

Списък с координаторите на „Фи Хелт Застраховане“ АД

Координатори в кол център с работно време 24 часа, 7 дни в седмицата отговарящи за ВСИЧКИ лечебни заведения

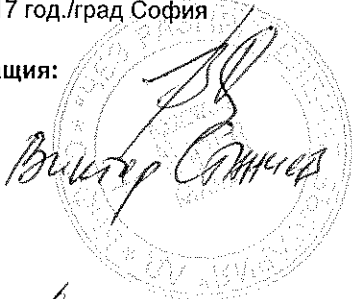
№	Име	Местоположение	Град	Телефон
1	Миглена Карабова	„Фи Хелт Застраховане“ АД	София	0700-12127
2	Лили Белинска	„Фи Хелт Застраховане“ АД	София	02/445-66-64
3	Мила Павлова	„Фи Хелт Застраховане“ АД	София	02/445-66-64
4	Ваня Акалиева	„Фи Хелт Застраховане“ АД	София	02/445-66-64

Лица за контакт за съответното лечебно заведение

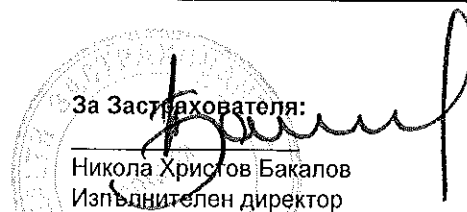
№	Име	Лечебно заведение	Град	Телефон
5	Вярка Стефанова	МБАЛ СофияМед	София	0895/55-571
6	д-р Стоянова	ВМА	София	0888/901-690
7	Ваня Георгиева	МБАЛ Аджибадем СитиКлиник болница Токуда	София	0884/933-322
8	Таня Иванова, Надя Котева	МЦ ФиХелт	София	02/445-66-66
9	Маргарита Митова	ДКЦ Света София	София	02/818-46-52
10	Николова	ДКЦ ХХ ЕООД	София	0878/-41-92-12
11	Вержиния Василева, Станка Ангелова	ДКЦ ХХV ЕООД	София	886/31-65-86
12	Галина Георгиева, Фани Стоянова	МЦ Света Петка	София	02/488-99-99; 0884/93-45-84
13	Ралица Николова, Людмила Марчева	МБАЛ Пулс	Благоевград	0888/563-487
14	Таня Календарска	МЦ Рубидент-Медика	Благоевград	0887/479-592
15	Зорница Моланова	МЦ Пулс АД	Благоевград	0893/41-30-72
16	Регистратура	МБАЛ Никола Василев	Кюстендил	078/550-261
17	д-р Петков	МЦ Меди-Сити21	Кюстендил	0898/479-590
18	Регистратура	МЦ ЕвроМед	Кюстендил	078/55-11-33
19	Мария Стефанова	МБАЛ Рахила Ангелова	Перник	0887/600-719
20	Вержиния Мирчева	ДКЦ1 - Перник	Перник	0899/948-040
21	Ева Владова	Медконсулт	Перник	076/63-21-88
22	Йорданка Йорданова	УМБАЛ Д-р Георги Странски	Плевен	064/886-327
23	Бойка Узунова	ДКЦ Авис-Медика	Плевен	064/90-90-90
24	Таня Босева	ДКЦ Свети Панталеймон	Плевен	0878/207-878
25	Регистратура	МБАЛ Света Петка	Видин	094/60-21-31; 094/60-60-26
26	Емилия Любенова	МЦ Свети Иван Рилски	Видин	094/600-655
27	Регистратура	МЦ Биомед-99	Видин	0887/359-359
28	Валя Цветкова	МБАЛ Христо Ботев	Враца	0885/386-390
29	Шахова	ДКЦ1- Враца	Враца	0878/46-15-06
30	Невена Борисова	МЦ Нов Медицински Център	Враца	0882/418-877
31	Регистратура	МБАЛ Проф. Параскев Стоянов	Ловеч	068/60-33-91
32	Д-р Даниела Белниколова	МБАЛ Д-р Стамен Илиев	Монтана	0884/623-956
33	Илиян Ценов	МЦ Деница	Монтана	0878/400-711
34	Антонова	МЦ Полимед	Монтана	0883/711-696

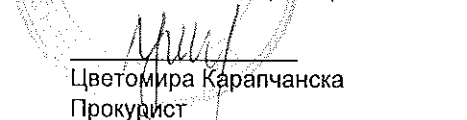
Дата: 18.07.2017 год./град София

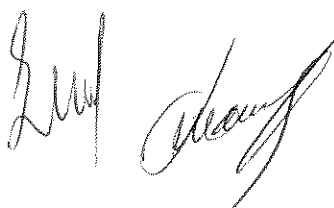
За Застрахователя:


Вioleta Stojanova

За Застрахователя:


Никола Христов Бакалов
Изпълнителен директор


Цветомира Карапчанска
Прокурист



СПИСЪК НА ВСИЧКИ ДОКУМЕНТИ И ИЗИСКВАНИЯТА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ КЪМ ТЯХ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ПРЕТЕНЦИИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

Застрахованото лице подава *Заявление за възстановяване на разходи* по образец на Застрахователя, придружено от:

1. **Необходими документи за възстановяване на разходи за извършени медицински прегледи и манипулации в извънболнични условия, в т. ч. при наблюдение на нормална и рискова бременност:**
 - Амбулаторен лист, който трябва да съдържа номер, дата, подпис на пациента и лекуващия лекар, печат на лекаря или на лечебното заведение, УИН на лекаря, имената на застрахованото лице, с отразени анамнеза, обективно състояние, диагноза, назначени изследвания и терапия, описание на извършената манипулация – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Фактура с фискален бон, издадена на името на застрахованото лице, като във фактурата трябва да са изброени поотделно всички ползвани услуги / стоки, количеството и тяхната единична цена – оригинал.
2. **Необходими документи за възстановяване на разходи за извършени медицински изследвания и образна диагностика, в т. ч. при наблюдение на нормална и рискова бременност:**
 - Амбулаторен лист, който трябва да съдържа номер, дата, подпис на пациента и лекуващия лекар, печат на лекаря или на лечебното заведение, УИН на лекаря, имената на застрахованото лице, с отразени анамнеза, обективно състояние, диагноза, назначени изследвания и терапия – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Резултати от изследванията / образната диагностика – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Фактура с фискален бон, издадена на името на застрахованото лице, като във фактурата трябва да са изброени поотделно всички ползвани услуги / стоки, количеството и тяхната единична цена – оригинал.
3. **Необходими документи за възстановяване на разходи за болнично лечение, в т. ч. при наблюдение на нормална и рискова бременност и при раждане:**
 - Епикриза на пациента / родилката с подпис на лекуващия лекар и печат на лечебното заведение – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Медицински документ, удостоверяващ, че лицето е било насочено за провеждане на съответното лечение /медицинско направление за хоспитализация/ – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Заявление за избор на лекар / екип от медицински специалисти (в случай, че е заплатена такса за избор на лекар / екип) – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Резултати от изследвания / образна диагностика, извън обхвата на клиничната пътека (в случай, че са назначени) – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Фактура с фискален бон, издадена на името на застрахованото лице, като във фактурата трябва да са изброени поотделно всички ползвани услуги / стоки, количеството и тяхната единична цена – оригинал.
4. **Необходими документи за възстановяване на разходи за хирургически материали, консумативи и импланти, използвани по време на хирургически операции:**
 - Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат на лечебното заведение – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Оперативен протокол, от който да е видно, че консумативите са вложени по време на оперативната интервенция – копие, заверено от застрахованото лице;
 - Рецепта, в която са изписани консумативи при оперативна интервенция с датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на

консуматива, изделието или помощното средство, подпис и печат на болничното заведение – копие, заверено от застрахованото лице;

- Стикери на вложените консумативи – копие, заверено от застрахованото лице;
- Фактура с фискален бон, издадена на името на застрахованото лице, като във фактурата трябва да са изброени поотделно всички закупени стоки, количеството и тяхната единична цена – оригинал.

5. Необходими документи за възстановяване на разходи за физиотерапевтично лечение / рехабилитация при извънболнична и болнична медицинска помощ:

- Амбулаторен лист, който трябва да съдържа номер, дата, подпис на пациента и лекуващия лекар, печат на лекаря или на лечебното заведение, УИН на лекаря, имената на застрахованото лице, с отразени анамнеза, обективно състояние, диагноза, назначени изследвания и отразено назначение за физиотерапия – копие, заверено от застрахованото лице;
- Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат на лечебното заведение, с отразено назначение за физиотерапия – копие, заверено от застрахованото лице;
- Картон с назначени и проведени физиотерапевтични процедури – копие, заверено от застрахованото лице;
- Фактура с фискален бон, издадена на името на застрахованото лице, като във фактурата трябва да са изброени поотделно всички ползвани услуги / стоки, количеството и тяхната единична цена – оригинал.

6. Необходими документи за възстановяване на разходи за консумативи, анестетици, контрастни вещества, превързочни материали, помощни средства, ползвани при извънболнична и болнична медицинска помощ:

- Амбулаторен лист, който трябва да съдържа номер, дата, подпис на пациента и лекуващия лекар, печат на лекаря или на лечебното заведение, УИН на лекаря, имената на застрахованото лице, с отразени анамнеза, обективно състояние, диагноза, назначени изследвания и терапия / консуматив – копие, заверено от застрахованото лице;
- Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат на лечебното заведение и назначена терапия / консуматив – копие, заверено от застрахованото лице;
- Рецепта с УИН на лекаря, дата и подпис, подпечатана с личния печат на лекаря. На рецептата трябва да са изписани също името на лекаря, лечебното заведение и адреса му, името на пациента, годините и адреса му, търговското наименование на лекарствените средства / консумативи, брой и вид опаковки, дозировка, начин на прилагане – копие, заверено от застрахованото лице;
- Фактура с фискален бон, издадена на името на застрахованото лице, като във фактурата трябва да са изброени поотделно всички ползвани услуги / стоки, количеството и тяхната единична цена – оригинал.

Моля, обърнете внимание!

- Всички документи трябва задължително да имат дата, подпис и печат.
- Фактура трябва да бъде издадена на името на физическото лице – застрахования служител, като се впишат трите му имена, ЕГН, адрес и подпис на получателя.
- Не се допускат поправки, добавки и зачертавания върху фактурите.
- Фактурата трябва да бъде издадена не по-късно от 5 дни след заплащане и получаване на медицинската услуга / стока.

ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:

.....
/Никола Христов Бакалов/

.....
/Цветомира Маринова Карапчанска/

[Three handwritten signatures]

**ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО МЕДИЦИНСКА
ЗАСТРАХОВКА****I. Дефиниции**

1.1. По смисъла на тези Общи условия, посочените по-долу термини имат следното значение:

1.1.1. Застраховател - „Фи Хелт Застраховане“ АД, със седалище и адрес на управление: град София 1700, Столична община - район „Студентски“, ул. „Проф. Александър Фол“ № 2, вх.Б, ЕИК: 200103397, притежаващо лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

1.1.2. Договорител (Застрахованец) - юридическо или физическо лице, което сключва застрахователен договор за медицинска застраховка със Застрахователя и поема задължение да плаща определената в застрахователния договор застрахователна премия. Договорителят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице.

1.1.3. Застрахован - физическо лице, в полза на което е сключен застрахователен договор.

1.1.4. Застрахователен пакет - съвкупността от регламентиранни по вид и обхват здравни услуги и стоки, предоставяни на Застрахования, с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве, които се обезпечават финансово от Застрахователя при условия и ред, определени в застрахователния договор, Общите условия и останалите споразумения и приложения към застрахователния договор.

1.1.5. Застраховка (Застрахователен договор) е застрахователната полица, писменото искане за сключване на застраховката на Договорителя, всички останали писмени изявления на Договорителя, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения към нея и останалите приложения и писмени съглашения.

1.1.6. Абонаментно обслужване - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят при настъпване на предвидени в застрахователния договор събития, обезпечават финансово, до лимита на отговорност, предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован единствено чрез изпълнители на медицинска помощ, с които има сключен договор.

1.1.7. Възстановяване на разходи - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят при настъпване на предвидени в застрахователния договор събития, частично или изцяло възстановява в пари, до лимита на отговорност, разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, извършени от свободно избран от Застрахован изпълнител на медицинска помощ.

1.1.8. Застрахователна премия - сумата, която Договорителят заплаща на Застрахователя срещу поетите от последния рискове по застрахователния договор.

1.1.9. Лимит на отговорност - отговорността на Застрахователя по застрахователния договор за финансово обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, чрез предоставяне на здравните услуги и стоки чрез изпълнители на медицинска помощ и/или възстановяване на направените от

Застрахования през срока на застраховката разходи за определени здравни услуги и стоки.

1.1.10. Самоучастие - определена в застрахователния договор част от разходите за здравни стоки и услуги, която Застрахованият заплаща за своя сметка и която не подлежи на покриване / възстановяване от Застрахователя.

1.1.11. Обем на здравни услуги и стоки - количеството здравни услуги и стоки, до които Застрахования има достъп, при условията определени от Общите условия и застрахователния договор.

1.1.12. Заболяване - съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение за първи път през срока на застрахователния договор и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на Заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

1.1.13. Хронично заболяване - заболяването се счита за хронично, ако е с продължителност 3 месеца или повече.

1.1.14. Злополука - внезапно и неочаквано събитие, причинено случайно, неумишлено, в резултат на внезапни и непредвидими въздействия от външен произход и довело до телесно нараняване на Застрахован.

1.1.15. Предходно състояние - Всяко състояние на Застрахован в резултат на Заболяване, Злополука или телесно увреждане, възникнало или причинено преди сключване на застрахователния договор, независимо дали е диагностицирано преди началото на застрахователното покритие по застраховката.

1.1.16. Изпълнител на медицинска помощ - изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл.58 от Закона за здравното осигуряване.

1.1.17. Болница - лечебно заведение за болнично лечение, лицензирано и функциониращо в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Не са Болници: лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддръжане на задължително телесно и психическо състояние, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение; специализирани болници, клиники и отделения за лечение на психично болни, на пристрастени към алкохол, наркотични или други упойващи вещества.

1.1.18. Лекар - законно оправомощено и регистрирано да практикува медицинска професия лице.

1.1.19. Извънболнично лечение - медицинско лечение на Застрахован, който не е хоспитализиран в Болница.

1.1.20. Срок на застраховката - период от време, започващ от посочената в Застрахователната полица начална дата на застраховката и завършващ на или преди крайната дата на застраховката, посочена в Застрахователната полица, през който период е в сила застрахователното покритие.

1.1.21. Нормален здравен риск - състояние, при което Застрахованият е в добро физическо и

ВЯРНО С ОРИГИНАЛА

психическо здраве, без Предходно състояние, налагащо продължаване на лечението.

1.1.22. Медицински координатор на Застрахователя-лице, оправомощено от Застрахователя, с което всеки Застрахован се свързва при настъпване на събитие, представляващо покрит по застраховката риск, за да получи указания за действията, които следва да предприеме.

1.1.23. Документ за извършен лекарски преглед-документ, който се съставя от Лекар при извършен преглед на Застрахован, който документ следва да съдържа информация за Застрахования, за неговото здравно състояние, както и за извършените от Лекаря медицински дейности, но не по-малко от: три имена и единен граждански номер (друг идентификационен номер) на Застрахования; три имена и идентификационен номер (код) на Лекаря; дата на извършване на прегледа и поставената диагноза, обозначена с код съгласно международния класификатор на болестите (МКБ); описание на обективното състояние; назначени изследвания и манипулации; предписаното лечение.

II. Общи положения

2.1. Застрахователят, съгласно тези Общи условия и на основание сключен застрахователен договор, срещу заплащане на застрахователна премия, поема рискове и осигурява покритие, свързано с финансовото обезпечаване на ползвани при необходимост определени здравни стоки и услуги.

2.2. Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования.

2.3. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва съгласно избран в застрахователната полица застрахователен пакет за здравни услуги и стоки. Подробното описание на здравните услуги и стоки, включени в съответния застрахователен пакет избран от Застрахования, които са финансово обезпечени по застраховката, е приложение към застрахователната полица и е неразделна част от нея.

2.4. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва на основание сключен застрахователен договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) с Договорител.

2.5. Правата на Застрахования по застрахователния договор са лични и не могат да се преотстъпват.

2.6. Договорителят избира за всеки Застрахован застрахователен пакет, подробно описан в застрахователната полица, като всеки застрахователен пакет е в определена опция. Опциите на застрахователните пакети, включени в покритието на Застрахования могат да бъдат различни за всеки пакет.

2.7. Чрез предоставянето на застрахователно покритие по тази медицинска застраховка се обезпечават финансово ползването от Застрахования на здравни услуги и стоки, както в обхвата на задължителното здравно осигуряване, така и извън него.

2.8. Застрахователните покрития по тази застраховка се предоставят за рискове, разположени само на територията на Република България.

III. Предмет и обхват на застраховката. Застрахователни покрития

3.1. Застрахователят, съгласно тези Общи условия и срещу платена застрахователна премия, се задължава да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахован, в обхвата на договорените комбинации от застрахователни пакети. Застрахователят не предоставя и не осигурява лично здравни услуги и стоки.

3.2. Застрахователят обезпечават финансово определените здравни услуги и стоки, чрез следните две форми:

3.2.1. Абонаментно обслужване - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпване на предвидените в застрахователния договор събития, обезпечават финансово (заплаща) предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован, само чрез Изпълнители на медицинска помощ, по съответните застрахователни пакети и опции. Списъкът на Изпълнителите на медицинска помощ / доставчици на здравни стоки се предоставя от Застрахователя на траен носител чрез обявяването му на интернет страницата на Застрахователя.

3.2.2. Възстановяване на разходи - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпването на предвидените в застрахователния договор събития, частично или изцяло, обезпечават финансово (възстановява в пари) разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, съобразно избрания от Договорителя застрахователен пакет и опция, които здравни услуги и стоки се предоставят от свободно избран от Застрахования Изпълнител на медицинска помощ.

3.3. Покритите по застраховката здравни услуги и стоки са групирани в застрахователни пакети, като конкретно избрания от Договорителя застрахователен пакет е подробно описан и е неразделна част от застрахователната полица.

3.4. В зависимост от вида и обема на покритите здравни услуги и стоки, Застрахователят предоставя всеки застрахователен пакет в различни опции, като конкретно избраната от Договорителя опция на съответния застрахователен пакет се посочва в застрахователната полица. Всяка отделна опция включва различни по вид и обем здравни услуги и стоки. Предвидените лимити на отговорност на Застрахователя, съобразно различните опции на застрахователните пакети, за отделните групи здравни услуги и стоки, както и Самоучастието на Застрахования, са посочени в съответния застрахователен пакет.

3.5. Избраният за всеки Договорител застрахователен пакет и неговата опция, срокът, размерът и начинът за плащане на застрахователната премия, се определят в конкретния застрахователен договор.

ВАЖНО С ОГРАНИЧЕНИЯ

IV. Изключения

4.1. Отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не обезпечава финансово здравни услуги и стоки в следните случаи:

4.1.1. когато здравните стоки и услуги не са изрично включени в покритието по избрания застрахователен пакет и съответната опция на застраховката;

4.1.2. за спешна медицинска помощ;

4.1.3. за лечение на психични заболявания; венерически заболявания; заболявания, предавани по полов път; туберкулоза; вродени заболявания и малформации;

4.1.4. за диагностика и лечение на СПИН, ТОРС и други заболявания с епидемичен характер, вкл. пандемии;

4.1.5. за операции в обхвата на лицево-челюстната хирургия, освен ако здравните стоки и услуги не са покрити по застрахователен пакет „Дентална помощ“;

4.1.6. за зъбопротезиране, включително и подготовка за зъбопротезиране;

4.1.7. за щифтово и безщифтово изграждане на зъби, реплантанти и имплантанти;

4.1.8. за ортодонтски услуги;

4.1.9. за избелване на зъби;

4.1.10. за трансплантация на органи;

4.1.11. за хемодиализа и хемотрансфузия;

4.1.12. за кардио- и невро-хирургични операции с много голям обем и сложност;

4.1.13. за прилагане на цитостатици, химиотерапия и лъчетерапия;

4.1.14. за извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги, при оказване на медицинска помощ на психиатрично и онкологично болни;

4.1.15. за задължителни имунизации по имунизационния календар;

4.1.16. за фертилитет, in vitro или асистирана репродукция - диагностика, подготовка, лечение, както и други дейности, свързани с диагностика и лечение на безплодие;

4.1.17. за пластични и козметични манипулации и операции;

4.1.18. за диагностика и лечение на козметични дефекти, вкл. косопад и акне;

4.1.19. за лазерна корекция на зрението;

4.1.20. за изследвания, манипулации и медикаменти, свързани със смяна пола;

4.1.21. за прилагане на методи на нетрадиционна медицина, психотерапия, акупунктура;

4.1.22. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето, следствие на остра и/или хронична алкохолна интоксикация, или на хронична употреба на алкохол, или следствие на употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;

4.1.23. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето в резултат или при участие във война, военни действия или военни операции (независимо дали са обявени или не); нашествие; вражески акт срещу Застрахован във връзка с неговата националност - или в страната, или по отношение на страната, където е осъществен този акт; гражданска война; бунт; размирици; метеж; революция; преврат;

граждански безредици добиващи размерите на бунт; експлозия на военни оръжия; използване на оръжия за масово поразяване; убийство или покушение; терористични действия;

4.1.24. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето от радиоактивен източник;

4.1.25. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето при практикуване на екстремни спортове и занимания, включително но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, соло пещерно спускане, пещерно гмуркане или изследване на понори, спускане по каньони, гмуркане с акваланг до 30 м, надбягвания, планинско катерене, делтапланеризъм, хелиски, скокове във вода, лов/стрелба, конен лов, прескачания с коне, поло, конни надбягвания, жокейство или конни състезания от всякакъв род, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски и сноуборд извън пистите и определените за това места, парасейлинг, параски, парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бънджи скокове, летене или участие в други въздушни дейности, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, професионално спортуване, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, яхтинг извън териториални води или всякакви други опасни занимания или активност;

4.1.26. при прекъсване на бременност по желание;

4.1.27. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето в резултат на установено по съдебен ред виновно деяние;

4.1.28. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето при или в резултат на или от извършване на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или от деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато Застрахованият реализира административно-наказателен или наказателен състав в състояние на невменяемост;

4.1.29. за лечение по време, когато Застрахованият е лишен от свобода, изтърпява присъда или е на активна военна служба;

4.1.30. при самоубийство или опит за самоубийство на Застрахования, включително и когато е действал в състояние на невменяемост;

4.1.31. при умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от Застрахования;

4.1.32. при задържане на Застрахован от компетентните правоохранителни органи, както и при настъпили увреждания на здравето по време на задържането в затвор или друго специализирано заведение за принудително задържане;

4.1.33. при участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно - изследователска цел;

4.1.34. при ползване на медицински услуги, осигурявани от Министерство на здравеопазването, както и по национални или общински, или международни програми за превенция, профилактика, лечение и рехабилитация;

4.1.35. при увреждане на здравето следствие на химически замърсявания, производствени и други аварии;

ВАЖНО С ОРГИЗАЦИЯТА

4.1.36. при увреждане на здравето следствие на земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;

4.1.37. при неспазване от страна на Застрахован на предписан от Лекар режим и/или лечение, при ползване от Застрахован на лекарствени средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, извършване на манипулации, които поради естеството си следва да бъдат извършвани от Лекар, от Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за извършването им;

4.1.38. когато медицинските услуги и стоки са предоставени от лица, които не са оторизирани за съответната дейност, съгласно действащата нормативна уредба;

4.1.39. при симулиране на увреждане на здравето от Застрахован или извършване на действия от Застрахования или други лица, с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя за наличието на реализиран се покрит риск и извършени разходи за лечение на увреждане на здравето;

4.1.40. на подлежащ на диспансерно наблюдение / лечение на Застрахован;

4.1.41. когато е ползвана здравна услуга „болнична медицинска помощ“ от лица, които не са задължително осигурени в НЗОК;

4.1.42. при ползване на здравни услуги и стоки от чужди граждани или лица без гражданство, които не са задължително осигурени в НЗОК;

4.1.43. при събития представляващи Предходно състояние или, настъпили пряко, или косвено в резултат на Предходни състояния;

4.1.44. при лечение на заболявания със стволови клетки и за всяка манипулация при извличане и съхранение на стволови клетки.

V. Сключване, действие и прекратяване на застрахователния договор. Видове

5.1. Застрахователният договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) се сключва във формата на застрахователна полица между Застрахователя и Договорителя и неразделна част от него са писменото искане за сключване на застраховката, списък на Застрахованите (когато има такъв), Общите условия на застраховката, допълнителни споразумения (анекси) и други писмени договорености между страните. Със застрахователния договор се определят покритите от Застрахователя рискове, при реализиране на които се обезпечават финансово конкретни здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахования, както и срока, обема и обхвата (съгласно избрания застрахователен пакет) на тези здравни услуги и стоки, дължимата застрахователна премия както и сумата на начисления данък върху застрахователната премия, когато такъв се дължи. Застраховката е в сила след подписване на застрахователния договор от двете страни, при условие наличен застрахователен интерес, платена застрахователна премия и начислен данък, съгласно договореното.

5.2. В застрахователната полица се вписват данните за Договорителя, както и данни за Застрахования/те - име и ЕГН (или други персонализиращи данни). Допълнително Застрахователят може да изиска

писмено и друга информация, която според него има значение за оценката на риска по застраховката.

5.3. Корпоративен (групов) застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане на Договорителя, като персонализиращите данни (име и ЕГН) на Застрахованите не се посочват в застрахователната полица, а към искането се прилага и списък на лицата, по образец на Застрахователя. По преценка на Застрахователя, на основание решение на неговия управителен орган, в зависимост от броя на Застрахованите, Застрахователят може да изиска и прилагане на здравна декларация на кандидатите за застраховане (по образец).

5.4. Индивидуален или семеен застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане, към което се прилага:

5.4.1. здравна декларация на кандидата за застраховане, по образец на Застрахователя; Здравната декларация на лицата под 18 годишна възраст се попълва и подписва от Договорителя или от законен представител (ако Договорителят не е такъв) на кандидата за застраховане;

5.4.2. становище на Лекар, оправомощен от Застрахователя, за здравословното състояние на кандидата въз основа на данните от здравната декларация и проведен предварителен медицински преглед (за сметка на кандидата за застраховане) в определено от Застрахователя лечебно заведение;

5.4.3. списък на лицата, по образец на Застрахователя.

5.5. Застрахователни договори за лица от 0 до 18 години, за лица над 65 години и други лица с повишен здравен риск, определен съгласно здравната декларация, заключението на лекаря, заверил съответната здравна декларация и становището на лекаря, провел предварителния медицински преглед, се сключват при условия за повишен здравен риск.

5.6. За лица, при които е налице особено висок здравен риск, Застрахователят може да откаже сключване на застрахователен договор.

5.7. Определянето на възрастта на кандидата за застраховане се извършва в цели години, като период до 6 (шест) месеца не се взима предвид, а над 6 (шест) месеца се приема за цяла година.

5.8. Писменото искане за сключване на застрахователен договор е по образец на Застрахователя, като същото включва данни на Договорителя / Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, други идентификационни данни, списък на Застрахованите и избраните застрахователни пакети и съответни опции.

5.9. При попълване на здравната декларация, лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на здравния риск, и за които писмено е поставен въпрос, като лицата носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.

5.10. Ако лице, при попълване на здравната декларация, съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати застрахователния договор. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството.

При прекратяване на договора, Застрахователят задържа платената част от застрахователната премия и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

5.11. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Договорителят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т.5.10.

5.12. Когато в случаите по т.5.10 или т. 5.11 застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелство по т.5.10 или т.5.11 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 застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

5.13. Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелство, имащо съществено значение за определяне на застрахователния риск, не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.

5.14. Ако договорът бъде прекратен съгласно т.5.13, Застрахователят възстановява частта от платената застрахователна премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.

5.15. При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на застрахователния договор съгласно т.5.13, Застрахователят не може да откаже финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки, но може да го намали, съобразно съотношението между размера на платената застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

5.16. По време на действието на застрахователния договор всеки Застрахован, попълнил здравна декларация, е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно, но не по-късно от 7 дни след узнаването им.

5.17. Застрахователният договор влиза в сила от 00.00 часа на деня, отбелязан в застрахователната полица, но само при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска, в случай на разсрочено плащане. Ако плащането се извършва по банков път, договорът влиза в сила от

00.00 ч. на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Застрахователя.

5.18. Подновяване на застрахователния договор, промени в избраните пакети и опции се извършват с допълнително споразумение между страните.

5.19. Застрахователният договор се прекратява:

5.19.1. с изтичане срока на договора;

5.19.2. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;

5.19.3. едностранно, с едномесечно писмено предизвестие от някоя от страните;

5.19.4. в случаите на т.5.10, т.5.11 и т.5.13 от тези Общи условия;

5.19.5. при смърт на Застрахован.

5.20. Застрахователят прекратява застрахователния договор с едномесечно предизвестие и отказва финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки при:

5.20.1. измама, извършена от Договорителя / Застрахован или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна при ползването на здравни услуги и стоки, които са покрити по застрахователния договор;

5.20.2. неплащане в срок на дължимата вноска от застрахователната премия при разсрочено плащане.

5.21. При прекратяване на застрахователния договор от Договорителя, той е длъжен в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на предизвестие да уведоми за прекратяването и Застрахованите по договора лица.

5.22. При предсрочно прекратяване и в случай че застрахователната премия е платена в пълен размер при условията на т.5.17, Застрахователят задържа тази част от премията, която съответства на изтеклия срок на застрахователния договор. Застрахователят има право да получи застрахователна премия за срока до прекратяване на договора, в случай на разсрочено плащане на премията. При прекратяване на застрахователния договор поради смърт на Застрахован, Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия.

5.23. При сключен корпоративен / групов застрахователен договор, включването на нов Застрахован се извършва при следните условия:

5.23.1. попълване на здравна декларация от кандидата и одобряването ѝ от Застрахователя, в случаите когато здравна декларация е изисквана при сключване на застрахователния договор; и

5.23.2. в случаите на разсрочено плащане на застрахователната премия, представяне от Договорителя на данни за всеки нов Застрахован, в срок до 10 (десет) присъствени дни преди датата на падежа за плащане на вноската, като покритието по застраховката за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на падежа за плащане на вноската и наличието на платена застрахователна премия; или

5.23.3. в случаите на еднократно плащане на премията, представяне от Договорителя на данни за всеки нов Застрахован и плащане на допълнителна премия, като покритието по застраховката за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на плащане на допълнителната премия за съответния нов Застрахован.

5.23.4. В случай, че лицето, което се включва, ще ползва покритие по застрахователни пакети на

Застрахователят за медицински стоки и/или дентални услуги, Застрахователят събира пълния размер на застрахователната премия за това лице, която съответства на премията за съответния застрахователен пакет, считано от началната дата на застрахователния договор.

5.24. Членове на семействата на Застраховани по корпоративен застрахователен договор се включват, когато това е договорено, най-късно до 2 (два) месеца след началната дата на застрахователния договор, като се спазват условията по т.5.23.

5.25. При сключен корпоративен / групов застрахователен договор прекратяване на застрахователното покритие по отношение на Застрахован, се извършва при следните условия:

5.25.1. Договорителят незабавно уведомява писмено Застрахователя за промените относно Застрахованите, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от съответната промяна;

5.25.2. покритието по застраховката за Застрахован е до 24.00 часа на деня на напускане на застрахователния договор; в този случай Договорителят уведомява Застрахователя по реда на предходната точка и връща съответните документи, като има право на възстановяване на премията за това лице пропорционално на оставащия срок на застрахователния договор, в случай че застрахователната премия е платена в пълен размер при условията на т. 5.17 или не дължи останалата част от разсрочената премия.

5.25.3. В случай, че лицето, по отношение на което се прекратява застрахователното покритие, е изразходвало част от лимита по съответния застрахователен пакет, по който са покрити медицински стоки и/или дентални услуги, Застрахователят задържа тази част от годишната застрахователна премия за това лице, която съответства на съответния застрахователен пакет, ако е платена еднократно. Застрахователят има право на съответната част от разсрочена вноска на премията за лицето за периода до прекратяване на договора в случай на разсрочено плащане на премията.

5.26. Застрахователното покритие за член на семейство се прекратява при прекратяването на застраховането на съответния служител като се спазват условията по т.5.25.

5.27. При сключен индивидуален / семеен застрахователен договор, включването на нов Застрахован или прекратяване на застрахователното покритие по отношение на Застрахован, се извършва само при наличие на обективни обстоятелства (раждане, смърт, промяна на семеен статус).

VI. Права и задължения на Застрахователя

6.1. Застрахователят се задължава, срещу заплащане на застрахователна премия, да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване, до лимита на отговорност, на здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахован съгласно посоченото в застрахователния договор.

6.2. Застрахователят, в срок до 5 (пет) присъствени дни от влизане в сила на застрахователния договор, предоставя на Договорителя здравна карта, съдържаща трите имена номер на карта и срока на

действие на застрахователния договор. При загубване или унищожаване на здравната карта Застрахованият незабавно, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от събитието, уведомява за това Застрахователя. Дубликат се издава от Застрахователя в срок до 7 (седем) присъствени дни от попълване на декларация за невалидност на изгубената / унищожената карта и заплащане на такса съгласно тарифата на Застрахователя.

6.3. Здравната карта легитимира Застрахования с правата по сключения застрахователен договор пред Изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор.

6.4. Застрахователят незабавно, не по-късно от 1 (един) присъствен ден от влизане в сила на застрахователния договор, предоставя на Договорителя, списък с Изпълнителите на медицинска помощ / доставчиците на здравни стоки, с които има сключен договор за обслужване на Застрахованите, в съответствие с покритите рискове по съответните застрахователни пакети и опции. Застрахователят уведомява Договорителя за промени в този списък, чрез предоставянето на актуализиран списък по реда на т.3.2.1 от тези Общи условия. При сключен корпоративен (групов) застрахователен договор, Договорителят е длъжен да уведоми Застрахованите за промените по предходното изречение.

6.5. Застрахователят изготвя здравно досие на Застрахования и води регистър, в който се съдържа информация за внесените застрахователни премии, ползваните здравни услуги и стоки и данни за възстановените разходи.

6.6. Застрахователят, при поискване от Застрахования, представя информация за ползваните здравни услуги и стоки и възстановените разходи. При корпоративни застрахователни договори Договорителят има право да получи само статистически обобщени и неперсонифицирани данни за здравословното състояние на Застрахованите.

6.7. Застрахователят няма право, без изричното писмено съгласие на Застрахования, да разгласява станалите му известни лични данни, факти и обстоятелства, свързани със здравословното състояние на Застрахования, освен в случаите, предвидени със закон.

VII. Права и задължения на Договорителя / Застрахования

7.1. Договорителят, при сключване на застрахователния договор (във формата на застрахователна полица), избира застрахователния пакет, съответната опция, формата на медицинско застраховане - абонаментно обслужване и/или възстановяване на разходи, както и начина на плащане на застрахователната премия.

7.2. Здравните услуги и стоки, включени в избрания застрахователен пакет и съответната опция се ползват лично от Застрахования при възникнала необходимост и реализирал се покрит риск съгласно условията на застраховката. Разходи на Застрахования за ползвани здравни стоки и услуги, извън покритието по застрахователния договор, са за сметка на Застрахования.

7.3. В случаите, когато Договорителят е избрал абонаментно обслужване, той има право на свободен избор на Изпълнител на медицинска помощ от списъка с Изпълнители на медицинска помощ / доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за обслужване по съответните застрахователни пакети и съответните опции. Когато Договорителят е избрал като форма на медицинско застраховане „възстановяване на разходи“, той има право на свободен избор на Изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки на територията на Република България, регистриран съобразно българското законодателство и имащ право да осъществява съответната дейност.

7.4. При абонаментно обслужване Застрахованият ползва съдействието на Медицинския координатор на Застрахователя при всяко събитие, представляващо покрит по застраховката риск, когато и съответното лечебно заведение има такъв, и съдействието на координатора на съответния Изпълнител на медицинска помощ, името и адреса за кореспонденция на който са включени в списъка с Изпълнителите на медицинска помощ.

7.5. Застрахованият, при всяко събитие, представляващо покрит по застраховката риск, в резултат на което се ползват здравни услуги и стоки, се свързва с Медицинския координатор на Застрахователя, който осъществява съдействие на и уведомява Застрахования за реда на ползване на медицински услуги в съответното Лечебно заведение и оказва съдействие при ползване от Застрахования на здравните услуги и стоки, когато това е необходимо.

7.6. Договорителят е длъжен да заплаща договорената застрахователна премия, съответно вноските по нея, в случай на разсрочено плащане, в сроковете и условията съгласно застрахователния договор.

7.7. Застрахованият / Договорителят е длъжен да не създава условия за неправомерно и недоброръчително ползване на здравни услуги и стоки, ползването на които се обезпечава финансово по застраховката.

7.8. При всяко посещение при Изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен договор, Застрахованият се легитимира със здравната карта и документ за самоличност. Застрахованият няма право да преотстъпва на други лица своята здравна карта.

7.9. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно и не по-късно от 5 (пет) присъствени дни от прекратяване на застрахователното покритие или на застрахователния договор, да върне на Застрахователя здравната карта. При неизпълнение на задължението по предходното изречение и неправомерно ползване на здравната карта, се дължи възстановяване на стойността на съответната здравна услуга / стока.

VIII. Лимит на отговорност

8.1. Отговорността на Застрахователя по застрахователния договор е до лимита на отговорност по съответния застрахователен пакет и избраната опция, посочени в застрахователния договор (полица).

8.2. Лимитът на отговорност на Застрахователя може да бъде:

8.2.1. финансов (застрахователна сума) - определена парична сума, до която се обезпечават финансово ползвани от Застрахования здравни стоки и услуги; или

8.2.2. честотен - определени по брой здравни стоки и услуги, които се обезпечават финансово от Застрахователя и се предоставят на Застрахования от Изпълнител на медицинска помощ / доставчик на здравни стоки.

8.3. Отделни здравни услуги и стоки, както и определени групи от здравни услуги и стоки, могат да имат лимити, които са част от лимит на отговорност, определен за съответната опция на съответния застрахователен пакет.

IX. Застрахователна премия

9.1. Размерът на застрахователната премия се определя съобразно покритите рискове и осигуреното финансово обезпечение на съответните здравни услуги и стоки, включени в съответния застрахователен пакет и опция, и съгласно действащата към момента на сключване на застрахователния договор тарифа.

Застрахователят, при определяне на премията, прилага определените в тарифите коефициенти, като преценява потенциалния риск за всеки Застрахован. Ако през Срока на застраховката е договорено разширяване на покритието и/или увеличаване на лимитите и/или на застрахователната сума, премията за доплащане се определя пропорционално на остатъка от Срока на застраховката. Ако през Срока на застраховката настъпи промяна в риска, Застрахователят може да поиска преговаряне на приложените коефициенти.

9.2. Застрахователната премия се плаща при сключване на застрахователния договор в пълен размер, освен в случаите когато е уговорено друго. По договореност между страните, отразена в застрахователния договор или в приложение към него, премията може да бъде заплатена на разсрочени вноски през Срока на застраховката.

9.3. Застрахователната премия се плаща по банков път, като за дата на внесената премия се приема денят, в който е заверена банковата сметка на Застрахователя.

9.4. В случаите, когато е договорено разсрочено плащане, при неплащане на вноската от разсрочената премия, застраховката се прекратява след изтичането на 15 (петнадесет) дни от датата на падежа на разсрочената вноска.

9.5. Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия при смърт на Застрахован.

X. Действия при настъпване на застрахователно събитие. Възстановяване на разходи

10.1. В случай на събитие, представляващо покрит риск, Застрахователят обезпечава заплащането на стойността на предоставените от Изпълнител на медицинска помощ здравни услуги и стоки, посочени в опциите на съответния застрахователен пакет, избран от Договорителят със сключване на застрахователния договор, в случаите когато като

форма на медицинско застраховане е избрано „абонаментно обслужване“.

10.2. При избрана форма на медицинско застраховане „абонаментно обслужване“, Застрахованият няма парични взаимоотношения с Изпълнителите на медицинска помощ, с изключение на случаите, когато се надхвърли лимита на отговорност по застраховката по повод ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки. При „абонаментно обслужване“ Застрахователят възстановява, до лимита на отговорност, на съответния Изпълнител на медицинска помощ направените от Застрахования разходи за здравни услуги и стоки.

10.3. При форма на медицинско застраховане „възстановяване на разходи“, Застрахователят възстановява на Застрахования, до лимита на отговорност, направените от Застрахования разходи въз основа на искане за възстановяване на разходи (по образец на Застрахователя) от Застрахования и на представени застрахователни, медицински и финансови документи, съответстващи на ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки, както и на условията за тяхното предоставяне. Всички документи се представят от Застрахования за негова сметка.

10.4. Застрахованият е длъжен в срок от 1 (един) месец писмено да уведоми Застрахователя за извършените разходи за здравни услуги и стоки (при „възстановяване на разходи“) и да подаде искане съгласно т.10.3. Срокът може да се удължи при наличието на обективни причини, които са възпрепятствали спазването му (престой в болнично заведение, тежко заболяване, отсъствие от страната и други подобни), удостоверени с надлежни документи.

10.5. За изплащане на застрахователно обезщетение (при „възстановяване на разходи“) при подаване на искането по т.10.3, Застрахованият трябва да представи и разходооправдателни и платежни документи (фактура с касов бон / платежно нареждане / вносна бележка или фискална фактура) издадени на името на Застрахования, за ползваните здравни стоки и услуги, както и следните документи:

10.5.1. за закупени лекарствени средства: рецепти, издадени от съответния Лекар и Документ за извършен лекарски преглед; лекарствените средства трябва да са закупени в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на издадената рецепта / документа от лекарския преглед;

10.5.2. за закупени помощни средства: рецепти / документи за медицинско назначение, издадени от Лекар / Изпълнител на медицинска помощ;

10.5.3. за извършени медицински прегледи и/или манипулации: документ за лекарски преглед и/или манипулация;

10.5.4. за извършени медицински изследвания: документ от лекарски преглед, документ за назначаване на изследванията и копие от резултатите;

10.5.5. за болнично лечение: епикриза;

10.5.6. за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза и картон (физиотерапевтична карта) с описание на проведените физиотерапевтични процедури.

10.6. Съгласно разпоредбите на Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска от Застрахования представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на обстоятелствата и размера на предявената към него претенция.

10.7. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

10.8. В случай, че представените с искането по т.10.3 документи са непълни или са необходими допълнителни доказателства съгласно т.10.6, Застрахователят уведомява Застрахования за това в срок до 15 дни от получаване на искането, като предоставя на Застрахования срок до 1 (един) месец за предоставяне на съответните доказателства.

10.9. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Договорителя и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.

10.10. Застрахователят, в 15 (петнадесет) дневен срок, от предоставяне от Застрахования на всички доказателства, установяващи основанието и размера на направените разходи включително и на допълнителните доказателства, изискани от Застрахователя съгласно Кодекса за застраховането, възстановява на Застрахования направените разходи за здравни стоки и услуги или мотивирано отказва плащане, като уведомява Застрахования относно причините за отказа за цялостно или частично плащане.

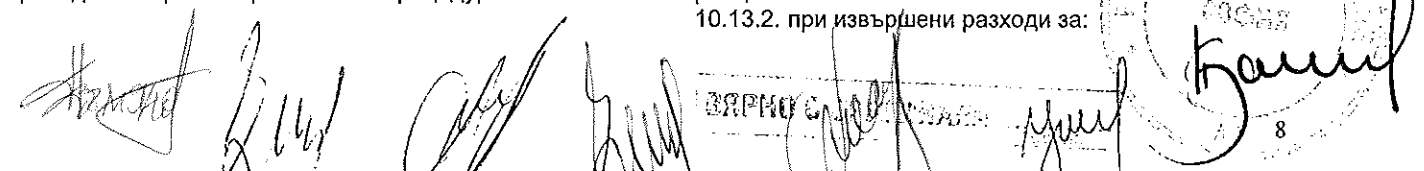
10.11. В случай на смърт на Застрахования, след като е получил здравни услуги и стоки, покрити по застраховката, Застрахователят възстановява разходите за тях на законните наследници на Застрахования (при „възстановяване на разходи“).

10.12. Ако претенцията по застраховката е измамлива, всички плащания по застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.

10.13. Застрахователят не обезпечава финансово ползване от Застрахования здравни услуги и стоки в следните случаи:

10.13.1. при неспазване от Застрахования на предписан режим или лечение; при симулиране от Застрахования на събитие, представляващо покрит риск;

10.13.2. при извършени разходи за:



- слабителни лекарства, лекарства за отслабване;
- медикаменти против прилошаване при пътуване;
- противозачатъчни средства;
- имуномодулатори и ваксини, извън посочените в застрахователните пакети;
- хранителни добавки, медицинска козметика, фитопрепарати;
- стъкла за очила с диоптър под 0.5, цветни лещи, очила за работа с компютър, рамки за очила;
- лекарства, медикаменти и каквито и да било медицински изделия, нерегистрирани като лекарства в Република България по съответния нормативно установен ред.

10.13.3. разходи, покрити по други застрахователни договори с друг застраховател или покрити от държавни, общински, или обществени и частни медицински програми;

10.13.4. разходи за самолечение или за лечение от лице, което няма право да упражнява лекарска професия;

10.13.5. разходи за лечение, извършено при нарушаване разпоредбите на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения.

XI. Съобщения

11.1. Всяко съобщение от Застрахования / Договорителя, свързано със застраховката трябва да бъде изпратено на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахователя и/или адрес на електронна поща (e-mail), освен ако Застрахователят писмено не се съгласи друго.

11.2. Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Договорителя се изпраща на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахования / Договорителя. При сключване на застраховката Застрахованият / Договорителят заявяват и адрес на електронна поща (e-mail), на който ще получават съобщения, включително за промени в условията на застраховката, относно размера на застрахователната премия и други. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес или в заявления e-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/e-mail. До получаване на съобщението за промяна на адрес/e-mail на Застрахования / Договорителя от страна на Застрахователя, съответните съобщения се изпращат до адреса/e-mail, посочени в застрахователния договор, като същите се смятат за връчени и получени от Застрахования / Договорителя с всички предвидени в закона или договора правни последици.

XII. Лични данни

12.1. Съгласно чл.19, ал.1 от Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД), Застрахователят уведомява Застрахования, че:

12.1.1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра на Комисията за защита на личните данни;

12.1.2. Предоставените от Застрахования / Договорителя лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договор;

12.1.3. При спазване изискванията на закона, личните данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни" по смисъла на §1, т.3 от ЗЗЛД; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели;

12.1.4. Застрахованият / Договорителят има право на достъп до личните си данни, както и право да искате коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.

12.2. Със сключване на настоящата застраховка, Застрахованият / Договорителят дава изричното си съгласие личните данни, предоставени от него, да бъдат обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка.

XIII. Приложимо право и подсъдност

13.1. Споровете между страните се решават с преговори и по взаимно съгласие между тях, както и съгласно установеното във "Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „Фи Хелт Застраховане“ АД. Уреждането на претенциите по реда на вътрешните правила на „Фи Хелт Застраховане“ АД не ограничава правото на Застрахования да предяви претенцията си и пред съд. Всички спорове, нерешени по взаимно съгласие, породени от тази застраховка или отнасящи се до нея, включително споровете, породени или отнасящи се до нейното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в застраховката или приспособяването ѝ към нововъзникнали обстоятелства, ще бъдат разрешавани от компетентния съд.

13.2. За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство.

XIV. Допълнителни разпоредби

14.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство.

14.2. По решение на Застрахователя застрахователно обезщетение може да се плаща и след изтичане на давностния срок.

14.3. За погрешно или неправилно внесени застрахователни премии, както и за несвоевременно получени застрахователни обезщетения, Застрахователят не дължи лихви.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Фи Хелт Застраховане“ АД на заседание, проведено на 16.05.2013 г. и са в сила от 14.06.2013 г., изм. с решение от 30.03.2015г., в сила от 30.03.2015 г.


ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА

ЗА

ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО
ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ, СКЛЮЧВАНИ ОТ

**“ФИ ХЕЛТ
ЗАСТРАХОВАНЕ” АД**

град София
2013



I. Общи положения

1.1. Настоящите "Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от "Фин Хелт Застраховане" АД (по-долу за краткост - "Застраховател"), наречени по-нататък "Вътрешни правила", регламентират процедурите по:

- приемане претенции по застрахователните договори от Застрахователя;
- завеждане на претенциите от Застрахователя;
- събиране на необходимите доказателства за установяване на претенциите по основание и размер;
- определяне размерите на обезщетенията;
- изплащане на обезщетението от Застрахователя;
- отказ за изплащане на застрахователно обезщетение;
- разглеждане от Застрахователя и решаване на жалби, подадени от потребителите.

1.2. Настоящите Вътрешни правила са вътрешен нормативен акт, приложен в съответствие с изискванията на действащото законодателство на Република България и са приети на основание чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховането (КЗ) като същите имат за цел да гарантират правата на потребителите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

1.3. Предмет на Вътрешните правила е регламентацията на дейността по застраховане, извършвана от Застрахователя, чрез сключването от него застрахователни договори с физически и юридически лица, както и установяване на реда, сроковете, условията и начина на заявяване, разглеждане и уреждане на претенциите по тези договори, на широта на компетентност за вземане на решение за удовлетворяване или отказ на предявените претенции.

1.4. В дейността си по предоставяне на застрахователни услуги и при уреждането на претенциите по застрахователните договори Застрахователят се ръководи от действащото българско законодателство и съгласно принципите за законосъобразност, ливидност, сигурност и справедливост.

1.5. Отношенията по предоставяне на застрахователни услуги между Застрахователя и неговите клиенти се уреждат чрез застрахователни договори, отговарящи на действащото законодателство и утвърдената практика на Застрахователя.

1.6. Застрахователят предоставя на потребителите на застрахователни услуги (физически и юридически лица) застрахователни продукти по раздел II на Приложение №1 на КЗ, които в зависимост от предмета на застрахователния договор и застрахователния риск (лицеопределяващ "тояк риск" по смисъла на §1, т.29 от КЗ), са застраховани по реда на буква „А“ раздел II на Приложение №1 на КЗ – т.1 - „Заповолука“ и т.2 - „Заболване“.

1.7. Тези застрахователни продукти са предназначени за неограничен кръг от потребители на застрахователни услуги (наричани по-долу за краткост застраховани) и при условията на конкретния застрахователен договор Застрахователят поема рисковете, произтичащи от заболяване или заповолука, свързани с финансовото обезпечаване на определени със застрахователния договор здравни услуги и стоки, срещу получаване на застрахователна премия.

II. Завеждане на претенции от потребителите на застрахователни услуги

The bottom of the page features several handwritten signatures in black ink. On the right side, there is a circular stamp with a dotted border. Inside the stamp, the text "ВЪТРЕШНО С СЕРТИФИКАТ" is visible at the top, and "2023" is at the bottom. A signature is written across the stamp. Below the stamp, there are more handwritten signatures.

2.1. Потребителят на застрахователни услуги, който желае да представи претенция по застраховката към Застрахователя е длъжен да уведоми Застрахователя за настъпването на застрахователното събитие. Претенцията може да бъде за финансово обезщетяване (заплащане) предоставяне на определени здравни услуги и стоки на Застрахован, също чрез изпълнение на медицинска помощ, в съответствие с покритите рискове по застраховката или за възстановяване на разходи на Застрахования за определени здравни стоки и услуги, при които частично или изцяло се възстановяват в пари разходите на Застрахования за определени здравни услуги и стоки, извършени при настъпването на застрахователно събитие.

2.2. Уведомяването на Застрахователя за настъпване на застрахователно събитие и настъпване в резултат на него вредни се извършва в съответствие с разпоредбите на чл.105, ал.1 и ал.2 от КЗ и в сроковете и по начините, установени в настоящите Вътрешни правила и общите условия към всеки отделен застрахователен договор.

2.3. В случай че Застрахованият е избрал абонаментно обслужване като форма на застрахователно обезщетение, при настъпване на застрахователно събитие, следва незабавно да се свърже с координационния център на Застрахователя на указания за целта телефон. При абонаментно обслужване Застрахованият следва да ползва на първо място съдействието на медицински координатор на Застрахователя, а в липсата на звено и съдействието на координатора по договора за съответния изискван тип медицинска помощ, името и адреса за кореспонденция, на който си включва в списъка на изпълнителите на медицинска помощ от приложимите общи условия. Координаторът на медицинския на медицинска помощ уведомява Застрахования за реда на ползване на здравни услуги и съответното лечебно заведение и оказва съдействие при ползване на здравните услуги и стоки, когато това е необходимо. При всяко посещение при изпълнителя на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен договор, Застрахованият се легитимира със здравниосигурителната карта и документ за самоличност. Застрахованият няма право да претеглява на други лица своята здравниосигурителна карта.

2.4. Застрахователят удостоверява завеждането на всяка поддана претенция в свой регистър, който води съгласно вътрешните си правила за организация на дейността и документооборота.

2.5. При представяне на претенцията следва да са налице следните предпоставки и да са изпълнени посочените изисквания:

- Застрахованият да притежава валиден застрахователен договор и здравниосигурителната карта;
- застрахователните премии да са платени в установените в договора срокове и размер;
- събитието да е настъпило през срока на действие и в териториалния обхват на застрахователния договор;
- заявеното събитие, причинило претенциите, да е сред покритите, съгласно сключения договор застрахователни рискове.

2.6. При представяне на претенция за плащане на застрахователно обезщетение под формата на „възстановяване на разходи“, уведомлението може да се подаде до Застрахователя и писмено, в свободна форма и следва да съдържа следната информация:

- данни на застрахования (имена, адрес, телефон и/или адрес на електронна поща (e-mail) за контакт);
- данни на уведомителя (в случаите, когато е различен от Застрахования);
- номер на застрахователната полица и на здравниосигурителната карта;

[Handwritten signatures]

ВАРНО С ОБЯЗВАНЕ



[Handwritten signature]

- описание на застрахователното събитие;
- детайлно описание и на вредите / увреждането на здравето;
- дата и почине на уведомяване

2.4. Уведомяването се подава лично (на адреса на управление на Застрахователя) или се изпраща по пощата / куриер. Ако писменото съобщение не може да се изпрати в съответния срок, уведомяването може да се извърши по телекс, факс, електронна поща (e-mail) или телефон, като във всички случаи се потвърждава и с писмено съобщение. Кореспонденцията между страните по повод и във връзка с уреждането на претенцията се води писмено и/или чрез средствата и мерките за комуникация от разговора.

III. Събиране на доказателства за установяване основанието и размера на претенциите

3.1. Застрахователят уведомява Застрахования за всички доказателства, които той трябва да представи за доказване основанието и размера на претенцията

3.2. За доказване на претенцията по основание Застрахованият (третото упредено лице) представя следните, но не само, документи:

- всички застрахователни полици и приложения към нея (дублирани, свързани, и други документи, които имат отношение към установяване на основанието и размера на претенцията, като се съобразява разпоредбата на чл.105, ал.5 от КЗ);
- документи, доказващи изданието на застрахователната премия и сроковете, предвидени в договора;
- документи, идентифициращи лицето (документ за самоличност, удостоверение за актуално състояние) и удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираното обезщетение;
- документи, издадени от компетентен орган и доказващи настъпване на застрахователно събитие (документ за лекарски преглед и/или манипулация; за медицински изследвания или болнично лечение);
- фактури, в които са посочени оказаните услуги / закупените стоки, техният брой и единична цена, придружени от съответното фискално касово бюлево, както и:
 - за лекарства: рецепти, издадени от съответния правоспособен лекар и документи от извършени лекарски прегледи. Лекарствените средства трябва да са били закупени в срок до 7 дни от датата на издаването на рецепта / документи от лекарския преглед;
 - за помощни средства: рецепти / документи за медицинско назначаване, издадени от правоспособен лекар / изпълнителя на медицинска помощ;
 - за медицински прегледи и/или манипулации: документ за лекарски преглед и/или манипулация;
 - за медицински изследвания: документ от лекарски преглед, документ за назначаване на изследването и копие от резултатите;
 - за болнично лечение: епикриза;
 - за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза и картон (физיותרapeutична карта) с описание на проведените физиотерапевтични процедури.

ВАРНО С ОРАТОВАНА

3.3. Застрахователят може да изисква допълнителни доказателства, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието за изплащане на застрахователното обезщетение и/или размера му, при спазване на нормите на чл. 105, ал.4 и ал.5 от Кодекса за застраховането, като уведоми писмено Застрахования, съответно третото уредено лице за допълнителните доказателства. Застрахователят уведомява Застрахования за допълнителните доказателства най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор и настоящите Втрешни правила, които не са били предвидени в договора при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на неговата претенция.

3.4. Уведомяването на листето за необходимите документи, с оглед установяване основанието и размера на претенцията, се извършва лично в офисите на Застрахователя срещу подпис от лицето, с писмо изпратено на адрес (e-mail) за кореспонденция на Застрахования, посочен от него при сключване на застрахователния договор. В случай, че Застрахованият междуременно е променил указания в застрахователния договор адрес (e-mail) и не е съобщил писмено новия си адрес (e-mail) на Застрахователя, изпитаните от него условията на адрес (e-mail) на Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за вярни и получени е всички предвидени в закона или договора правни последици.

3.5. Застрахованият или неговият пълномощник е длъжен да представи всички документи в оригинал и/или копие. Застрахователят приема копие на документите само при условие, че те са заверени по установения от закона ред, или копията са заверени от представящото ги лице, но след като те бъдат сверени с оригинала от представителя на Застрахователя. Застрахователят е длъжен да приеме представените копия, заверени по указаният в предходното изречение начини, освен в случаите, когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал.

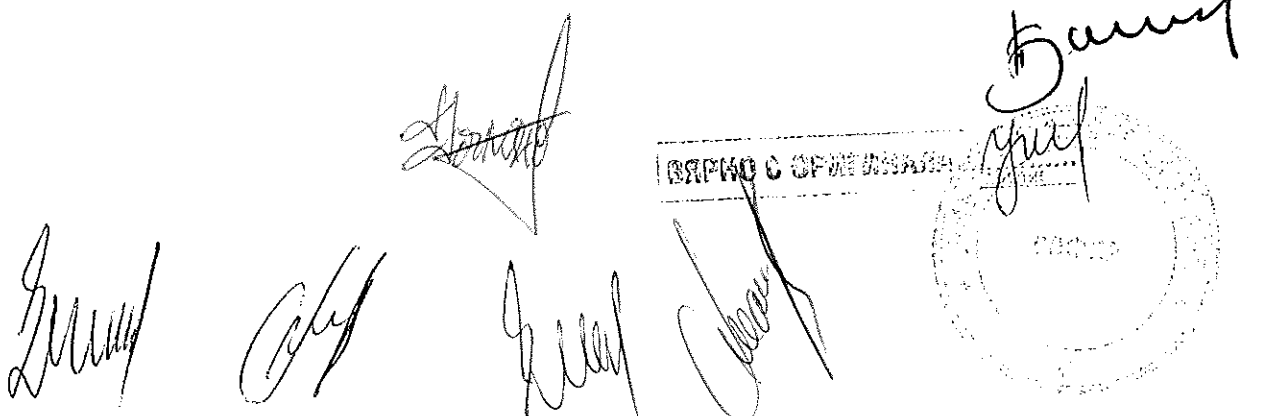
3.6. Представянето на всички доказателства (първоначално определени или допълнително изискани) от Застрахования на Застрахователя се удостоверява с поставянето на издател номер и дата на получените документи.

3.7. Застрахователят има право да изиска и получи от Застрахования и други документи и/или материали, където посочените в договора, общите условия и/или настоящите Втрешни правила, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието за изплащане на застрахователното обезщетение или размера му.

3.8. Застрахователят не може да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се справи поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

3.9. В случай, че е необходимо, по искане на Застрахователя, Застрахованият и/или подзащото лице се задължават да улесняват Застрахователя в съответната форма с правото за събиране на данни от лекари, медицински заведения, както и други застрахователи и официални органи, за изискване на информация и документи относно Застрахования и неговото здравословно състояние, които по мнение на Застрахователя, са или биха могли да бъдат в причинно-следствена връзка със застрахователното събитие.

3.10. Преди сключване на застрахователния договор, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробно и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на лицето, чийто здраве или телесна палост са предмет на застраховане.



ВЪРНО С ОРГАНИЗАЦИЯТА

3.11. За времето след завеждане на претенцията. Застрахованият трябва да извърши необходимите действия за ограничаване на вредите от застрахователното събитие и за следва указанията на Застрахователя.

3.12. Цялата информация, необходима на Застрахователя за установяване на основното и размера на обезщетението, трябва да му се предостави изцяло и правдиво.

IV. Оценяване на вредите, резултат от застрахователното събитие

4.1. Причините от застрахователното събитие вреден се оценяват от Застрахователя на база представените от оправомощените лица доказателства.

4.2. В случаи на различни мнения за вида и размера на последствията от злополука, или за това, до каква степен настъпното увреждане е причинено вследствие на застрахователното събитие, също и за влиянието на болест или недуг върху последствията от злополука, се произнася некарека комисия на Застрахователя.

V. Определение размера на обезщетението

5.1. Застрахователното обезщетение се определя от Застрахователя в границите на определената със застрахователния договор застрахователна сума и при съзвучие нормите на Кодекса за застраховането. Лимитът на застрахователното покритие по застраховката за всяко събитие се определя в застрахователния договор (застрахователната полица).

5.2. Застрахователят определя дължимото обезщетение съобразно размера на застрахователната сума, вида на застрахователното събитие, последствията от него и представените доказателства за установяване на основното и размера на обезщетението. Застрахователят, преди да вземе решение по представената претенция, претява и обективната, която са настъпили по времето на действията на застрахователния договор и са увеличили риска, и Застрахователят не е бил увеличен за тях.

5.3. Застрахователят не дължи обезщетение за пропуснати ползи, освен ако е уговорено друго в застрахователния договор.

5.4. Застрахователят може да откаже плащане на застрахователното обезщетение:

- в случаите, предвидени в сключения застрахователен договор;
- при умислено причиняване на застрахователното събитие от Застрахования или трето лице;
- при неизпълнение на задължение по застрахователния договор, което е значително е от глед интереса на Застрахователя и е било предвидено в закон или в застрахователния договор;
- при настъпване на вредите в резултат на събития, които не представляват покрити по застрахователния договор рискове;
- при настъпване на застрахователното събитие извън срока или териториалния обхват на застрахователния договор;
- в други случаи, предвидени със закон или застрахователния договор.

5.5. Застрахователят може да откаже плащане на застрахователното обезщетение и ако претенцията за неговото изпълнение е измамачива в каквото и да е отношение или ако се установи измамачива средства и/или похвати от Застрахования или от което и да е лице, действително от негова името, с цел получаване на обхват по застраховката, като липсва осъществено посочените действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реалниране на отговорността му, съгласно наказателното законодателство на Република България. Измамачиво е всяко действие или бездействие, което въвежда в

The bottom of the page features several handwritten signatures in black ink. On the right side, there is a circular stamp with a dotted border. Inside the stamp, the text 'ВАРНО С ОРГАНИЗАЦИЯ' is visible at the top, and there are some illegible handwritten marks and a signature over it.

Извършва преработка за дъщеря на по уредбите на претенции по застрахователни договори, сключени от
"Фин Хелт Застраховане" АД

заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представителни или служители на Застрахователя относно настъпване на застрахователното събитие или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно обезщетение и/или за неговия размер

5.6. За всички случаи на отказ за плащане на застрахователно обезщетение или определяне на обезщетение, различно по размер от предвиденото от Застрахования, Застрахователят извършва мотивиран отговор на Застрахования, при условията и в сроковете установени в Кодекса за застраховането.

VI. Извършване на разплащания и потребителите на застрахователни услуги

6.1. При настъпване на застрахователното събитие Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение в срок от 15 (петнадесет) дни от приключването на всички необходими процедури и от получаването на всички необходими доказателства за установяване на застрахователното събитие и на основанието и размера на претенцията. В случаите, когато размера на обезщетението се различава от предвиденото, Застрахователят извършва мотивиран отговор с основанието за така определеното застрахователно обезщетение.

6.2. В случаите, когато съгласно застрахователния договор при финансовото обезпечаване на здравни стоки и услуги, Застрахователят се задължава да възстанови и/или извършени разходи от Застрахования за определени здравни стоки и услуги, застрахователното обезщетение се изплаща на Застрахования съобразно представените доказателства за установяване на застрахователното събитие и на основанието и размера на претенцията.

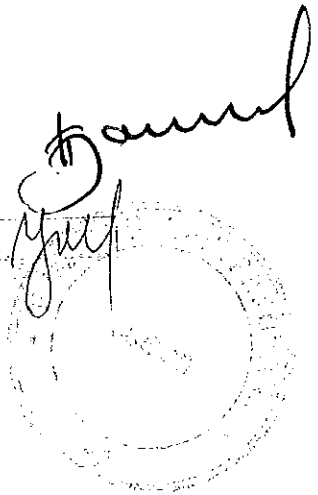
6.3. В случаите, когато съгласно застрахователния договор при финансовото обезпечаване на здравни стоки и услуги, Застрахователят се задължава да предоставя на Застрахования съответните здравни стоки и услуги чрез изплащане, застрахователното обезщетение се изплаща на съответния изплащател на получените от Застрахования здравни стоки и услуги, съобразно представените доказателства за установяване на застрахователното събитие и на основанието и размера на претенцията. Застрахованият няма парични взаимоотношения с изплащателите на медицинска помощ, с изключение на случаите, когато се надхвърлят застрахователният лимит, както и в случаите, когато в застрахователния договор е посочено възстановяване на разходи като форма на застраховане или съответната здравна услуга/стотка може да се ползва само под формата на възстановяване на разходи.

6.4. Плащането на застрахователното обезщетение се извършва по банков път по предварително посочена от оправомощеното лице банкова сметка. Преводът на обезщетението се извършва за сметка на неговия получател. Плащането може да се извърши и по друг начин, доколкото такъв е уговорен в застрахователния договор и общите условия към него

6.5. Дължимият по закон данък по повод и във връзка със застрахователното обезщетение се заплаща на лицето, на което се плаща застрахователното обезщетение.

6.6. Застрахователят, в случаите когато е изплатил застрахователно обезщетение по застрахователния договор вследствие на вреда, причинена от трето лице, встъпва в правата на Застрахования срещу третото лице до размера на изплатеното застрахователно обезщетение и направените разходи, съгласно претенцията в закона. Отказът на Застрахования от правата му срещу третото лице, причинило събитията, е недействителен

ВЪРНО С СЕРТИФИКАТ



спрямо Застрахователя. Застрахованият е длъжен да съдейства на Застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на събитията.

VII. Разглеждане на жалби, подадени от потребителите на застрахователни услуги

7.1. Възникналите между страните спорове и разногласия по повод на уреждане на застрахователните претенции се уреждат чрез преговори. При неостаняване на съгласие между страните, потребителите на застрахователни услуги могат да обжалват всички решения, касателни техните права (отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или неговия размер), с жалба, подадена до Застрахователя в 14 (четирнадесет) дневен срок от получаване на решението, което обжалват. Жалбите се подават в писмена форма на адреса на управлението на Застрахователя, като към тях може да се присъпят всички доказателства, отнасящи се до установяване на застрахователното събитие, размера на обезщетението и претенциите на потребителя.

7.2. Към жалбата могат да се присъпят и писмени доказателства, които не са били представени на Застрахователя по претенцията и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването му, основанието и размера на застрахователното обезщетение. В жалбата задължително се посочват:

- трите имена и адрес на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление и представител при юридическите лица), на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;
- пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;
- номер на заявяване на претенцията (създадено заявление за нея);
- възражението на Застрахователя относно претенцията;
- искането;
- подпис на подателя.

7.3. Заявяването на подадените жалби се удостоверява от Застрахователя с поставянето на дата и входящ номер от вътрешния му регистър, съобразно реда на тяхното получаване. В случаите, когато жалбата се подава лично от потребителя на застрахователни услуги, номерът и датата на предходното изречение се поставят и на втория екземпляр от жалбата, който се връща на лицето.

7.4. Жалбите се разглеждат от представлявания Застрахователя, който се произнеса по основателността на жалбата с решение, което е окончателно. Застрахователят, със своето решение, може:

- да отхвърли жалбата като неоснователна;
- да уважи жалбата, като:
 - постанови изплащане на претендираното обезщетение;
 - увеличи размера на първоначално определеното обезщетение, но без да превишава сумата по застрахователния договор.

7.5. Решението, с което се уважава жалбата и се постановява изплащане на застрахователната сума или обезщетение, или се увеличи размера на вече определено обезщетение, подлежи на изпълнение.

7.6. Решението на Застрахователя се съобщава писмено на лицето в 21-дневен срок от получаването на жалбата от Застрахователя с преноричано писмо и изпратено на адреса, посочен в жалбата. В случай, че жалбоподателят междуременно е променил указания адрес и не е съобщил писмено новия си адрес на Застрахователя, изпратеното от последния

[Handwritten signatures]

ВАРНО С ОФИЦИАЛНА

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Circular official stamp]

уведомление за решението на в-реса, обявен в жаббата, се смята за връчено и получено с всички присъдени в закона или договора правни последици.

7.7. Обжалването на действията и актовете на Застрахователя през неговите органи не носи правото на иск по съдебен ред на заинтересованото лице (застрахован, подзащитно лице). Това право е самостоятелно и се упражнява по реда на Гражданския процесуален кодекс, съгласно действащото българско законодателство.

VIII. Заключителни разпоредби

§1. Тези Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, съставени от "Фю Хелт Застраховане" АД, са установени на основание чл. 104 от КЗ.

§2. Назначенията на разделите в тези Вътрешни правила не са от значение за съдържанието им и служат само за прегледност, както и с цел препращане, поради което не следва да се ползват като водещи при тълкуването на отделните клаузи.

§3. Промени и допълнения в тези Вътрешни правила могат да бъдат внасявани по реда на тяхното приемане.

§4. Препращането към определен нормативен акт или документ следва да се разбира като препращане към съответния нормативен акт или документ, в това число и съобразно неговите изменения и допълнения.

§5. Настоящите Вътрешни правила са приети от Съвета на директорите на "Фю Хелт Застраховане" АД на заседание, проведено на 16.05.2013 год.

За "Фю Хелт Застраховане" АД:


Никола Бакалов



ВАРНО С ОРГАНИЗАЦИЯ

