

## ДОГОВОР ЗА ОБЩЕСТВЕНА ПОРЪЧКА

№ 17-301/24.07.2017г.

Днес, 24.07 2017 г. (дата на сключване), в гр. София, Република България, между:

(1) „ЧЕЗ РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ БЪЛГАРИЯ“ АД, със седалище и адрес на управление: Република България, гр. София 1784, Столична община, район „Младост“, бул. „Цариградско шосе“ № 159, БенчМарк Бизнес Център, вписано в Търговския регистър при Агенцията по вписванията с ЕИК: 130277958, ИН по ЗДДС: BG 130277958, Разплащателна сметка: Банка: Уникредит Булбанк АД; IBAN: BG 43 UNCR 7630 1002 ERPV UL BIC: UNCRBGSF, представлявано от Виктор Любимиров Сиднев – член на УС, наричано по-долу за краткост „ЗАСТРАХОВАЩ“, от една страна

и

(2) „ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ“ АД, със седалище и адрес на управление: гр. София 1700, Столична община, район „Студентски“, ул. „Проф. Александър Фол“ № 2, вх. Б, вписано в Търговския регистър при Агенция по вписванията с ЕИК: 200103397, притежаващо лиценз за извършване на застрахователна дейност по т. 1 и т. 2 от Раздел II, буква „А“ на Приложение № 1 от Кодекса на застраховането с издадено Решение № 431-ОЗ/ 13.06.2013 г. от Комисия за финансов надзор, представлявано заедно от Никола Христов Бакалов – Изпълнителен директор и Цветомира Маринова Карапчанска - Прокуриснт, наричано по-долу за краткост „ЗАСТРАХОВАТЕЛ“, от друга страна,

на основание чл. 112 от ЗОП, във връзка с Решение, взето по т. 6 от Протокол № 389 от 27.06.2017 г. на УС на „ЧЕЗ РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ БЪЛГАРИЯ“ АД за определяне на Изпълнител на обществена поръчка с референтен № PPS16-096 и с предмет: „Сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на „ЧЕЗ Разпределение България“ АД“ и след представяне на гаранция за изпълнение, се сключи настоящият договор за следното:

### I. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА.

1. Застрахователят възлага, а Застрахователят приема и се задължава да предостави срещу заплащане на уговорената по-долу застрахователна премия покритие по медицинска застраховка на работниците и служителите на Застрахователя (наричани по-долу за краткост „Застраховани лица“) в съответствие с условията на настоящия застрахователен договор и съобразно обхвата на застрахователно покритие, описан в Приложение №1 към настоящия договор.
2. Застрахователният договор има за цел застраховането на работниците и служителите на Застрахователя, с цел своевременно финансово и организационно обезпечаване от Застрахователя на здравни услуги и стоки, свързани с възстановяване и подобряване на здравето на застрахованите лица в случай на заболяване и/или злополука, със здравно обслужване на застрахованите лица, както и възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за извършени разходи за ползвани здравни услуги и стоки в условия на извънболнична и болнична медицинска помощ включително по време на бременност и раждане.
3. Застрахователят обезпечава финансово и организационно за работниците и служителите на Застрахователя здравните услуги и стоки, посочени в Приложение № 1 към настоящия договор и обединени в следните здравни пакети:

**A. ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** на застрахованите лица при заболяване, злополука и при проследяване на нормална и рисковата бременност, предоставена по техен избор от:

а/ изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят има сключени договори за здравно обслужване, като в този случай възстановяването на разходите за предоставени здравни услуги и стоки за извънболнична медицинска помощ се извършва от Застрахователя по застрахователния договор към изпълнителите на здравните услуги без прилагане на самоучастие на застрахованите лица;

или

б/ от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай Застрахователят възстановява финансови средства на застрахованите лица за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки за извънболнична медицинска помощ, срещу разходооправдателни документи, с прилагане на 20% (двадесет процента) самоучастие на застрахованите лица от размера на всяка една претенция за обезщетение. В случай че размерът на претенцията надхвърля определения лимит на обезщетение за съответната здравна услуга и/или стока, самоучастието се прилага върху пълния размер на претенцията, преди редуцирането ѝ до размера на лимита.

**В. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** на застрахованите лица при заболяване, злополука и раждане, предоставена по техен избор от:

а/ изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят има сключени договори за здравно обслужване, като в този случай възстановяването на разходите за предоставени здравни услуги и стоки за болнична медицинска помощ се извършва от Застрахователя по застрахователния договор към изпълнителите на здравни услуги без прилагане на самоучастие на застрахованите лица;

или

б/ от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай Застрахователят възстановява финансовите средства на застрахованите лица за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки за болнична медицинска помощ, срещу разходнооправдателни документи, с прилагане на 20% (двадесет процента) самоучастие на застрахованите лица от размера на всяка една претенция за обезщетение. В случай че размерът на претенцията надхвърля определения лимит на обезщетение за съответната здравна услуга и/или стока, самоучастието се прилага върху пълния размер на претенцията, преди редуцирането ѝ до размера на лимита.

4. Застрахователят обезпечава финансово и организационно своевременното предоставяне на достатъчни по обем и качество здравни услуги и стоки от изпълнители на здравни услуги до лимитите на обезщетение, според правилата на добрата медицинска практика, както следва:

4.1. Финансово и организационно обезпечава ползването от застрахованите лица на здравни услуги и стоки за извънболнична и болнична медицинска помощ включително за здравни услуги и стоки по време на раждане до лимит на обезщетение за всяко едно застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 3 000,00 /три хиляди/ лева;

4.2. Финансово и организационно обезпечава възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за извършени разходи за всички необходими хирургически материали, консумативи и импланти (пирони, стави, протези, платна за херния, изкуствени вътреочни лещи и др.), използвани по време на хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски) до лимит на обезщетение за всяко едно застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 1 500,00 /хиляда и петстотин/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка се прилага както при ползване на здравните услуги и стоки при изпълнители, с които Застрахователят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на здравните услуги и стоки при изпълнители, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в предходната подточка 4.1 от настоящия договор;

4.3. Финансово и организационно обезпечава възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за извършени разходи за избор на лекар или екип от медицински специалисти при проведено болнично лечение (вкл. при хирургически интервенции и раждане) до лимит на обезщетение за всяко едно застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 500,00 /петстотин/ лева за избор на лекар и 700,00 /седемстотин/ лева за избор на екип. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които Застрахователят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в подточка 4.1 от настоящия договор;

4.4. Финансово и организационно обезпечава възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за ползвани здравни услуги и стоки, свързани с наблюдение на нормална и рисковата бременност, до лимит на обезщетение за всяко едно застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 300,00 /триста/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които Застрахователят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка е в рамките на (включен в) лимита на обезщетение, посочен в подточка 4.1 от настоящия договор;

5. Съгласно условията на настоящия договор се застраховат работници и служители на Застрахователя, като в групата на застрахованите лица се включват:

5.1. Както български, така и чуждестранни граждани, без ограничение на възрастта и здравословното им състояние.

5.2. Лица с намалена работоспособност под и равна на 50%, както и такива с намалена работоспособност над 50%.

- 5.3. Лицата, които към началото на застрахователния договор са в платен годишен отпуск, отпуск поради временна неработоспособност, отпуск поради бременност, раждане или осиновяване, отпуск за отглеждане на дете до 2-годишна възраст или неплатен отпуск за отглеждане на дете до 8-годишна възраст, като застрахователното покритие по отношение на тези лица влиза в сила от момента на включването им в групата и след заплащане на дължимата част от застрахователната премия и съответния данък съгласно Закона за данъка върху застрахователните премии (ЗДЗП) в съответствие със сроковете за плащане, предвидени в настоящия договор.

## II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ.

### УСЛОВИЯ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ.

6. Застрахователят заплаща на Застрахователя в полза на застрахованите лица застрахователна премия за всяко едно застраховано лице, за всеки един календарен месец от периода на действие на застрахователния договор. Застрахователната премия не подлежи на промяна по време на срока на действие на договора, както и в случай на ползване на опция за удължаване срока на действие на застрахователния договор, освен в случаите, предвидени в Закона за обществените поръчки.
7. Размерът на застрахователната премия за едно застраховано лице за 1 /един/ календарен месец е 8.60 лв. /осем лева и шестдесет стотинки/. Размерът на данъка съгласно Закона за данъка върху застрахователните премии за едно застраховано лице за 1 /един/ календарен месец е 0.17 лв. /седемнадесет стотинки/. Стойността на договора е 1 106 282.88 лева /един милион сто и шест хиляди, двеста осемдесет и два лева, и осемдесет и осем стотинки/ и представлява сбор от застрахователните премии и данъка съгласно Закона за данъка върху застрахователните премии за всички работници и служители на Застрахователя към датата на сключване на договора за срок от 4 (четири години). Тази стойност е прогнозна и служи единствено и само за определяне размера на гаранцията за изпълнение на договора и не ангажира Застрахователя с точното ѝ спазване.
8. Застрахователната премия за едно застраховано лице за един месец е окончателна и в нея са включени всички разходи на Застрахователя във връзка с изпълнението на поръчката, в т. ч. административни и аквизиционни разходи (включително брокерска комисионна /възнаграждението на застрахователния брокер), стойността на личните здравни карти, други такси и вноски, начислявани от Застрахователя съгласно действащата нормативна уредба на Република България, както и отстъпки, дадени от Застрахователя на Застрахователя /ако има такива/.
9. Съгласно Закона за данъка върху застрахователните премии (обн. в ДВ бр. 86 от 02.11.2010 г.) Застрахователят начислява данък в размер на 2 (две) на сто върху застрахователната премия по застрахователния договор. Начисленият данък съгласно ЗДЗП се посочва отделно от договорената застрахователна премия по договора.
10. Застрахователната премия и съответният данък съгласно ЗДЗП са в лева и се заплащат по банков път от Застрахователя на Застрахователя на месечна база съгласно актуализиран списък на застрахованите лица, подлежащи на застраховане по медицинска застраховка, по посочената по-долу банкова сметка на Застрахователя:  
**Банка: Първа Инвестиционна Банка АД**  
**IBAN: BG41FINV91501004438268**  
**BIC: FINVBGSF**
11. Първата месечна застрахователна премия се изчислява, като посоченият в застрахователния договор размер на застрахователната премия за едно застраховано лице за един календарен месец се умножи по броя на застрахованите лица към датата на сключване на застрахователния договор. Всяка следваща месечна застрахователна премия се изчислява, като посоченият в застрахователния договор размер на застрахователната премия за едно застраховано лице за един календарен месец се умножи по актуализирания брой застраховани лица за съответния месец, съобразно представен от Застрахователя актуален списък на застрахованите лица в съответствие с т. 12 от настоящия договор.
12. Срокът за представяне на актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица от Застрахователя на Застрахователя е до 15-то число на всеки текущ месец.
13. Застрахователят носи авансово риска по застраховката за всички новоприсъединени застраховани лица, които са включени в списъка съгласно предходната т. 12 от настоящия договор, от датата им на включване в списъка на застрахованите лица. Настоящата клауза се прилага за използване на медицински стоки и услуги на принципа на възстановяване на разходи.
14. Въз основа на представения актуализиран списък с подлежащите на застраховане лица Застрахователят и Застрахователят, в срок до 5 /работни/ дни от датата на получаване на актуалния списък, съставят и подписват протокол за съгласуване, отразяващ настъпилите промени в списъка на застрахованите лица и размера на дължимата месечна застрахователна премия и съответния данък съгласно ЗДЗП. Към момента на подписване на протокола за съгласуване по настоящата точка Застрахователят представя на Застрахователя сметка за дължимата месечна

застрахователна премия и съответния данък съгласно ЗДЗП за всички застраховани лица за текущия месец.

15. Първата месечна застрахователна премия и съответният данък съгласно ЗДЗП се заплащат от Застраховачия на Застрахователя в срок до 20 /двадесет/ календарни дни от датата на начало на действие на застрахователното покритие.
16. Следващите месечни застрахователни премии, след първата месечна застрахователна премия, заедно със съответния данък съгласно ЗДЗП се заплащат от Застраховачия на Застрахователя в срок до 15 /петнадесет/ календарни дни от датата, на която Застраховачият получи сметката съгласно т. 14 от настоящия договор.
17. В случай че бъде ползвана опцията за удължаване срока на действие на застрахователния договор за втората, третата и четвъртата застрахователни години, месечната застрахователна премия и данъкът съгласно ЗДЗП се определят и заплащат от Застраховачия на Застрахователя по горепосочения ред за всяка следваща година на действие на застрахователния договор.

### III. СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

18. Действието на застрахователния договор започва да тече от 00:00 часа на 1-во число на месеца, следващ датата на сключването му, и се прекратява в 24:00 часа на последния ден от месеца след изтичане на една пълна застрахователна година, с възможност за удължаване на действието му за следващи последователни периоди от по 1 /една/ година, считано от изтичане на предходния едногодишен период, като във всички случаи общата продължителност на договора не може да надвишава 4 /четири/ пълни застрахователни години, считано от 1-во число на месеца, следващ датата на сключването му.
19. Условието за удължаване на срока на действие на застрахователния договор за следващ едногодишен период са както следва:
  - 19.1. Да е подадено писмено уведомление за удължаване на срока на договора от Застраховачия до Застрахователя, най-късно 2 /два/ месеца, преди изтичане на съответния едногодишен период на действие на договора. В случай на подадено уведомление в посочения срок, договорът се удължава, считано от датата на изтичането на съответния текущ едногодишен период на неговото действие.
  - 19.2. Да не е подадено писмено предизвестие за прекратяване на застрахователния договор от Застрахователя до Застраховачия, най-късно 6 /шест/ месеца, преди изтичане на съответния едногодишен период на действие на договора. В случай на подадено предизвестие в посочения срок, договорът се прекратява автоматично с изтичането на съответния едногодишен период на неговото действие.
20. За „една застрахователна година“ се счита периодът от 00:00 часа на 1-во число на месеца, следващ датата на сключване на застрахователния договор, до 24:00 часа на последния ден на 12-тия месец от влизане на договора в сила.
21. Действието на застрахователния договор за новопостъпили лица, включени в списъка на застрахованите лица след началната дата на действие на застрахователния договор за съответния едногодишен период, започва да тече от началото на месеца, в който новопостъпилото лице за първи път е включено в списъка на застрахованите лица.
22. Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите работници и служители се прекратява с прекратяването на трудовото правоотношение на съответния работник или служител със Застраховачия.

### IV. СРОКОВЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

23. Срокът за предложение на конкретни дата и час за изпълнение на заявка за здравна услуга от застраховано лице, отправена към Застрахователя по телефон (чрез координатор или единен телефонен център (кол център) на Застрахователя) или електронен път е не по-късно от 1 работен ден от постъпването на заявката на застрахованото лице. Срокът за отговор с конкретни дата и час за изпълнение на заявка за здравна услуга в случаите на неотложна медицинска помощ е не повече от 24 часа от постъпването на заявката на застрахованото лице. Срокът за отговор с конкретни дата и час за извършване на медицински преглед при поименно посочен специалист по желание на застрахованото лице е не повече от 5 /пет/ календарни дни от датата на заявяване.
24. При неизпълнение от страна на Застрахователя на заявена по телефон здравна услуга всяко застраховано лице има право да отправи същата чрез e-mail директно към Застрахователя или да подаде информация към Застраховачия и да иска получаване на съответната услуга от Застрахователя. Писменото искане за изпълнение на заявката следва да съдържа най-малко следното: трите имена и ЕГН на застрахованото лице, здравен номер, описание на здравния проблем, информация кога застрахованото лице е направило своята заявка при Застрахователя по телефон и отговора на Застрахователя, друга необходима информация по преценка на застрахованото лице.

25. Застрахователят е длъжен при писмена заявка за изпълнение на здравни услуги по застрахователния договор за застраховано лице, отправена директно от застрахованото лице или от Застрахователя по реда на предходната точка, да изпрати писмен отговор на получената заявка, който съдържа предложение относно нейното изпълнение или отказ за изпълнението ѝ.
26. Неизпълнението на задължението на Застрахователя по предходната точка от настоящия раздел в срок до 2 /два/ работни дни от получаване на писмената заявка се счита за отказ за изпълнение на здравната услуга.
27. За възстановяване на разходи за здравни услуги и стоки при ползване на болнична или извънболнична медицинска помощ (вкл. за здравни услуги и стоки по време на бременност и раждане), получена от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване, застрахованите лица подават при Застрахователя претенция по образец. Подаването на претенция от застрахованото лице в сроковете, посочени в т. 29 от настоящия договор, се счита за уведомяване на Застрахователя за настъпилото застрахователно събитие.
28. Към претенцията за възстановяване на разходи, като неразделна част от същата, застрахованите лица прилагат медицински и финансови документи, доказващи претенцията по основание и размер. Финансовите документи се представят в оригинал, а медицинските документи се представят в копие, върху което застрахованото лице писмено декларира, че копие е вярно с оригинала и се подписва. Застрахованите лица прилагат медицински и финансови документи съгласно предварително предоставен от Застрахователя списък с документите и изискванията на Застрахователя към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи, представляващ неразделна част от застрахователния договор. Застрахователят се задължава да не изисква от застрахованите лица допълнителни доказателства, извън включените в списъка, освен в случаите когато предоставянето на допълнителни доказателства е необходимо единствено и само за установяване на основанието и размера на внесената претенция от застрахованото лице. Застрахователят няма право да отказва изплащане на суми по предявени претенции за възстановяване на разходи, при условие че същите са доказани по основание и размер.
29. Претенция за възстановяване на разходи за болнична или извънболнична медицинска помощ (вкл. за здравни услуги и стоки по време на бременност и раждане), получена от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване, се подава при Застрахователя след извършване на разхода от застрахованото лице в рамките на давностния срок, определен от Кодекса за застраховането за медицинска застраховка. Разходите, чието възстановяване се претендира от застрахованите лица пред Застрахователя, следва да са за здравни услуги, ползвани от застрахованите лица през периода на действие на договора и/или за здравни стоки, закупени от застрахованите лица през периода на действие на договора.
30. Застрахователят се задължава да не поставя условие за минимален размер на претенция за възстановяване на разходи, под който същата няма да бъде разглеждана.
31. Застрахователят се задължава в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенция с приложени документи за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и стоки за болнична или извънболнична медицинска помощ (вкл. за здравни услуги и стоки по време на бременност и раждане), получени от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори, да изплати претендираните разходи на застрахованото лице, с прилагане на 20% самоучастие от размера на претенцията, по банкова сметка на застрахованото лице, посочена в претенцията за възстановяване на разходи. В случай че размерът на претенцията надхвърля определения лимит на обезщетение за съответната здравна услуга и/или стока, самоучастието се прилага върху пълния размер на претенцията, преди редуцирането ѝ до размера на лимита.
32. В случай че, застрахованото лице не представи всички изискуеми документи, съгласно застрахователния договор и приложения към него списък с необходими документи и изискванията на Застрахователя към тях, в своята претенция и/или представените документи не дават на Застрахователя достатъчно данни за преценка на основанието и размера на внесената претенция, Застрахователят в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от дата на постъпване при него на претенцията писмено уведомява застрахованото лице и го поканва да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените документи.
33. Срокът за представяне на допълнително изискани документи и/или документи с отстранени непълноти и неточности от страна на застрахованото лице е в рамките на давностния срок, определен от Кодекса за застраховането за застраховката, предмет на настоящия договор.
34. Застрахователят уведомява писмено застрахованото лице в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенция за възстановяване на разходи или от датата на получаване на допълнителни документи или на документи с отстранени непълноти и неточности към вече постъпила претенция на застрахованото лице за взетото решение да не възстанови извършените разходи, като посочва писмено своите аргументи за взетото решение съгласно условията на застрахователния договор, Общите условия на Застрахователя и/или приложения

списък с необходими документи и изискванията на Застрахователя към тях, представляващи неразделна част от застрахователния договор.

35. В случай че в уговорения по-горе срок от 15 /петнадесет/ работни дни Застрахователят нито изплати сумите за извършените разходи от застрахованото лице по предмета на застрахователния договор, нито уведоми писмено застрахованото лице за отказ за плащането им или за необходимостта от представяне на допълнителни документи или от отстраняване на непълноти или неточности във вече представените документи, се счита, че Застрахователят необосновано отказва възстановяване на извършените разходи. При системни необосновани или неоснователни откази за възстановяване на направени разходи от застраховано лице по предмета на застрахователния договор, Застрахователят има право да развали договора при условията на т. 67.6 от настоящия договор и да претендира неустойка. Под „системни необосновани или неоснователни откази“ се разбира 3 /три/ или повече неизпълнения в рамките на 1 /един/ календарен месец от периода на действие на застрахователния договор на задължението на Застрахователя да изплати обезщетение включително неоснователен отказ на Застрахователя да изплати обезщетение при доказана претенция по основание и размер.
36. Застрахователят връща на застрахованото лице оригиналите на онези медицински и/или финансови документи по вече внесени претенции, за които е необходимо отстраняване на непълноти/неточности. В случай на пълен и окончателен отказ за възстановяване на извършени разходи по внесена претенция и при изрично заявено писмено желание от страна на застрахованото лице, Застрахователят връща на застрахованото лице всички оригинали на внесените медицински и финансови документи. Застрахователят е длъжен да върне документите по реда и при условията на настоящата точка, без да иска каквото и да е заплащане от страна на Застрахователя и/или застрахованото лице. При всички случаи, разходите за нотариално заверени копия на подлежащите на връщане документи, които остават при Застрахователя (в случай че Застрахователят изиска нотариална заверка), са за сметка на Застрахователя.
37. Срокът за закупуване на здравни стоки, съобразно писмено назначение от лекуващ лекар, потребени по време на извънболнична и болнична медицинска помощ, е 10 /десет/ календарни дни от датата на предписването им.
38. Всички банкови такси и разноски за превод на застрахователно обезщетение към застраховано лице във връзка с внесена претенция за възстановяване на разходи за ползвани здравни стоки и/или услуги са за сметка на Застрахователя.
39. При превод на застрахователно обезщетение към застраховано лице във връзка с внесена претенция за възстановяване на разходи за ползвани здравни стоки и/или услуги Застрахователят няма право да прихваща от одобрения размер на претенцията оставащи неплатени вноски от разсрочената годишна застрахователна премия, дължима от Застрахователя по отношение на това лице.

## V. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

40. Застрахователят е длъжен да осигури изпълнението на услугите по застрахователния договор на територията на Република България и съобразно местоживеенето, местопребиваването и местоработата на застрахованите лица.
41. Застрахователят е длъжен:
  - 41.1. да осигури чрез свои служители и координатори пълно съдействие на всяко едно застраховано лице през целия процес на здравно обслужване, включително и при подбора на лечебно заведение, лекар(и), специалист(и) до решаване на здравния проблем;
  - 41.2. да приема за изпълнение заявка за здравна услуга от застраховано лице, отправена по телефон [чрез координатор или единен телефонен център (кол център)] или електронен път и не по-късно от 1 работен ден от постъпването на заявката да предложи конкретни дата и час за нейното изпълнение. Срокът за отговор с конкретни дата и час за изпълнение на заявка за здравна услуга в случаите на неотложна медицинска помощ е не повече от 24 часа от постъпването на заявката. Срокът за отговор с конкретни дата и час за извършване на медицински преглед при поименно посочен специалист по желание на застрахованото лице е не повече от 5 /пет/ календарни дни от датата на заявяване.
  - 41.3. да контролира чрез свои служители качествено изпълнение на здравните услуги по застрахователния договор, предоставяни на застрахованите лица от изпълнителите на здравни услуги.
42. Всички факти и обстоятелства, свързани с финансовото и здравното състояние на застрахованите лица, станали известни на Застрахователя при или по повод изпълнението на настоящия договор представляват конфиденциална информация, която Застрахователят се задължава да не разпространява без знанието и съгласието на застрахованите лица. Не се счита за неизпълнение на настоящата клауза предоставянето на информация от Застрахователя при изпълнение на задълженията му по т. 49 и т. 50 от настоящия договор.
43. Застрахователят е длъжен в срок от 10 /десет/ работни дни след началото на всяка застрахователна година да открие здравно досие и да издаде и предостави лична здравна карта на

всяко едно застраховано лице, първоначално за застрахованите лица, посочени в списъка при сключване на застрахователния договор, впоследствие за всяко новопостъпило застраховано лице съгласно актуализирани месечни списъци на застрахованите лица. Личната здравна карта легитимира застрахованото лице с правата по застрахователния договор пред изпълнителите на здравни услуги, с които Застрахователят има сключен договор за здравно обслужване. Стойността на личната здравна карта е включена в застрахователната премия и Застрахователят няма да дължи обезщетение на Застрахователя, ако вследствие прекратяване на застрахователния договор в цялост или по отношение на конкретно застраховано лице не върне личната здравна карта на Застрахователя.

44. За новопостъпили застраховани лица в рамките на периода на действие на застрахователния договор Застрахователят е длъжен в срок до 5 /пет/ работни дни, считано от датата на получаване на актуализирания списък за съответния месец, да издаде и предостави на Застрахователя лични здравни карти за новоприсъединените застраховани лица. Стойността на личните здравни карти на новоприсъединените застраховани лица по настоящата точка е включена в застрахователната премия и Застрахователят няма да дължи обезщетение на Застрахователя, ако вследствие прекратяване на застрахователния договор в цялост или по отношение на конкретно застраховано лице не върне лична здравна карта на новоприсъединено застраховано лице на Застрахователя.
45. В случай на загуба или увреждане на личната здравна карта Застрахователят издава дубликата на същата в срок до 5 /пет/ работни дни от уведомяването му, без да изисква заплащане на дубликата.
46. Застрахователят се задължава да информира писмено Застрахователя за настъпилите промени в списъка на изпълнителите на здравни услуги, с които има договори за здравно обслужване /добавяне на нови или изключване от списъка/, в срок от 5 /пет/ календарни дни от настъпване на промяната.
47. Застрахователят се задължава в срок до 30 (тридесет) дни, считано от датата на сключване на настоящия договор да представи „Списък на лечебните заведения, с които Застрахователят има сключени договори на територията на цялата страна за предоставяне на здравни услуги на абонаментен принцип“ – Приложение № 3 към настоящия договор, придружен с потвърждение за сключените договори от лечебните заведения, посочени от Застрахователя за изпълнение на задължението му, разписано в следващото изречение.

След изпълнение на задължението си по предходното изречение Застрахователят се задължава през срока на договора, да поддържа най-малко следния брой действащи договори за здравно обслужване на абонаментен принцип, при който възстановяването на разходите за предоставени здравни услуги и стоки за извънболнична и болнична медицинска помощ се извършва от Застрахователя по този договор към изпълнителите на здравни услуги, със следните видове лечебни заведения (регистрирани съгласно Закона за лечебните заведения) на територията на Република България:

а) във всеки от градовете Плевен, Ловеч, Видин, Враца, Монтана, Перник, Кюстендил и Благоевград:

- 2 (две) заведения за извънболнична медицинска помощ, в т.ч. Диагностично-консултативен център (ДКЦ) и/или Медицински център (МЦ);
- 1 (една) Многопрофилна болница за активно лечение (МБАЛ);
- 1 (една) Медико-диагностична лаборатория (МДЛ); и

б) в гр. София:

- 5 (пет) заведения за извънболнична медицинска помощ, в т.ч. Диагностично-консултативен център (ДКЦ) и/или Медицински център (МЦ);
- 3 (три) Многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ); и
- 5 (пет) Медико-диагностични лаборатории (МДЛ).

В случай че дадена МДЛ, с която Застрахователят има сключен договор за абонаментно обслужване, е с изградена клонова мрежа и/или филиали, то такъв тип МДЛ се брои като 1 (една) за 1 (едно) населено място.

48. Застрахователят се задължава през целия срок на договора да поддържа функционираща информационна система с осигурен онлайн достъп, даваща възможност на застрахованото лице да проверява статуса на подадена от него претенция за възстановяване на разходи.
49. Застрахователят се задължава след края на всяко тримесечие от началото на всяка една застрахователна година и до 20-то число на месеца, следващ съответното отчетно тримесечие, да предоставя на застрахователния брокер на Застрахователя справка за цетимост по договора, която съдържа: здравен номер на застрахованото лице, номер и дата на завеждане на претенцията, размер на претенцията, размер на изплатено обезщетение, дата на изплащане на обезщетението към застрахованото лице, както и изплатени суми от Застрахователя към изпълнителите на здравни услуги (лечебни заведения) за ползвани здравни услуги и стоки от застрахованото лице за периода на справката, когато същите се ползват на принципа на абонаментно обслужване, отделно за всеки пакет „Извънболнична медицинска помощ“ и „Болнична медицинска помощ“. Справката следва да обхваща всички плащания, извършени от Застрахователя през съответния отчетен период във връзка с внесени от застрахованите лица

претенции за възстановяване на разходи, както и плащания, извършени от Застрахователя във връзка с ползвани от застрахованите лица здравни услуги и стоки, предоставени от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят има сключен договор за абонаментно обслужване. Справката следва да бъде предоставяна на застрахователния брокер в електронен формат (EXCEL).

50. Въз основа на получената справка от Застрахователя, застрахователният брокер предоставя на Застрахователя обобщена, неперсонифицирана справка за ползваните от застрахованите лица услуги и тяхната стойност.

#### VI. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

51. Застрахователят е длъжен ежемесечно, до 15-то число на съответния месец да предоставя на Застрахователя актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица.
52. Застрахователят се задължава да раздаде на застрахованите лица личните здравни карти по списък и срещу подпис от тяхна страна.
53. Застрахователят се задължава да заплаща застрахователните премии на Застрахователя и съответния данък върху тях в сроковете и при условията, определени в настоящия договор.
54. Застрахователят се задължава да информира Застрахователя за всички известни му промени във фактите и обстоятелствата по настоящия договор.
55. Застрахователят има право в случай на писмено искане от страна на застраховано лице, направено по e-mail, да изпрати писмена заявка до Застрахователя с искане за изпълнение на съответната медицинска услуга на застрахованото лице. Писменото искане за изпълнение на заявката следва да съдържа най-малко следното: данни за застрахованото лице; номер на здравната карта; описание на проблема; информация относно направената заявка и отговора на представителя на Застрахователя; друга необходима информация.

#### VII. ПРАВА НА ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА

56. Всяко застраховано лице има право лично да ползва здравни услуги и стоки от обхвата на застрахователно покритие по медицинската застраховка съгласно Приложение № 1 в лечебни заведения на територията на Република България.
57. Всяко застраховано лице има право да избере лечебно заведение, с което Застрахователят има сключен договор за абонаментно медицинско обслужване, съгласно Приложение № 3, като финансовите отношения по повод предоставянето на здравните услуги се уреждат директно между Застрахователя по настоящия договор и изпълнителя на здравната услуга.
58. Всяко Застраховано лице има право лично да ползва здравни услуги от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай Застрахователят възстановява финансовите средства на застрахованите лица за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки за болнична медицинска и извънболнична медицинска помощ, срещу медицински и разходооправдателни документи.
59. Застрахованите лица нямат задължение, но биха могли по свое желание и преценка да осъществяват връзка с координатор или единен телефонен център (кол център) на Застрахователя, с цел да бъдат насочени към изпълнители на здравни услуги. В случай на планирано болнично лечение е препоръчително то да бъде предварително съгласувано с Застрахователя, като застрахованото лице осъществи връзка с негов координатор или единен телефонен център (кол център). Застрахователят няма право да откаже изплащане на обезщетение (възстановяване на разходи) за ползвани здравни стоки и услуги от застраховано лице, в случай че застрахованото лице не е осъществило връзка с координатор или единен телефонен център (кол център) на Застрахователя преди или по време на ползване на здравните стоки и услуги, предмет на настоящия договор.
60. Всяко застраховано лице има право да получи сумата за направените разходи за здравни стоки и услуги при заболяване и/или злополука срещу представяне на медицински и разходооправдателни документи.

#### VIII. СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ПО ДОГОВОРА

61. Приложими по настоящия договор са следните специални условия:
- 61.1. Застрахователят обезпечавя финансово и организационно ползването от застрахованите лица на здравни услуги и/или стоки, необходимостта от които е породена от настъпила злополука или заболяване, в т.ч. общо или професионално заболяване.
- 61.2. Застрахователят покрива предварително съществуващи заболявания/състояния включително хронични заболявания на застрахованите лица. Предварително съществуващо заболяване/състояние, включително хронично и професионално заболяване на застрахованото лице, е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом, за който са били потърсени, или получени, или са били назначени лечение или медикаменти,



- или консултации, или диагностициране на застрахованото лице преди началото на действие на застрахователното покритие по застрахователния договор, или за чийто произход застрахованото лице е знаело, че съществува, преди началото на действие на застрахователното покритие по застрахователния договор, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.
- 61.3. Застрахователят се задължава да сключи медицинската застраховка, без да изисква предварителен здравен статус на застрахованите лица.
  - 61.4. Здравните услуги, включени в обхвата на Пакет „Болнична медицинска помощ“, се ползват от застрахованите лица в лечебни заведения, сключили договор с Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), и надграждат съществуващите в страната клинични пътеки.
  - 61.5. Застрахователят обезпечава финансово и организационно услугите, свързани с наблюдение на нормална и рискова бременност, без да обвързва ползването им с действащата програма на НЗОК „Майчино здравеопазване“.
  - 61.6. Застрахованите лица следва да са с непрекъснати здравноосигурителни права за целите на ползване на пакет „Болнична медицинска помощ“. За ползването на пакет „Извънболнична медицинска помощ“ Застрахователят няма да поставя условие застрахованите лица да са с непрекъснати здравноосигурителни права.
  - 61.7. Застрахователят се задължава да не прилага отлагателни периоди за лечение вследствие заболяване и злополука, в т.ч. общо или професионално заболяване, включително за бременност и раждане.
  - 61.8. В случай на присъединяване на нови работници и служители на Застрахователя към групата на застрахованите лица, след датата на начало на действие на застрахователното покритие за всяка една отделна застрахователна година, новоприсъединените лица ползват здравните стоки и услуги съгласно договорения обхват на застрахователно покритие, като размерът на лимитите на обезщетение за тези застраховани лица не се преизчислява пропорционално от годишните договорени лимити на обезщетение, съобразно периода от датата на включване на новите лица към застрахователното покритие до датата на изтичане на съответната застрахователна година, т.е. новоприсъединените застраховани лица ползват заложените годишни лимити на обезщетение в пълния им размер. Новопостъпили работници и служители на Застрахователя могат да се присъединяват към покритието по застраховката без ограничение в рамките на съответната застрахователна година.
  - 61.9. Застрахованите лица имат право на свободен избор на медицински специалист и/или лечебно заведение за предоставяне на здравните услуги и/или стоки, попадащи в обхвата на покритие на настоящия застрахователен договор. Застрахователят няма право да обвързва финансовото обезпечаване и възстановяване в пари към застрахованото лице на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки с обстоятелството дали дадена здравна услуга и/или стока се предлага от изпълнителите на здравни услуги, с които Застрахователят има сключен договор за абонаментно обслужване.
  - 61.10. Застрахователят няма право да отказва финансово обезпечаване и възстановяване в пари към застрахованото лице на разходи за здравни услуги и/или стоки, в случай че същите са ползвани при изпълнител, с който Застрахователят има сключен договор за здравно обслужване, но услугите / стоките са ползвани от застрахованото лице на принципа на възстановяване на разходи и са заплатени от застрахованото лице директно на лечебното заведение.
  - 61.11. Застрахователят приема да възстановява разходи за медицински прегледи при хабилитирани лица, без да поставя изискване за наличие на насочване на застрахованите лица към преглед при хабилитирано лице от лекар специалист.
  - 61.12. Застрахователят приема да обезпечава финансово и да възстановява разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки поради възникнало заболяване или злополука в резултат на участието на застрахованото лице в състезания като спортист-любител, както и при непрофесионално практикуване на различни спортни занимания, с изключение на практикуване на екстремни спортове.
  - 61.13. Застрахователят приема да обезпечава финансово и да възстановява разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки поради възникнало заболяване или злополука вследствие на форсмажорни обстоятелства, земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер, както и в резултат на аварийни и бедствени ситуации, в т.ч. производствени, химически и други аварии.
  - 61.14. Застрахователят приема да обезпечава финансово и да възстановява разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки, необходимостта от които е породена от или свързана с лечение на туберкулоза, множествена склероза, мигрена, диабет, астма, остеопороза, менопауза, гъбички на ноктите (онихомикоза), измръзване, топлинен удар, слънчев удар и изгаряне.
  - 61.15. Застрахователят приема да обезпечава финансово и да възстановява разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки при извънболнично лечение,

необходимостта от които е породена от или свързана с лечение на онкологични заболявания и психически заболявания.

- 61.16. Застрахователят приема да възстановява на застрахованите лица потребителските такси за ползвани здравни услуги.
- 61.17. При сключване на застрахователния договор Застрахователят приема да подготви инструкция (указания) за ползване на услугите по сключения договор за медицинска застраховка от застрахованите лица, в срок до 30 /тридесет/ календарни дни от сключване на договора. Инструкцията следва да обхваща всички съществени аспекти от сключения договор, в т.ч., но не само: лимити на обезщетение, механизъм за ползване на услугите по договора, лица за контакт, процедура за предявяване на претенция от застрахованите лица за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, необходими документи за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, вкл. изискванията на Застрахователя към формата и съдържанието на представяните от застрахованите лица медицински и финансови документи. Инструкцията следва да е в съответствие със сключения договор и приложенията към него и не следва да се изменя през периода на договора към по-неблагоприятни и утежняващи условия / процедури за застрахованите лица. След изготвянето на инструкцията (указанията) по настоящата точка и съгласуването ѝ с Застрахователя, тя става приложение - неделима част от настоящия договор.
- 61.18. Обслужването на застрахователния договор се извършва с посредничеството на лицензиран застрахователен брокер, с който Застрахователят има сключен договор за възлагане, в съответствие с предвиденото в ал. 1 и ал. 2 на чл. 301 от Кодекса за застраховане. Обслужващ застрахователен брокер по застрахователния договор е РЕНОМИА ООД, ЕИК 130001905, вписано в регистъра на КФН с Решение № 441-ЗБ/ 30.06.2006 г. Възнаграждението на застрахователния брокер е в размер на 15% /петнадесет процента/ от застрахователната премия по договора, като същото се калкулира от Застрахователя в застрахователната премия и се дължи от Застрахователя на застрахователния брокер съгласно чл. 301, ал. 3 от Кодекса за застраховане. При промяна, свързана с обслужващия застрахователен брокер в срока на действие на застрахователния договор, включително при удължаване на действието му за следващи последователни едногодишни периоди, Застрахователят се задължава да уведоми писмено Застрахователя за настъпилата промяна в срок до 5 /пет/ работни дни, считано от датата на прекратяване на договора за възлагане между Застрахователя и застрахователния брокер.
- 61.19. Застрахователят приема да не налага ограничения по отношение на броя и вида прегледи и изследвания, необходими за решаване на здравния проблем на застраховано лице, доколкото същите са назначени от лекар-специалист и са в рамките на договорения лимит за всяка една застрахователна година.
- 61.20. Застрахователят няма право да откаже заплащане на хирургически материали, консумативи и импланти на основание, че не са закупени от болничната аптека на лечебното заведение, извършило медицинската услуга, ако болничната аптека на съответното лечебното заведение не разполага с необходимите хирургически материали, консумативи и импланти, удостоверено с документ от болничната аптека/лечебното заведение.

#### IX. ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРА

62. Застрахователят се задължава при подписване на договора да представи на Застрахователя гаранция за изпълнение в размер на 5 (пет) % от прогнозната обща стойност на договора (изчислена като произведение от месечната застрахователна премия на едно лице и броя работници и служители на Застрахователя към датата на сключване на договора за максималния срок за изпълнението му – 48 месеца), представляваща застрахователната премия с включен данък по ЗДЗП /55 314.14 лв. (петдесет и пет хиляди триста и четиринадесет лева и четиринадесет стотинки). Гаранцията се представя под формата на депозит в сметка на Застрахователя: „ЧЕЗ Разпределение България“ АД, като банкова гаранция (в оригинал), издадена от търговска банка в полза на Застрахователя със срок на действие 50 (петдесет) месеца, считано от датата на влизане в сила на договора или под формата на застраховка, която обезпечават изпълнението на договора чрез покритие на отговорността на Застрахователя.
- 62.1. Гаранцията за изпълнение на договора служи за общо обезпечение на Застрахователя, от което последният може да се удовлетворява в случай на забава, неизпълнение или причиняване на загуби вследствие на изпълнението от страна на Застрахователя. От гаранцията могат да се приспадат и всякакви дължими неустойки и обезщетения в полза на Застрахователя. За усвояване на сумите по гаранцията, Застрахователят е длъжен да уведоми писмено Застрахователя.
- 62.2. Ако размерът на причинените вреди надвишава размера на гаранцията за изпълнение, за разликата до реалния им размер Застрахователят може да търси обезщетение по общия гражданскоправен ред.

- 62.3. В случай на усвояване на суми по гаранцията за изпълнение и в срок от 14 (четирнадесет) дни след уведомяването му по реда на т. 62.1, Застрахователят е длъжен да попълни размера на гаранцията за изпълнение до уговорения в договора размер, като ако не направи това в указания срок, Застрахователят има право да прекрати договора, като предизвестить Застрахователя 15 дни по-рано. Ако в срока на предизвестието Застрахователят предостави дължимата гаранция за изпълнение, Застрахователят може и да не прекрати договора.
- 62.4. Застрахователят освобождава гаранцията на Застрахователя след постъпило писмено искане от страна на Застрахователя, в 60-дневен срок след изтичане срока на договора, освен ако не е усвоена поради неизпълнение. Ако Застрахователят не поиска връщането на гаранция за изпълнение, при настъпване на условията за това, Застрахователят е длъжен да върне всички гаранции, предоставени в негова полза по силата на този договор, в срок до 60 дни след прекратяване на действието на договора, независимо от основанията за това и до размера на разликата, след удовлетворяване на всички имуществени претенции произтичащи от неустойки, забава или неизпълнение на Застрахователя, ако такива са налице.
- 62.5. Застрахователят не носи отговорност за невърната/неосвободена банкова гаранция за изпълнение, ако в 60-дневния срок по т. 62.4. надлежно е уведомил Застрахователя за възможността оригиналът на банковата гаранция да му бъде върнат, но същият не се е възползвал от нея
- 62.6. При прекратяване или разваляне на договора по вина на Застрахователя, Застрахователят усвоява в своя полза гаранцията за изпълнение, като има право да претендира дължимите от Застрахователя санкции и неустойки по съдебен ред, ако гаранцията не е достатъчна да ги покрие в пълен размер.
- 62.7. Банковите разходи по откриването и поддържането (обслужването) на гаранцията са за сметка на Застрахователя.
- 62.8. Застрахователят има право да инкасира суми от гаранцията при неизпълнение на договорените задължения от страна на Застрахователя.
- 62.9. Застрахователят не дължи лихва в периода, през който паричната сума, внесена като гаранция за изпълнение, законно е престояла у него.
- 62.10. Застрахователят е длъжен да представи гаранция за изпълнение на договора и в случай на изменение на договора, което представлява извършване на допълнителни дейности.

## Х. САНКЦИИ И НЕУСТОЙКИ

63. Ако Застрахователят не изпълни възложената услуга или част от нея, или не спази изискванията за нея съгласно застрахователния договор, или не изпълни други договорени дейности в установения срок, Застрахователят има право да претендира следните неустойки:
- 63.1. При неспазване на сроковете за заплащане на обезщетение или за уведомяване на застраховано лице за необходимост от допълнителни документи и/или отстраняване на неточности или неточности във вече представени документи, или за уведомяване за взето решение за невъзстановяване на претендирани разходи, съгласно т. 31, т. 32 и т. 34 от настоящия договор, Застрахователят дължи на Застрахователя неустойка в размер на 1 000.00 лв. (хиляда лева) за всеки месец от действието на застрахователния договор, в който е налице неспазване на горепосочените срокове с повече от 5 /пет/ работни дни по отношение на поне 3 /три/ претенции за възстановяване на разходи, подадени от застраховани лица през съответния месец.
- 63.2. При неизпълнение на задължението на Застрахователя за поддържане на договорни отношения с предвидения в т. 47 от настоящия договор минимален брой лечебни заведения Застрахователят дължи на Застрахователя неустойка в размер на 20 000.00 лв. (двадесет хиляди лева) за всеки отделен случай на неизпълнение, освен в случаите когато неизпълнението на задължението е резултат от промяна в законодателството вследствие решение на Министерството на здравеопазването или Министерски съвет, или друг държавен административен акт за отнемане на акредитация на лечебното заведение, извън контрола на Застрахователя. Освобождаването от отговорност по настоящата клауза се прилага и в случай, че неизпълнението на задължението на Застрахователя се дължи на други причини, извън контрола на Застрахователя, които не са изброени в предходното изречение, като в този случай той е длъжен да представи на Застрахователя съответните писмени доказателства, предоставени от трето лице.
- 63.3. При неизпълнение на задължението на Застрахователя за предоставяне на справка за щетимост по договора съгласно т. 49 от настоящия договор последният дължи на Застрахователя неустойка в размер на 1 000.00 лв. (хиляда лева) за всяка непредставена справка.
- 63.4. При забавено плащане на суми по настоящия договор от страна на Застрахователя в съответствие с т. 15 и т. 16 от настоящия договор последният дължи на Застрахователя обезщетение в размер на законната лихва за забава (равна на основния лихвен процент

(ОЛП), обявен от БНБ, плюс 10%), начислена върху стойността на закъснялото плащане за периода на забавата, като стойността на обезщетението не може да бъде повече от 10% от стойността на забавеното плащане.

- 63.5. Застрахователят дължи на Застрахователя 0.1% от месечната застрахователна премия за едно застраховано лице за всеки ден забава ако при настъпили промени в списъците на изпълнителите на здравни услуги, с които Застрахователят има договори за здравно обслужване, не информира писмено Застрахователя за добавяне на нови или изключване от списъка - Приложение № 3 към договора в срок от 5 /пет/ календарни дни от настъпване на промяната.
- 63.6. В случай на системни необосновани или неоснователни откази за плащане на направени разходи от застраховано лице по предмета на застрахователния договор съгласно т. 35 от настоящия договор Застрахователят дължи на Застрахователя неустойка в размер на 500.00 лева за всеки установен случай.
64. Неустойките по настоящия договор са платими в 10-дневен срок от датата на претенцията на изправната страна.
65. При дължими неустойки от страна на Застрахователя, Застрахователят има право да усвои сумата на дължимата неустойка от гаранцията за изпълнение по т. 62. В случай че гаранцията за изпълнение не е достатъчна за покриване на сумата на дължимата неустойка, Застрахователят има право да прихване остатъка от последващи плащания.

## **XI. НЕПРЕОДОЛИМА СИЛА ИЛИ НЕПРЕДВИДИМИ СЪБИТИЯ**

66. В случай на непреодолима сила по смисъла на чл. 306 от Търговския закон или на непредвидими събития и доколкото тези събития се отразяват върху изпълнението на задълженията на двете страни по договора, сроковете за изпълнение трябва да бъдат удължени за времето, през което е траела непреодолимата сила или непредвидимите събития. Страните се споразумяват за непредвидими събития да се считат издадени или изменени нормативни или ненормативни актове на държавни или общински органи, настъпили по време на изпълнение на договора, които се отразяват на изпълнението на задълженията на която и да е от страните.
- 66.1. Двете страни трябва взаимно да се уведомяват писмено за началото и края на тези събития, както следва:
- за непреодолимата сила известието трябва да бъде потвърдено от Търговската камара на страната, в която е настъпило, и да бъде изпратено на другата страна до 14 /четринадесет/ дни след започването му.
  - за непредвидимите събития – в 14-дневен срок от издаването или изменението на нормативен или ненормативен акт на държавен или общински орган.
- 66.2. В случай на непреодолима сила или непредвидимо събитие в страната на Застрахователя и/или Застрахователя и ако то доведе до закъснение в изпълнението на задълженията на някоя от страните за повече от 1 /един/ месец, всяка от страните има право да прекрати договора по силата на т. 67.8.

## **XII. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА**

67. Застрахователният договор се прекратява:
- 67.1. По взаимно съгласие между страните по застрахователния договор, изразено в писмена форма за валидност – по всяко време.
- 67.2. Едностранно от страна на Застрахователя, с 30- /тридесет/ дневно писмено предизвестие, ако срещу Застрахователя е открито производство по обявяване в несъстоятелност или е обявен в несъстоятелност, когато върху имуществото му са наложени обезпечителни мерки за погасяване на дълг, както и в случай че Застрахователят престане да отговаря на законовите изисквания за упражняване на дейността си по застраховане.
- 67.3. Едностранно от Застрахователя с 15- /петнадесет/ дневно писмено предизвестие, отправено до Застрахователя, когато Застрахователят не изпълни задължение по застрахователния договор.
- 67.4. Едностранно и безусловно от Застрахователя с двумесечно писмено предизвестие, връчено на Застрахователя не по-късно от 2 /два/ месеца преди изтичане срока на застрахователния договор.
- 67.5. Едностранно и безусловно от Застрахователя с шестмесечно писмено предизвестие, връчено за Застрахователя не по-късно от 6 /шест/ месеца преди изтичане срока на застрахователния договор.
- 67.6. Застрахователят има право да развали договора, като уведоми писмено Застрахователя при системни необосновани или неоснователни откази за плащане на направени разходи от застраховано лице по предмета на застрахователния договор съгласно т. 35 от настоящия договор. Договорът може да бъде развален от Застрахователя на това основание и при системни забави за изплащане на разходи на застраховани лица, попадащи в обхвата на

застрахователния договор, спрямо срока за плащане, посочен в т. 31 от настоящия договор. Под системни забави за възстановяване на разходи се разбира 3 /три/ или повече просрочия за плащане при наличие на основанията за това в рамките на 1 /един/ календарен месец от срока на действие на застрахователния договор.

67.7. С изтичане срока на застрахователния договор.

67.8. При непреодолима сила съгласно т. 66.2 от настоящия договор.

67.9. Извън горните хипотези, всяка от страните може да развали настоящия договор на общо основание при условията и по реда на чл. 87 от ЗЗД.

68. При предсрочно прекратяване на застрахователния договор Застрахователят не дължи на Застрахователя застрахователна премия за оставащия срок на договора след датата на прекратяването му.
69. При предсрочно прекратяване на застрахователния договор Застрахователят се задължава да обезпечава финансово и да възстановява в пари към застрахованите лица разходи за здравни услуги и/или стоки, ползвани от застрахованите лица до датата на прекратяване на договора. Претенция за възстановяване на разходи се подава от застрахованите лица пред Застрахователя в сроковете, предвидени в т. 29 на настоящия договор, като разходите, чието възстановяване се претендира пред Застрахователя, следва да са за здравни услуги, ползвани от застрахованите лица до датата на прекратяване на застрахователния договор и/или за здравни стоки, закупени от застрахованите лица до датата на прекратяване на застрахователния договор. За лицата, които към датата на прекратяване на застрахователния договор са изчерпали частично или изцяло лимита на обезщетение по даден здравен пакет, Застрахователят няма да изисква от Застрахователя заплащане на оставащата част от дължимата годишна застрахователна премия по съответния здравен пакет за конкретното застраховано лице.
70. При предсрочно прекратяване действието на застрахователния договор или при прекратяване на застрахователното правоотношение спрямо застраховано лице, същото е длъжно да върне здравната си карта на Застрахователя, а последният се задължава да я предаде на Застрахователя в срок от 15 /петнадесет/ работни дни от прекратяване на застрахователното правоотношение със съответното застраховано лице. В случай, че едно или повече застраховани лица не могат да върнат своите лични здравни карти на Застрахователя поради някаква причина: унищожаване; повреждане или др., Застрахователят не е длъжен да върне несъбраните лични здравни карти на Застрахователя, като, доколкото стойността им е включена в застрахователната премия, Застрахователят не дължи и обезщетение на Застрахователя за невърнатите лични здравни карти.

### XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

71. В случай на противоречие или несъответствие между Общите и/или Специалните условия на Застрахователя и клаузите на застрахователния договор, приложими са условията, договорени и заложили в застрахователния договор. Всякакви изменения в Общите и/или Специалните условия на Застрахователя, представляващи неразделна част от застрахователния договор, или замяната им с нови по време на действие на договора имат сила за Застрахователя, само ако не противоречат на договора съответно не въвеждат по-неблагоприятни условия и ако измененията или новите Общи и/или Специални условия са му връчени и той писмено е потвърдил съгласието си с тях, за което страните подписват нарочен протокол за съгласуване.
72. Всички съобщения и уведомления на страните по настоящия договор ще се извършват само в писмена форма като условие за действителност. Тази форма ще се счита за спазена, ако съобщението е получено на адресите на страните, посочени в този договор или ако е изпратено по факс. Факсът на Застрахователя е 02/ 9871862, а факсът на Застрахователя е 02/ 4456665. Всяка от страните може да промени адреса или факса, като предостави на другата страна уведомление за настъпилата промяна, съгласно разпоредбите на тази точка.
73. Изменения и допълнения на настоящия договор са валидни, ако са направени в писмен вид и са подписани от страните или техни упълномощени представители. Изменения и допълнения в настоящия договор се допускат единствено при условията на чл. 43, ал. 2 от ЗОП.
74. Страните решават всички спорове, възникнали между тях във връзка с настоящия договор, да се решават по взаимно съгласие, изразено в писмена форма.
75. Всички спорове, породени от настоящия договор или отнасящи се до него, включително споровете, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване празноти в него или приспособяването му към нововъзникнали обстоятелства, за които не е постигнато съгласие по предходната точка, ще бъдат отнасяни за решаване пред компетентния съд в Република България със седалище в гр. София по общия гражданско-правен ред.
76. За всички въпроси, неуредени с настоящия договор, се прилагат разпоредбите на действащото в Република България законодателство.

77. Застрахователят приема да сключи застрахователен договор за медицинска застраховка за работниците и служителите в останалите дружества, част от ЧЕЗ Групата в България, при условията на настоящия договор.

**Приложения, представляващи неразделна част от настоящия договор:**

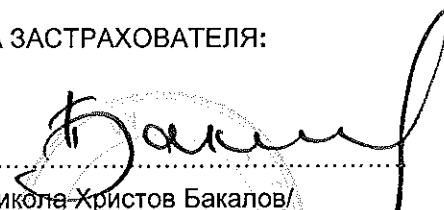

- Приложение № 1 – Обхват на застрахователно покритие по медицинска застраховка;
- Приложение № 2 – Списък на застрахованите лица към датата на сключване на застрахователния договор;
- Приложение № 3 – Списък на лечебните заведения, с които Застрахователят има сключени договори на територията на цялата страна за предоставяне на здравни услуги на абонаментен принцип;
- Приложение № 4 – Списък на координаторите на Застрахователя;
- Приложение № 5 – Списък на всички документи и изискванията на Застрахователя към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи;
- Приложение № 6 – Общи и/или Специални условия на Застрахователя за сключване на медицинска застраховка.

Настоящият договор се състави в два еднакви оригинални екземпляра на български език – по един за всяка от страните, които след като се запознаха със съдържанието му и го приеха, подписаха договора, както следва:

ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ:

  
.....  
/Румен Стаменов/

ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:

  
.....  
/Никола Христов Бакалов/  
  
.....  
/Цветомира Маринова Карапчанска/




**ОБХВАТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА**


<b>А. ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – комбиниран лимит от 3000 лв. за едно застраховано лице за всяка една застрахователна година по пакети „Извънболнична медицинска помощ“ и „Болнична медицинска помощ“</b>
1. Прегледи /в т.ч. първични, вторични, консултация при необходимост от второ мнение/, необходими за уточняване на диагнозата и лечението и за контрол на състоянието на пациента, извършени от: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ лекари-специалисти от всички специалности, вкл. психолог;</li> <li>➤ хабилитирани лица</li> </ul>
2. Съвети и консултации, вкл. по телефон от правоспособен доверен лекар на застрахователя
3. Клинико - лабораторни изследвания по лекарско назначение /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ хематологични, биохимични, микробиологични (вкл. антибиограма), хормонални;</li> <li>➤ туморни маркери, имунологични, алергологични, вирусологични, серологични;</li> <li>➤ химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген), седимент.</li> </ul>
4. Клинико - инструментални изследвания по лекарско назначение /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ функционални изследвания; ултразвукови (ехографски), рентгенови, радиоизотопни, ангиографски, ендоскопски изследвания (без биопсия, с биопсия вкл. колпоскопия), компютърна томография (скенер), оптична кохерентна томография, ядрено-магнитен резонанс</li> </ul>
5. Морфологични изследвания по лекарско назначение, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ цитологични изследвания;</li> <li>➤ хистологични изследвания</li> </ul>
6. Неотложна медицинска помощ – нощем, в почивни и празнични дни
7. Манипулации в извънболнични условия /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ инжектиране - мускулно и венозно;</li> <li>➤ поставяне и сваляне на превръзки;</li> <li>➤ поставяне и сваляне на гипсова имобилизация;</li> <li>➤ сваляне на конци,</li> <li>➤ поставяне на венозна система, на абокат;</li> <li>➤ амбулаторни хирургични операции.</li> </ul>
8. Подготовка за планова хоспитализация – всички необходими медицински прегледи, консултации и изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/, назначени от лекар
9. Физиотерапевтично лечение и рехабилитация (кинезитерапия, електротерапия, лазерна терапия, магнитотерапия, ултразвукова терапия, термотерапия и други), назначени от лекар – един курс годишно от 10 процедури
10. Наблюдение на нормална и рискова бременност - <i>подлимит от 300 лв. за едно застраховано лице за всяка една застрахователна година, в рамките на общия лимит по пакети „Извънболнична медицинска помощ“ и „Болнична медицинска помощ“</i>
<b>Услуги, свързани с наблюдение на нормална и рискова бременност:</b>
10.1. Всички необходими медицински прегледи, клинико - лабораторни и клинико-инструментални изследвания: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ при установяване и регистриране на бременност;</li> <li>➤ за проследяване на нормална и рискова бременност;</li> </ul>
10.2. Запис на сърдечни тонове на плода
10.3. Наблюдение на развитието на плода с 2D, 3D и/или 4D ехограф, фетална морфология
10.4. Биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода за хромозомни аномалии по медицински показания, назначени от лекар

**Б. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – комбиниран лимит от 3000 лв. за едно застраховано лице за всяка една застрахователна година по пакети „Извънболнична медицинска помощ” и „Болнична медицинска помощ”**

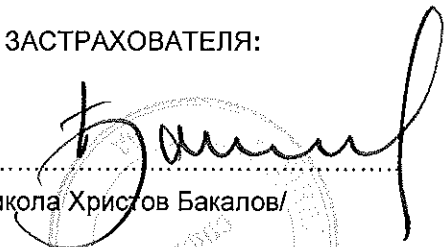

1. Хоспитализация в болнични лечебни заведения – клиники и стационарни отделения:
➤ ОАРИЛ, Терапевтично, Хирургично, Педиатрично, Неврологично, Офталмологично, Гинекологично, Родилно, Пулмологично, Токсикологично, Оториноларингологично, Ортопедично/травматологично, Дерматовенерологично, Ендокринологично, Кардиологично, Гастроентерологично, Физиотерапевтично, за долекуване и продължително лечение, Урологично, Алергологично, Нефрологично, Хематологично, Патологична бременност, Ревматологично, Инфекциозно и др.
2. Прием и настаняване в лечебно заведение:
➤ в стая с две и повече легла
3. Клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/ в обем, позволяващ диагностициране, проследяване и лечение на медицинския проблем
4. Лечение при необходимост, извън покритото по клинична пътека:
➤ медикаментозно; ➤ диетолечение; ➤ физиотерапия; ➤ рехабилитация; ➤ хормонално; ➤ имунотерапия; ➤ и други.
5. Хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски операции, лазерни операции /с изключение на лазерна корекция на зрението/, кардио- и неврохирургични операции):
➤ с малък обем на сложност; ➤ със среден обем на сложност; ➤ с голям обем на сложност.
6. Всички необходими хирургически материали, консумативи и импланти (пирони, стави, протези, платна за херния, вътреочни лещи и др.), използвани по време на хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски) – <i>под лимит от 1500 лв. за едно застраховано лице за всяка една застрахователна година, в рамките на общия лимит по пакети „Извънболнична медицинска помощ” и „Болнична медицинска помощ”</i>
7. Избор на лекар / екип при болнично лечение, вкл. раждане и хирургически интервенции – <i>под лимит от 500 лв. за избор на лекар и 700 лв. за избор на екип за едно застраховано лице за всяка една застрахователна година, в рамките на общия лимит по пакети „Извънболнична медицинска помощ” и „Болнична медицинска помощ”</i>

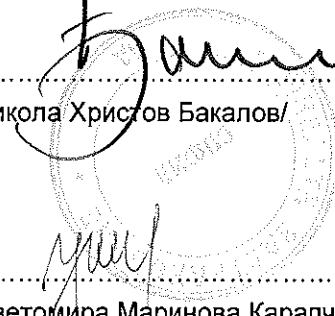
ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ:

  
.....  
/Юлия Стаменова/



ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:

  
.....  
/Никола Христов Бакалов/  
  
.....  
/Цветомира Маринова Карапчанска/







Приложение 2 към Договор №: 17-304/24.07.2017,  
не се публикува на основание  
чл. 2, ал. 2 от ЗЗЛД.