатели/възложители, които са свързани лица по §1 от Допълнителните разпоредби на ТЗ и застрахованите от тях лица се считат, че са от една и съща Застрахована група.
- **Дентална помощ** е система от профилактични, диагностични и лечебни дейности, осигурявани от Лекари по дентална медицина - специалисти или изпълнители на дентална помощ.
- **Дигитална платформа Алианц Здраве (Алианц Здраве)** е електронна платформа,

използвана от Застрахователя, чрез която Застрахованото лице през интернет свързаност достъпва информация по Застраховката за индивидуалните Период на застрахователно покритие, Застрахователен пакет и застрахователен сертификат. При всяко достъпване до Алианц Здраве се визуализира актуална информация за Застрахованото лице и Членовете на неговото семейство, които са до 18 години. Алианц Здраве осигурява достъп до тези Общи условия, Наръчника за застрахованите лица и Списъка на договорните партньори и възможност за получаване на ИНУ.

- **Доброкачествен тумор** на мозъка е животозастрашаващ тумор, който има симптоми на увеличено интракраниално налягане, например оток на папилата, психични симптоми, припадъци и нарушение на чувствителността. Туморът трябва да изисква необходимостта от хирургична намеса с цел пълното или частично му отстраняване, доколкото е възможно, или да се лекува чрез химиотерапия/лъчелечение, или да се счита за неоперабилен и нарастващ, както и да налага започването на палиативни грижи.
- **Договорни партньори** са Изпълнители на здравни услуги и Доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключени договори за Абонаментно обслужване за предоставяне на определени здравни стоки и услуги.
- **Доставчик на здравни стоки** е търговец, регистриран по ТЗ, който има право да доставя, дистрибутира или продава здравни стоки в България.
- **Електронен документ** е електронен документ по смисъла на чл. 3, т. 35 от Регламент (ЕС) № 910/2014, а именно: всяко съдържание, съхранявано в електронна форма, по-специално текстови или звуков, визуален или аудио-визуален запис.
- **Електронно изявление** по смисъла на чл. 2 от ЗЕДЕУУ е словесно изявление, представено в цифрова форма чрез общоприет стандарт за преобразуване, разчитане и представяне на информацията.

Електронното изявление може да съдържа и несловесна информация.

- **Животозастрашаващ злокачествен тумор** е злокачествен тумор, доказан с хистопатологично потвърждение, който се характеризира с прогресивно, неконтролирано разрастване, разпространение на злокачествени клетки и инвазия и разрушаване на нормалните и заобикалящи тъкани. Туморът трябва да налага консервативно лечение, хирургична намеса или палиативни грижи.
- **Заболяване** е съвкупността от субективни оплаквания и клинични прояви на структурни и функционални увреждания на организма, диагностицирани в Периода на застрахователно покритие в лечебно заведение и регистрирани в официален медицински документ, издаден от това лечебно заведение. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.
- **Загуба на говора** е пълна и невъзвратима загуба на говора в резултат на Заболяване или Злополука. Загубата на говора трябва да продължава без прекъсване 12 месеца.
- **Загуба на слуха** е невъзвратима загуба на слуха на двете уши, с праг на чувателност над 90 децибела, като резултат от Заболяване или Злополука.
- **Застрахована група** е група от минимум 10 броя Застраховани лица, поименно определени в списък към застрахователната полица, които са в трудово/служебно или друго подобно правоотношение с един и същ работодател/възложител.
- **Застраховано лице** е физическо лице, чиито имуществени блага са предмет на застрахователна защита по Застраховката.
- **Застрахователен период** е периодът, за който се изчислява застрахователната премия, който период е една година.
- **Застрахователна претенция** е писмено искане от Застраховано лице към Застрахователя за заплащане на възникнали или извършени разходи за здравни стоки и услуги, покрити по Застраховката.
- **Застрахователна сума** е договорената между страните и посочена в застрахователната полица парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя.
- **Застрахователна сума** за Застраховано лице е максималният лимит на отговорност на Застрахователя за Застраховано лице за срока на Застраховката съобразно неговия Застрахователен пакет. Някои от покритията по Застрахователния пакет имат лимити, които се определят на база на период от време (напр. срок на Застраховката), а други лимити се определят на база на събитие (напр. пътуване, посещение).
- **Застрахователно събитие** е настъпването на покрит риск, изразяващ се във възникването на разходи от ползването на здравна стока и услуги по повод на Заболяване или в следствие на Злополука, или други договорени здравни стоки и услуги, вкл. при профилактика, Бременност и Раждане.
- **Застрахованец** е физическо или юридическо лице, страна по Застраховката, което е работодател по смисъла на Кодекса на труда, възложител по договор за управление/по служебно правоотношение или по друг вид договор, от който може да се направи обоснован извод за отношенията между него и лицата, на които е възложено изпълнението на определен вид дейност/работа като напр., но не само - договор на адвокат в адвокатско дружество. Застрахованецият може при условията на Застраховката да бъде и Застраховано лице.
- **Застраховка** е застрахователният договор, който се състои от тези Общи условия, застрахователната полица и приложенията към нея, Въпросника за сключване на застраховката, когато е относимо - Въпросник - декларация за здравословното състояние от Застрахованите лица и Членове на семейството им, и другите

писмени договорености между страните, ако има такива.

- **Звено за неотложна медицинска помощ** се разкрива в лицензирано лечебно заведение, съгласно Наредба № 10 от 31.05.1994 г. за неотложната медицинска помощ.
- **Здравен модул** включва регламентирани по вид, обем и обхват здравни стоки и услуги и описание на приложимите условия, в т.ч. форма на обезщетяване, лимити и подлимити на плащания, Изчаквателни периоди и Самоучастия. Здравните модули са Извънболнична Медицинска Помощ, Болнична Медицинска Помощ, Критични Състояния и Второ Медицинско Мнение, Здравни Стоки и Дентална Помощ, групирани в следните застрахователни пакети – Комфорт, Екстра и Макс, и предлагани в различни нива. Към всеки застрахователен пакет може да бъде закупен допълнително здравен модул Профилактика, който се предлага в различни варианти.
- **Здравна карта** е индивидуално предоставена от Застрахователя на всяко Застраховано лице карта като индивидуална пластика или в дигитална форма, съдържаща име, номер и срок на валидност.
- **Злополука** е всяко събитие, настъпило в Периода на застрахователно покритие, което е довело до телесно увреждане на Застрахованото лице, в резултат на непредвидени, случайни и внезапни въздействия от външен произход. Събитието не трябва да е причинено умишлено от Застрахованото лице, от негово заболяване или от постепенен физически или умствен процес. За Злополука се признават и случаите на изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, причинени за първи път от внезапно налягане на собствени сили.
- **Измамливи действия, средства или похвати** са всякакви действия или бездействия, средства или похвати, които могат да въведат, въвеждат в заблуждение или поддържат съществуващо заблуждение

у представители/служители на Застрахователя относно настъпването на Застрахователното събитие, размера на претърпените вреди или други обстоятелства, които са от значение за възникване правото за получаване на застрахователна сума или обезщетение или за определяне на техния размер.

- **Изпълнител на здравни услуги** е физическо или юридическо лице, регистрирано по ЗЛЗ и имащо право да извършва медицинска дейност на територията на България, съгласно действащото законодателство. За целите на тези Общи условия не са Изпълнители на здравни услуги центрове за психично здраве, лечебни заведения или обособени части от тях за лечение на наркомании и алкохолизъм, хосписи и домове за медико-социални грижи.
- **Изчаквателен период** е периодът от време от влизане в сила на застрахователното покритие, през който само определено покритие по Застраховката не е в сила и Застрахователят не дължи плащане за определени здравни стоки и услуги. В случаите на Злополука и при подновяване на изтичаща Застраховка не се прилага Изчаквателен период.
- **Импланти** са медицински изделия, които се поставят чрез хирургическа или друга медицинска интервенция в човешкото тяло и остават в него за период по-дълъг от 30 дни, които могат да бъдат изкуствени лещи, стентове, пейсмейкъри, изкуствени стави, импланти и други остеосинтетични средства.
- **Индивидуален номер на уведомление (ИНУ)** е уникален номер, който се генерира от информационната система на Застрахователя, след като лицето ползва съответната функционалност в Алианц Здраве за получаване на ИНУ или се свърже с Асистанс центъра за целите на предявяване на застрахователна претенция по повод на ползвани здравни стоки и услуги. ИНУ се изпраща като текстово съобщение на мобилния телефонен номер или на имейл адреса на Застрахованото лице, посочен пред Застрахователя при

склучване на Застраховката или в следствие при спазване на реда по тези Общи условия, и се визуализира в Алианс Здраве.

- **Квота на щетимост** на Застраховач се изчислява за едногодишна Застраховка (без Здравен модул Профилантика) по следната формула $KЩ (\%) = [(ПлЗП + НПлЗП) : ЗПр] \times 100$ (където: КЩ е Квота на щетимост в проценти; ПлЗП е общ размер на платени Застрахователни претенции по Застраховката; НПлЗП е общ размер на предявени, но неплатени Застрахователни претенции по Застраховката; ЗПр е общ размер на Застрахователните премии по Застраховката. При определяне на квотата не се калкулира размерът на претенциите, по които Застрахователят има право на регрес.).
- **Клиентски портал My Allianz** е интернет базирана система (платформа), посредством която Застрахователят предоставя услуги и съдържание на регистрирани потребители. Клиентският портал My Allianz се зарежда чрез линк от интернет сайта www.allianz.bg или чрез директно зареждане на интернет страницата www.myallianz.allianz.bg.
- **Кома** е състояние на безсъзнание с липса на реакция на вътрешни или външни стимули, продължаващо без прекъсване повече от 96 часа и налагащо използването на животоподдържащи системи. Комата трябва да води до неврологичен дефицит, причиняващ трайна и невъзвратима способност на Застрахованото лице да се движи от стая в стая на едно ниво, или да се храни самостоятелно, или да общува с околните чрез вербална реч, или резултатът от Теста за минимален психически статус да бъде под 16 точки.
- **Координатор** е служител в Договорен партньор, който при Абонаментно обслужване съдейства за ползването на здравни стоки и услуги от Застрахованото лице и оформянето на необходимите медицински и финансови документи за Застрахованото лице.
- **Корекционни средства** са средствата, използвани за корекция на жизнено функции, предписани от лекар и закупени по време на действие на Застраховката. Корекционни средства са напр. контактни лещи или стъкла за очила.
- **Лекар – специалист** е правоспособно лице с висше образование по специалност „Медицина“ и професионална квалификация „лекар“, което е придобило специалност и упражнява професията си на територията на България в съответствие с действащото законодателство.
- **Лекар по дентална медицина – специалист** е правоспособно лице с висше образование по специалност „Дентална медицина“ и професионална квалификация „лекар по дентална медицина“, което е придобило специалност и упражнява професията си на територията на България в съответствие с действащото законодателство.
- **Лекарствен продукт** е съгласно ЗЛПХМ. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар и се намират в пряка причинно-следствена връзка с поставената диагноза на Застрахованите лица. За целите на тези Общи условия не са Лекарствени продукти всички билки, синтезирани билкови препарати, препарати с превантивно действие, хранителни добавки, противозачатъчни средства, когато водещото е контрацептивното им действие, специализирани храни, биостимулатори и медицинска козметика.
- **Лечение** е медицинска процедура, необходима за отстраняване или облекчаване на Заболяване или травма на Застрахованото лице.
- **Медицинска помощ** е система от диагностични, лечебни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти и изпълнители на медицинска помощ.
- **Медицинска целесъобразност** се отнася за здравни стоки или услуги, които трябва да бъдат:

- от първостепенно значение за диагностицирането или лечението на състоянието, болестта или травмата на пациента;
- съответни на симптомите, диагнозата или лечението на състоянието на пациента;
- съответни на общоприетата актуална добра медицинска практика, утвърдени медицински стандарти и професионални стандарти за медицинска грижа в лекарската общност;
- необходими по причини, които са различни от осигуряване на удобство и изгода за пациента или неговия лекар;
- с доказана лечебна стойност;
- най-подходящи по вид и ниво/категория на съответната стока и услуга;
- предоставени в подходящо лечебно заведение, подходяща среда и подходящо ниво на грижата с оглед на лечението на състоянието на пациента;
- предоставени единствено за подходящ период от време.

Целесъобразен означава да се отчитат факторите „безопасност на пациента“ и „икономичност“.

Когато се отнася до болнично лечение, целесъобразен от медицинска гледна точка означава и диагноза, която не би могла да бъде поставена, или лечение, което не би могло да бъде проведено, по безопасен и ефективен начин извън условията на болнично лечение.

- **Медицински изследвания** е прилагането на методи за разкриване на патологичните отклонения от нормалните физиологични показатели на организма, прилагани от квалифицирани лица, оторизирани в съответствие с действащото законодателство да ги извършват. Резултатите от медицинските изследвания следва да бъдат отразени в официален медицински документ. Изследванията се назначават от лекуващия лекар по съществуващи медицински показания.
- **Медицински консумативи** са медицински изделия, по смисъла на ЗМИ, необходими в медицинската практика при извършване на диагностични и терапевтични дейности, употребени в хода на профилактика,

диагностика и лечение, съобразно дадено за тях лекарско предписание. Към тях спадат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, абокати, инжекционни спринцовки, игли, катетри и други консумативи, свързани с диагностиката и лечението на Застрахованото лице.

- **Медицински преглед** е комплекс от методи за обследване състоянието на пациента, включващ: анамнеза, установяване на обективно състояние, физикални и апаратни методи за изследване на здравословното състояние на Застрахованото лице, както и комплексна преценка на резултатите от клиничното търсене, поставяне на диагноза и назначаване на лечение. За целите на тези Общи условия не са медицински прегледи, дейностите, изпълнени от екстрасенси, народни лечители и неспособни медицински (физически и юридически) лица. Медицинският преглед може да е извършен и в дома на пациента при неотложни показания.
- **Миокарден инфаркт (МИ)** е доказано нарушено кръвоснабдяване на част от сърдечния мускул поради недостатъчен кръвоток към съответния район. МИ трябва да отговаря едновременно на следните критерии: типична централна гръдна болка; диагностично увеличение на специфичните сърдечни маркери, типични за МИ; нови ЕКГ промени за МИ; доказателство за редукция на левокамерната функция, намалена фракция на изтласкване или значителна хипокинезия, акинезия или нарушения в движенията на стената в резултат на МИ.
- **Мозъчен инсулт** е остро нарушение на кръвообращението на мозъка в резултат на мозъчно-съдов инцидент, изразяващо се в неврологичен дефицит, който води до трайна и необратима способност на Застрахованото лице да се движи от стая в стая на едно ниво, или да се храни самостоятелно, или да общува с околните чрез вербална реч, който промени са констатирани не по-рано от 3 месеца от датата на Мозъчния инсулт. Мозъчният

инсулт трябва да бъде безспорно доказан чрез компютърно-томографско, магнитно-резонансно изследване или аналогични подходящи образни диагностички, на които се установяват инфаркт на мозъчната тъкан или интракраниален или субарахноидален кръвоизлив.

- **Наблюдение на бременност** е провеждането на определени прегледи и изследвания, извършени с цел проследяване състоянието на Бременната, плода и развитието на Бременността.
- **Наръчник за застрахованите лица** е документ, предоставен от Застрахователя, който съдържа информация по Застраховката, относима за Застрахованите лица и който Наръчник не е част от Застраховката.
- **Неконвенционални методи** за въздействие върху индивидуалното здраве са методи за диагностика и лечение, прилагани от лица, осъществяващи дейност съгласно Глава VI от ЗЗ и Наредба № 7 от 1.03.2005 г. за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве.
- **Неотложна медицинска помощ** е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на Заболяването.
- **Неотложно състояние** е всяко възникнало болестно състояние или обострено хронично заболяване, което е довело до дискомфорт на лицето и е предпоставка за търсене на медицинска помощ и носи риск от евентуално нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло. Неотложното състояние изисква срочна намеса от страна на медицински специалист за изясняване и диагностициране на това състояние, предприемане на мерки за овладяване на

придружаващите го симптоми и синдроми (болка, гадене, повръщане и други) и последващо предприемане на лечебни мероприятия.

- **Обем на здравните стоки и услуги** е количеството предоставяни здравни стоки и услуги, до които Застрахованите лица имат достъп при условията на Застраховката.
- **Обхват на здравните стоки и услуги** са видовете предоставяни здравни стоки и услуги, до които Застрахованите лица имат достъп при условията на Застраховката.
- **Оперативно (хирургическо) лечение** е непосредственият лечебен процес, когато с хирургически способности се извършва корекция на патологични състояния на органи или системи, както и цялото многообразие от оперативни вмешательства, извършвани еднократно или многократно, но взаимосвързани – в точно определено време, отразено в оперативния журнал на амбулаторните или болнични звена, включващи операционна дейност в лечението.
- **Остро заболяване** е заболяване с внезапно начало, бързо прогресиране на симптоматиката и кратка продължителност, проявяващо се с интензивни, тежки симптоми, като например силна болка. За такова заболяване се очаква да се повлияе бързо от адекватно лечение.
- **Отделение за спешна медицинска помощ** е звено, открито на територията на многопрофилна болница, което разполага с необходимите квалифицирани медицински кадри, апаратура и условия за оказване на необходимия обем от Спешна медицинска помощ на всяко лице, нуждаещо се от такава.
- **Оценка на риска** е процедура на Застрахователя, прилагана за целите на сключването на Застраховката и предоставянето на застрахователното покритие, която може да включва и медицинска оценка на риска.
- **Парализа** е постоянна и пълна загуба на функциите на два или повече крайника в резултат на травма/заболяване на

гръбначния мозък, като под крайник се разбира цял/а ръка/крак.

- **Период на застрахователно покритие** е периодът, в който Застрахователят носи риска по Застраховката.
- **Период на покритие на Застрахованата група** е периодът на Застрахователно покритие за лицата, включени в Списъка на застрахованите лица по Застраховката.
- **Период на покритие на Застраховано лице** е периодът на Застрахователно покритие за едно Застраховано лице по Застраховката.
- **Плащане на фиксирана сума** е форма на обезщетяване, при която Застрахователят плаща на Застрахованото лице фиксирана сума при настъпването на условията, предвидените в Застраховката, независимо от размера на разходите за здравни стоки и услуги.
- **Помощни средства** са средствата, използвани за подпомагане на жизненоважни функции, предписани от лекар и закупени по време на действие на Застраховката. Помощни средства са напр. протези за крайници, патерици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки, катетри, колекторни торбички и уринатори.
- **Пределни цени на здравни стоки и услуги** са максимално допустимите цени на определени здравни стоки и услуги, които Застрахователят изплаща при Възстановяване на разходи, като актуалните пределни цени и видове здравни стоки и услуги се публикуват на интернет сайта на Застрахователя и в Алианс Здраве.
- **Преднамерено излагане на опасност** е умишлен, волеви и осъзнат акт на Застрахованото лице, в резултат на който уврежда или създава реална опасност за увреждане на своето здраве или телесната цялост.
- **Предхождащо (предишно) състояние** е болестни или свързани състояния на Застраховано лице, за които са се проявили един или повече симптоми преди началото на застрахователното покритие, независимо дали е било установено от лекар или е било

известно само на Застрахованото лице или Членове на неговото семейство. Всяко заболяване или свързано състояние, което в момента е, някога е било или би могло основателно да се заключи, че е било известно на Застрахованото лице или Членове на неговото семейство, се счита за предхождащо такова.

- **Раждане** е здравна услуга, изразяваща се в предоставяне на медицинска помощ, здравни грижи и битови условия на Застраховано лице в Лечебно заведение, по повод раждане на дете.
- **Разумни и обичайни разходи** са разходи за здравни стоки и услуги, извършени според утвърдения медицински стандарт и общоприетата актуална добра медицинска практика, като цената на всяка ползвана стока/услуга не трябва да надвишават с повече от 50 % средната стойност на съответните договорени цени между Застрахователя и неговите Договорни партньори за тази стока/услуга за текущата календарна година.
- **Самоучастие** е сумата, с която Застрахованото лице участва в покриване на разходите за здравни стоки и услуги по Застраховката. Видът и размерът на самоучастието на Застраховано лице се определя в застрахователната полица. Самоучастието може да се прилага в различен размер за отделните Здравни модули и здравни стоки и услуги.
- **Слепота** е клинично доказано невъзвратимо намаление на зрението на двете очи в резултат на Заболяване или Злополука. При корекция зрителната острота трябва да бъде под 6/60 по метричната скала или 20/200 съгласно теста на Снелен или да има намаляване на зрителното поле до 20 градуса или по-малко.
- **Специализиран медицински/санитарен транспорт** е транспортирането на Застраховано лице при необходимост от медицинска гледна точка, извън условията на спешност, от дома му или мястото на инцидент до лечебно заведение или от едно лечебно заведение до друго лечебно

заведение, осъществявано чрез специализирано моторно превозно средство с придружаващ медицински екип/лице на територията на България.

- **Специализирано обгрижване** е оказването на помощ от медицинска сестра, рехабилитатор или от друго квалифицирано лице, назначена от Лекар-специалист, която има за цел да подпомогне процеса на оздравяване.
- **Спешна медицинска помощ** включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма.
- **Спешно състояние** е остро възникнала промяна в здравето на човека, която може да доведе до тежки функционални и морфологични увреждания на жизненоважни органи и системи.
- **Списък на договорните партньори** е актуален списък, който се публикува на интернет сайта на Застрахователят и в Алианс Здраве,. Относно Договорните партньори са посочени данни за наименование, адрес на упражняване на дейността, телефонен номер, имейл адрес, интернет сайт.
- **Списък на застрахованите лица** е приложение към застрахователната полица и включва Застраховани лица от Застрахованата група с посочване на техния Застрахователен пакет. Списъкът се изготвя по образец на Застрахователя и за всяко Застраховано лице съдържа: три имена, ЕГН/ЛНЧ, дата на раждане, пол, мобилен телефонен номер и имейл адрес за контакт, населено място по месторабота и настоящ адрес.
- **Списък на членовете на семейството** е приложение към застрахователната полица и включва Застраховани лица, които са Членовете на семейство и посочва техния Застрахователен пакет. Списъкът се изготвя по образец на Застрахователя и за всяко лице съдържа: три имена, ЕГН/ЛНЧ, дата на раждане, пол, мобилен телефонен номер и имейл адрес за контакт, настоящ адрес,

както и ЕГН/ЛНЧ и три имена на Застрахованото лице, с което са в едно семейство.

- **Структурно звено на Застрахователя** е Централното управление, находящо се на адреса на управление, както и всяко Главно представителство, Представителство и/или звено за ликвидация и обработка на претенции на Застрахователя.
- **Тежки изгаряния** са изгаряне на тъканите от термични, химични или електрически агенти, причиняващи изгаряне трета степен, не по-малко от 20% от телесната повърхност, според Правилото на деветките или схемата на Lund и Browder за телесната повърхност.
- **Трансплантация на основни органи** включва органна трансплантация от донор на Застрахованото лице на един или повече от следните органи: бъбрек, черен дроб, сърце, бял дроб, панкреас или костен мозък.
- **Хронично заболяване** е Заболяване, което има повтарящи се симптоми, клинична картина и лабораторни показатели или прогресивно развитие като са възможни ремисии, но без окончателно излекуване или за него не е известно признато лечение, водещо до излекуване или което Заболяване изисква поддържащо лечение или налага продължително наблюдение, консултации и корекции в лечението.
- **Център за спешна медицинска помощ** е лечебно заведение, в което медицински специалисти с помощта на друг персонал оказват спешна медицинска помощ на заболели и пострадали лица, включително в дома, на местопроизшествието и по време на транспортирането до евентуалната им хоспитализация.
- **Член на семейството** е съпруг/съпруга или лице, живеещо на съпружески начала със Застраховано лице, и техните непълнолетни деца, включително деца на един от съпрузите или съвместно живеещите лица, осиновени деца или деца, за които се грижат като настойници или попечители, до навършване на 18 години, а ако продължават образованието си – до навършване на 26 години, при условие че

лицата са регистрирани на един и същ постоянен/настоящ адрес.

2. За целите на Застраховката се използват следните съкращения:

Република България	България
Национална здравноосигурителна каса	НЗОК
Закон за медицинските изделия	ЗМИ
Търговски закон	ТЗ
Закон за здравето осигуряване	ЗЗО
Закон за здравето	ЗЗ
Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО	Регламент № 910/2014
Кодекс за застраховането	КЗ
Закон за лечебните заведения	ЗЛЗ
Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина	ЗЛПХМ
Закон за електронния документ и електронните удостоверителни услуги	ЗЕДЕУУ

XXI. Приложения

1. Приложение № 1 Таблица на Здравните модули.

XXII. Заключителни разпоредби

- § 1. Тези Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни на основата на

писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица, приложенията към нея или в допълнителни споразумения (добавъци).

- § 2. Тези Общи условия са приети с решение №20 на Управителния съвет на ЗАД „Алианц България“ от 28.05.2020 г., изменени с решения №62/14.12.2020 г., №32/19.07.2022 г., №31/20.04.2023 г. и №05/04.02.2026 г.

За Застрахователя

Дата

Подписаният(ата)

В качеството си на Застраховач/представяващ Застраховачия, декларирам, че получих екземпляр от тези Общи условия, запознат(а) съм с тях и ги приемам. Задължавам се да предоставя или осигуря/посоча достъп на всяко Застраховано лице до тези Общи условия.

За Застраховачия
