

# ОБЩИ УСЛОВИЯ

## ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

### I. ПРЕДМЕТ И СТРАНИ НА ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

1. По тези Общи условия “ДЗИ–Здравно осигуряване” АД (“ДЗИ–ЗО” АД), наричано по-нататък ОСИГУРИТЕЛ срещу платена премия сключва здравноосигурителни договори, с които финансово обезпечава определени здравни услуги и стоки, предоставени на осигурените лица през срока на здравноосигурителния договор.
2. Финансовото обезпечаване включва възстановяване на направените разходи от осигуреното лице и изплащане на суми на изпълнителите на медицинска помощ, извършили лечение на осигурените лица.
3. Здравните услуги и стоки се предоставят от изпълнители на медицинска помощ.
4. Здравноосигурителният договор е валиден на територията на Р. България.
5. По смисъла на тези Общи условия:

ОСИГУРЯВАЩ е физическо или юридическо лице, което сключва здравноосигурителния договор и се задължава да плаща премиите.

ОСИГУРЕН е физическо лице, което при настъпване на здравноосигурително събитие има права по договора.

ОСИГУРЯВАЩИЯТ и ОСИГУРЕНИЯТ могат да бъдат едно и също лице или различни лица. Страни по здравноосигурителен договор могат да са едновременно и ОСИГУРЯВАЩИЯТ и ОСИГУРЕНИЯТ, ако задължението за плащане на премиата е разделено между тях.

Взаимоотношенията между страните се уреждат с тези Общи условия, със здравноосигурителния договор и всички приложения и допълнения към тях.

### II. ОСИГУРЕНИ ЛИЦА

6. Осигуряват се български граждани и чужденци, продължително или постоянно пребиваващи в България.  
Минималната и максималната осигурителна възраст на лицето зависи от вида на здравноосигурителния договор:
  - 6.1. С индивидуални здравноосигурителни договори се осигуряват лица на възраст от 16 до 65 години;
  - 6.2. Със семейни здравноосигурителни договори се осигуряват съпрузи на възраст от 16 до 65 години и/или техните деца от 0 до 26- навършени години, които не са женени (омъжени);
  - 6.3. С групови здравноосигурителни договори се осигуряват лица на възраст от 0 до 65 години. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 12 и повече лица.
7. За случаи на здравноосигурително покритие, вследствие злополука максималната осигурителна възраст на лицата е 69 години.
8. Възрастта на Осигурените се определя в цели години към началото на здравноосигурителния договор. По-малко от 6 месеца не се взимат под внимание, а навършени 6 или повече месеца се приемат за цяла година.
9. Осигуряват се здрави лица.
10. Могат да бъдат осигурявани и лица с определени заболявания при специални условия. Заболяванията, които налагат сключване на здравноосигурителен договор при специални условия, са посочени в “Списък на заболяванията, водещи до здравно осигуряване при специални условия”. Осигурителят не покрива здравни услуги и стоки, вследствие тези заболявания или имащи причинно-следствена връзка с тях и не възстановява разходи или изплаща суми. Специалните условия са в сила за целия срок на здравноосигурителния договор, освен ако не е уговорено нещо друго.

### III. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

11. Здравноосигурителният договор се сключва за избран от Осигуряващия здравноосигурителен/и пакети, както следва:
  - 11.1. “Подобряване на здравето и предпазване от заболяване” - Приложение №1;
  - 11.2. “Извънболнична медицинска помощ” – Приложение №2;
  - 11.3. “Болнична медицинска помощ” – Приложение №3;
  - 11.4. “Комплексна медицинска помощ” – Приложение №4;
  - 11.5. “Допълнителни здравни услуги и стоки” – Приложение №5;
  - 11.6. “Дентална помощ” – Приложение №6.
12. Здравноосигурителните пакети са неразделна част от настоящите Общи условия и включват определени здравни услуги и стоки, на които имат право осигурените лица през срока на здравноосигурителния договор.
13. В зависимост от договорения здравноосигурителен пакет /с изключение на “Подобряване на здравето и предпазване от заболяване”/, здравноосигурителното покритие е валидно по:
  - 13.1. Покритие “А” - за случаите на заболяване и злополука на осигурените лица;
  - 13.2. Покритие “Б” – за случаите на злополука с осигурените лица;
  - 13.3. Покритие “В” – за случаите на злополука на пътници в МПС по здравноосигурителен пакет “Болнична медицинска помощ”.

### IV. ОСИГУРИТЕЛНИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

14. Не се заплащат и не се възстановяват суми за разходи, поети от други Осигурители, държавна или частна медицинска програма или работодател.
15. Не се възстановяват разходи или изплащат суми за здравни услуги и стоки при:
  - 15.1. Военни действия, граждански размирици, радиоактивни аварии и епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерство на здравеопазването (МЗ) и/или Министерството на извънредните ситуации;
  - 15.2. Лечение на алкохолизъм, наркомания, пристрастяване към лекарствени вещества, както и породени от тях заболявания, а също така и увреждане на здравето, вследствие системна употреба на тези вещества, както и самонаранявания.
  - 15.3. Психични заболявания, лекувани по реда на Наредба No 38 на МЗ за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично (обн. ДВ, бр.106/ 2004 г.), както и сеанси по психотерапия;
  - 15.4. Програми и лечение за наднормено тегло, обстипация, тютюнопушене, косопад, лечение на стерилитет, смяна на пола, импотентност, нощна апнея, лечение на следните дерматологични заболявания – гъбички на ноктите (онихомикоза), витилиго, себорея, външни кожни образувания – липоми и други мастни образувания, отстраняване на невуси, акне и лечение на менопауза;
  - 15.5. Козметични и пластични корекции или други козметични услуги, освен в случаите на злополука, когато са наложителни поради груби увреждания на кожата и подлежащите тъкани;
  - 15.6. Всяко едно болестно състояние на зъбите и устната кухина, освен ако е част от договорено покритие на дентална помощ по пакет “Дентална помощ”;
  - 15.7. Профилактични прегледи, имунизации и ваксинации, извършване на тестове за СПИН или HIV носители, освен ако са част от договорен здравноосигурителен пакет или са проведени като част от предоперативна подготовка;
  - 15.8. Акупунктура, ирисодиагностика, лъчелечение, химиотерапия, балнеолечение, вкл. мануална терапия и масажи, спа- процедури, лечение с нетрадиционни методи и средства и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от дипломиран лекар, рехабилитация в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения.

- 15.9. Бременност /нормална и патологична/, раждане и породени от тях усложнения, освен ако Осигурителят изрично ги е приел при сключване на договора;
- 15.10. Всички хронични и предходни заболявания, които осигуреното лице е имало преди или при сключване на здравноосигурителния договор, освен ако Осигурителят не ги е приел изрично при сключване на договора;
- 15.11. Прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, прием за осигуряване или застраховане, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, избор на екип, освен ако Осигурителят не ги е приел изрично при сключване на договора;
- 15.12. Прегледи и изследвания във връзка със съдебномедицинска експертиза на лицето.
- 16.13. Хемодиализа, Хемотрансфузия, Трансплантация на органи и тъкани. Лечение на онкологични заболявания и туберкулоза, диагностицирани преди сключване на договора.
- 16.14. Закупуване на лекарства в количества, надвишаващи 30 дневен период за лечение при хронични заболявания и 10 дневен период за лечение при остри заболявания.
- 16.15. Спешна помощ, оказвана по реда на Наредба № 25 на МЗ за оказване на спешна медицинска помощ /Обн. ДВ., бр.98/1999г./, без да е предварително съгласувано с Осигурителя.
- 16.16. Административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения; такси за получаване на копия(записи) от извършени изследвания CD (DVD), както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго.
- 16.17. Настаняване в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на покритие на специален пакет.

#### **V. ОСИГУРИТЕЛНА СУМА И ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ**

17. Лимитът на отговорност представлява максималният размер на плащанията за едно осигурено лице или група лица през срока на здравноосигурителния договор за включените в договорения здравноосигурителен пакет здравни услуги и стоки.
18. Осигурителната сума е равна на лимита на отговорност. Осигурителната сума се договаря, като минималният и максималният ѝ размер се определят от Осигурителя.
19. Разходите за лечение над осигурителната сума или за здравните услуги и стоки, извън договорените в здравноосигурителния договор са за сметка на осигурените лица.
20. При сключване на здравноосигурителния договор, може да бъде договорено самоучастие на осигуреното лице, като процент от дължимите за възстановяване от Осигурителя суми. В този случай договореният процент е частта от всяко дължимо плащане за здравни услуги и стоки, която остава за сметка на Осигуреното лице.
21. Лимитът на отговорност се запазва независимо от договорения процент на самоучастие на осигуреното лице.

#### **VI. ОСИГУРИТЕЛНА ПРЕМИЯ**

22. Осигурителната премия е плащането, което Осигуряващият/Осигуреният дължи на Осигурителя.
23. Осигурителната премия се изчислява по действаща тарифа на Осигурителя.
24. Осигурителната премия е годишна и се предплаща за осигурителната година, освен ако не е уговорено друго. За здравноосигурителните договори със срок по-голям от една година, при плащане на годишната премия за втората и следващи години, Осигурителят има право да преизчисли премията, съобразно промените в тарифата.
25. Осигуряващият/Осигуреният е длъжен да се грижи за редовното плащане на осигурителните премии преди или на падежа.
26. Начинът на плащане на осигурителната премия се определя при сключване на здравноосигурителния договор. Промяна в начина на плащане на премията по време на неговото действие се допуска с допълнително писмено споразумение (анекс) между страните по договора.

27. Премията по груповите здравноосигурителни договори може да е за сметка на Осигуряващия и/или на Осигурените лица.
28. Премията се плаща в брой или по безкасов път - с банков или пощенски превод.
29. Здравноосигурителната премия се внася еднократно или разсрочено, съгласно тарифата на Осигурителя.
30. Ако при договорено разсрочено плащане на премията Осигуряващият/Осигуреният не плати, която и да е от вноските в уговорения срок, Осигурителят има право да прекрати здравноосигурителния договор, след като писмено е поканил Осигуряващия да заплати вноската по просрочената премия в 15 дневен срок след получаване на уведомлението.
  - 30.1. Когато Осигуреният има задължението да плаща премията и се намира в болница по време на падежа, просрочената вноска по премията се заплаща в 15 дневен срок след изписването му.
31. Осигурителната премия може да бъде предплатена за повече от една година след текущата или до края на срока на здравноосигурителния договор /предплатени премии/. При прекратяване на здравноосигурителния договор, предплатените годишни премии, следващи годината на прекратяване, се връщат, намалени с направените разходи.
32. В случай на смърт на Осигурения, преди изтичане срока на здравноосигурителния договор, неизползваната част от годишната премия не подлежи на връщане.
33. При груповите здравноосигурителни договори, сключени по средносписъчен състав, при условие, че това е упоменато в здравноосигурителния договор, се прави изравняване на осигурителната премия, съобразно реалното изменение на персонала през осигурителната година, в резултат на което се досъбират или връщат премии. Осигурителната премия за всяка следваща осигурителна година се преизчислява, съобразно числеността на групата, към началото на осигурителната година.

## VII. СКЛЮЧВАНЕ, НАЧАЛО И СРОК НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ ДОГОВОР

34. Осигуряването се извършва въз основа на писмен договор, в който се посочва договорения здравноосигурителен пакет, условията за ползване на здравните услуги и стоки, осигурителната сума /лимита на отговорност/, срока на договора, размера и начина на заплащане на осигурителната премия.
35. Преди сключване на договора лицето, което желае да се осигури попълва Лична здравна декларация по образец на Осигурителя, като е длъжно да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите в нея и да даде верни сведения.
36. Въз основа на данните от Личната здравна декларация, Осигурителят има право да изиска допълнителни изследвания, етапна епикриза от личния лекар, съдържаща информация за минали и настоящи заболявания и лекарски преглед. Лекарският преглед завършва със заключение - медицински рапорт на лекар на Осигурителя. Разходите за извършените изследвания са за сметка на лицето.
37. Личната Здравна декларация задължително се проверява от лекар на Осигурителя, който дава заключение за :
  - 37.1. Осигуряване при стандартни условия;
  - 37.2. Осигуряване при специални условия;
  - 37.3. Отказ от осигуряване.
38. Индивидуални и семейни здравноосигурителни договори се сключват с Лична здравна декларация, попълнена от лицето, кандидат за осигуряване. Личните здравни декларации на децата до 14 г. се попълват от родителите.
39. Груповите здравноосигурителни договори се сключват със Списък на осигурените лица и Лични здравни декларации. За групи в размер над 30 лица се допуска сключване на здравноосигурителния договор без представяне на лични здравни декларации и по средносписъчен състав.

40. В срок до 15 дни след сключване на здравноосигурителния договор, Осигурителят предоставя на Осигуряващия за всяко осигурено лице здравноосигурителен талон/карта, с която се ползват права по здравноосигурителния договор.
41. Отговорността на Осигурителя започва при условие, че премията /първата вноска/ е платена, освен ако в условията на сключения договор не е уговорено друго.
  - 41.1. За случаите на заболяване по индивидуалните и семейни здравноосигурителни договори отговорността на Осигурителя започва от 24 часа на деня, в който изтича един месец от датата, посочена в здравноосигурителния договор за начало;
  - 41.2. За всички останали случаи отговорността на Осигурителя започва от 24 часа на деня, посочен в здравноосигурителния договор за начало.
42. За новопостъпилите лица по груповите здравноосигурителни договори, когато са:
  - 42.1. Сключени с поименен списък, отговорността на Осигурителя е от 24 часа на деня, в който за тях е платена допълнителна премия;
  - 42.2. Сключени с поименен списък и новопостъпилите лица са на мястото на напусналите, отговорността на Осигурителя е от 24 часа на деня на постъпване в групата, без внасяне на допълнителна премия, при условие, че Осигурителят е дал съгласие;
  - 42.3. Сключени по средносписъчен състав, отговорността на Осигурителя е от 24 часа на деня на постъпването в групата.
43. За напусналите групата на осигурените, отговорността на Осигурителя по груповите здравноосигурителни договори за сметка на работодателя, се прекратява от 24 часа на деня на напускането, освен ако не е уговорено друго.
44. При здравноосигурителни договори, сключени за сметка на работодателя, за постъпване/напускане на групата се приема деня на постъпване/напускане на Осигурения на работа.
45. Здравноосигурителният договор се сключва за максимален срок 5 години, считано от датата, посочена за начало.
46. Здравноосигурителният договор се сключва за срок, съобразен с възрастта на Осигурения и с условията на Тарифата така, че при изтичането му Осигуреният да не бъде по-възрастен от максималната възраст по т. 6 или т. 7.
47. Ако здравноосигурителният договор е сключен при неверни сведения за възрастта и/или здравословното състояние на Осигурения, за които Осигурителят е поставил писмено въпрос, Осигурителят има право:
  - 47.1. Да прекрати здравноосигурителния договор и откаже изплащане на суми по него, ако съзнателно обявените неточно или премълчани обстоятелства не позволяват сключване на здравноосигурителния договор. Осигурителят има това право в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството.  
В този случай внесената премия не се връща.
  - 47.2. Да предложи промяна в здравноосигурителния договор, ако съзнателно обявените неточно или премълчани обстоятелства позволяват сключване на договора, но при други условия в едномесечен срок от узнаването им. Ако Осигуряващият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаване на предложението, договърът се прекратява, а внесените премии не се връщат.
48. Здравноосигурителният договор се подновява след плащане на премията за следващия период, преди изтичането на текущия. При подновяване на индивидуални и семейни здравноосигурителни договори не се прилага едномесечния срок по т 41.1. При подновяване на здравноосигурителния договор Осигурителят изиска попълване на нова здравна декларация.
49. Осигурителят има право да откаже подновяване на здравноосигурителния договор.

#### **VIII. ПОЛЗВАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ И СТОКИ И ВЪЗСТАНОВЯНЕ НА ИЗВЪРШЕНИТЕ РАЗХОДИ**

50. Осигурените лица имат право да ползват договорените здравни услуги и стоки навсякъде в страната, да избират свободно лекуващ лекар и лечебно заведение между

Изпълнителите на медицинска помощ.

51. Договорените здравни услуги и стоки могат да бъдат предоставени от ограничен брой изпълнители на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключен договор, което се посочва в здравноосигурителния договор.
52. Когато здравните услуги и стоки се предоставят от Изпълнители на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключен договор:
  - a. Осигуреното лице, преди ползването им, се свързва с лекаря-координатор от състава на Изпълнителя, който направлява лечението и оформя необходимите медицински и осигурителни документи. Списък с имената на лекарите-координатори се представя от Осигурителя на Осигуряващия при сключване на здравноосигурителния договор заедно със списъка на лечебните заведения, с които Осигурителят има сключен договор.
  - b. Документите за ползваните здравни услуги и стоки се подписват от осигуреното лице.
  - c. Плащането на разходите за здравните услуги и стоки се извършва от Осигурителя до размера на осигурителната сума и лимита на отговорност, посочени в здравноосигурителния договор, без участие на Осигуреното лице. Когато е договорено самоучастие, Осигуреното лице заплаща размера на самоучастието си при Изпълнителя на медицинска помощ.
  - d. За предоставени здравни услуги и стоки, вследствие осигурително изключение или заболяване, изключено като “специално условие”, съгласно т. 10, Осигурителят не извършва плащане и лечението е за сметка на осигуреното лице.
  - e. Осигуреното лице дължи възстановяване на разходите на Осигурителя за ползвани здравни услуги, извън договорените. Осигурителят уведомява осигуреното лице за размера, срока на възстановяване и банковата сметка.
53. Когато здравните услуги и стоки се предоставят от Изпълнители на медицинска помощ, с които Осигурителят няма сключен договор, същите се заплащат от Осигуреното лице и въз основа на представени документи Осигурителят възстановява извършените разходи до размера на договорената осигурителна сума или лимит на отговорност.
54. За възстановяване на извършените разходи, в 15 дневен срок от предоставянето на здравните услуги и стоки, Осигуреният представя следните документи:
  - a. Общи документи към всяка здравна услуга и стока:
    - Заявление по образец на Осигурителя;
    - Копие на здравноосигурителен договор, документ от работодателя, че лицето е осигурено или здравноосигурителен талон/карта;
    - Сведение за извършена здравна услуга по образец на Осигурителя или амбулаторен лист от прегледа;
    - Подробна фактура за извършения разход в оригинал и прикрупен фискален бон.
  - b. Допълнителни документи в зависимост от ползваните здравни услуги и стоки:
    - копие на резултатите от медицински изследвания (при извършени изследвания);
    - рецепти за лекарства, корекционни стъкла или помощни средства,
    - епикриза (при болничен престой);
    - медицински свидетелства и др.
55. Набавянето на необходимите документи е за сметка на осигурените лица.
56. Осигурителят изплаща сумите не по-късно от 15 дни от представянето на всички необходими документи за ползвани здравни услуги и стоки или уведомява писмено, че отказва изплащането, като посочва причините за това.
  - 56.1. Осигурителят има право да откаже изплащане на суми за здравни услуги и стоки, които не са във връзка с поставената диагноза и предписаното лечение.
  - 56.2. Осигурителят има право да изиска допълнителен (контролен) преглед на лицето, с оглед диагностично утонение и преценка на назначената терапия. Този вид преглед се извършва по изключение, след уведомяване на лицето за часа и мястото на прегледа и е за сметка на Осигурителя. При липса на потвърждение на диагноза и терапия Осигурителят има право да откаже изплащане на суми за здравни услуги и

- стоки.
57. Осигурителят възстановява стойността на здравните услуги и стоки по ценоразпис на Изпълнителите на извънболнична, болнична медицинска или дентална помощ, отразени в представените разходни документи/фактура и фискален бон/.
58. Осигуреният е длъжен да:
- Спазва реда и начина за ползване на здравните услуги и стоки, посочени в настоящите Общи условия;
  - Осигурява достъп и информация на Осигурителя във връзка със здравословното си състояние;
  - Не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на включените в здравноосигурителния договор здравни услуги и стоки.
59. В случай на смърт на Осигурения, след като е получил здравните услуги и стоки, Осигурителят възстановява разходите или изплаща дължимите суми за тях на правоимашите - здравни заведения или законните наследници въз основа на представени доказателствени документи.

#### **IX. ПРЕКРАТЯВАНЕ И ПРОМЯНА НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ДОГОВОРИ**

60. В началото на всяка осигурителна година Осигуряващият/Осигуреният има право на промени в здравноосигурителния договор. В тези случаи Осигурителят има право да изиска представяне на нова Лична здравна декларация и извършване на лекарски преглед.
61. Промените се извършват въз основа на писмено искане на Осигуряващия/Осигурения с подписване на анекс към здравноосигурителния договор.
62. Когато Осигуряващ и Осигурен са различни лица, право на промени има Осигуряващият.
63. Осигурителят има право да приеме или отхвърли искането за промяна.
64. Здравноосигурителният договор се прекратява:
- 64.1. С изтичане срока, за който е сключен;
  - 64.2. С писмено съгласие на страните;
  - 64.3. Със смъртта на Осигурения;
  - 64.4. При условията и реда на т.30 и/или т.47 от настоящите Общи условия.

#### **X. ДЕФИНИЦИИ**

По смисъла на тези Общи условия:

65. ЗЛОПОЛУКА е събитие, настъпило внезапно, не по волята на Осигурения, произтичащо от:
- а) работа с машини; движение на транспортни средства; ползване на оръжия и инструменти; действие на електрически ток; удар от мълния; механичен удар; взрив; срутване; злоумишлени действия на други лица; нападения от животни; ухапване от отровни насекоми, без случаите на малария, енцефалит (сънна болест), Лаймска болест; ухапване от влечуги; неумишлено отравяне с екзогенни (от външен произход) токсични вещества; спасяване на човешки живот или имущество, които причиняват нараняване, обгаряне, задушаване, директно измръзване на покривни повърхности с елиминация на тъкани, удавяне, вследствие на които настъпва нараняване, изискващо медицинско лечение;
  - б) изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно налягане на собствени сили.

НЕ СЕ СЧИТАТ ЗА ЗЛОПОЛУКА нещастните случаи, настъпили в резултат на:

- а) професионални заболявания;
- б) болести от каквото и да е естество, включително, травматични увреждания получени при епилептични припадъци както и при припадъци, причинени от други заболявания (включително колики), при психични болести, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане, атеросклероза и други; остри стомашно-чревни

инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза, ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулити, отлепване на ретината и други; Изключение от гореспоменатите случаи правят случаите на заболявания, които са пряко следствие от настъпила злополука.

в) слънчев и топлинен удар;

г) възпалителни състояния на органи и системи, причинени от ниски температури;

д) инжекции; операции, включително анестезия при предоперативна подготовка; химиолечение; акупунктура; облъчвания и други лечебни мерки. Изключение правят случаите на задължителна имунизация, довели до лечение, които се признават за злополука;

е) алкохолно въздействие, довело до лечение;

ж) въздействие с наркотични вещества, стимулатори, допинг средства, довели до лечение.

66. **ЗАБОЛЯВАНЕ**, по смисъла на тези Общи условия е съвкупността от оплаквания и клинични прояви, за които е поставена диагноза в регистрирано лечебно заведение, налагаща свързани с нея система от лечебни мерки, отразени в официални медицински документи.
67. **АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е внезапно настъпило нарушение на основните жизнени функции на организма, което може да доведе до тежки органични нарушения, инвалидност или смърт.
68. **МЕДИЦИНСКИ/САНИТАРЕН ТРАНСПОРТ** е транспортиране на Осигурения при необходимост от медицинска гледна точка от мястото на инцидента до лечебно заведение или от лечебно заведение до друго лечебно заведение, осъществявано чрез специализирано транспортно средство с придружаващ медицински екип/лице.
69. **ОСИГУРИТЕЛНА ГОДИНА** е периодът от деня, посочен за начало в здравноосигурителния договор, до деня, в който изтичат 12 /дванадесет/ месеца.
70. **ПАДЕЖ** е датата за плащане на осигурителната премия.
71. **ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** включва определени медицински услуги, които са предоставени от съответните Изпълнители при амбулаторни условия. Изпълнители на ИЗВЪНБОЛНИЧНА помощ са физически и юридически лица, които притежават право да извършват медицинска дейност.
72. **БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** е пролежаването и целият набор от медицински и други услуги, които се предоставят, съобразно здравословното състояние на осигурените лица от Изпълнителите на Болнична медицинска помощ, с цел възстановяване здравето на Осигурените. Изпълнители на БОЛНИЧНА помощ са юридически лица, получили разрешение по Закона за лечебните заведения, които включват в дейността си активно лечение, долекуване или рехабилитация на осигурените лица.
73. По смисъла на тези Общи условия не са Изпълнители на медицинска помощ лечебните заведения за лечение на хронично и психично болни, алкохолици, наркомани, профилакториуми, диспансери, хосписи и домове за медико-социални грижи.
74. **ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ** е непосредственият лечебен процес, когато със способите на оперативната намеса се извършва корекция на патологични състояния на органи или системи, както и цялото многообразие от оперативни вмешателства, извършвани еднократно или многократно, но взаимосвързани - в точно определено време, отразено в оперативния журнал на амбулаторните или болнични звена, включващи операциона дейност в лечението.
75. **ЛЕКАР – КООРДИНАТОР** е лекар от състава на Изпълнителите на медицинска помощ, който извършва първоначален прием на осигуреното лице, регистрира и направлява по-нататъшното му лечение от самия него или друг специалист. Лекар – координаторът обработва медицинските и осигурителните документи за извършване на плащания от Осигурителя към Изпълнителя.
76. **МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД** включва всички методи за изследване на пациента, показанията за използването им, техниката за приложението и преценката на

резултатите за разкриване на симптомите и чрез тях за поставяне на диагноза и назначаване на лечение. По смисъла на тези Общи условия не са медицински прегледи, осъществени от екстрасенси, народни лечители и неспособни медицински и граждански лица. Медицинският преглед може да е извършен и в дома на пациента при неотложни показания, след предварително съгласуване с Осигурителя.

77. МЕДИЦИНСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ са методи за разкриване на патологичните отклонения от нормалните физиологични показатели на организма. Резултатите от медицинските изследвания следва да бъдат отразени в официален медицински документ. Медицинските изследвания са профилактични и по показания.

78. ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ е всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение по лекарско предписание на заболявания при хора, произведени или допуснати официално за внос в България и регистрирани в ИАЛ по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ДВ. Бр.31/2007 г.).

По смисъла на тези общи условия не са лекарства: всички билки, синтезирани билкови препарати, витамините и хомеопатични средства, имуностимулаторите, препаратите с превантивно действие, хранителни добавки, противозачатъчните средства, когато водещото е контрацептивното им действие, специализираните храни, биостимулаторите, ваксините, слабители и медицинската козметика.

Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на осигурените лица.

79. ПРЕДХОДНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са всички здравословни усложнения, които Осигуреният е имал преди или при сключване на здравноосигурителния договор.

80. ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са тези заболявания с прогресивен ход и чести обострения, включени в Списъка на хроничните болести на Министерство на здравеопазването(МЗ) и Световната здравна организация(СЗО) и диагностицирани преди сключването на здравноосигурителния договор.

81. МЕДИЦИНСКИ КОНСУМАТИВИ са употребените в хода на профилактиката, диагностиката и лечението специфични средства и материали, съобразно даденото за тях лекарско предписание. Към тях спадат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, абокати, инжекционни спринцовки, игли, изкуствени стави, катетри и др.

По смисъла на тези общи условия не са консумативи: стентове, пейсмейкъри и ангиографски катетри.

82. ПОМОЩНИ СРЕДСТВА са използваните средства за подпомагане и корекция на жизнените функции, предписани от лекар и закупени по време на действие на здравноосигурителния договор.

82.1. Помощни средства са: протези, патерици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки и уринатори.

82.2. Корекционни средства са: контактни лещи, стъкла за очила и слухови апарати.

83. Наблюдение на БРЕМЕННОСТ по смисъла на настоящите Общи условия включва всички прегледи и изследвания на осигурените лица, извършени през осигурителната година с цел проследяване развитието на бременността до определен размер от договорената осигурителна сума.

84. РАЖДАНЕ по смисъла на настоящите Общи условия включва допълнителен обем медицинска помощ, здравни грижи и битови условия, предоставени на осигурените лица в болнични условия до определен размер от договорената осигурителна сума.

## **XI. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ**

85. Когато Осигуряващият и Осигуреният са различни лица, Осигуряващият е длъжен да разясни на Осигурения правата и задълженията му по здравноосигурителния договор и редът за ползване на здравните услуги и стоки и заплащането им от Осигурителя.

86. Осигурителят има право през времетраене на здравноосигурителния договор да

извършва проверка, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на Осигурения от Изпълнители на медицински и други услуги.

87. Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнение клаузите на настоящите Общи условия се осъществяват в писмена форма.
88. Промените в настоящите Общи условия са валидни за здравноосигурителните договори, сключени след датата на промяната.
89. Осигурителят не дължи лихви за неправилно внесени суми и несвоевременно получени суми.
90. При унищожаване или изгубване на здравноосигурителен договор или талон/карта осигурените лица са длъжни да уведомят Осигурителя в 7 дневен срок за издаване на дубликат.
91. Споровете между страните по здравноосигурителния договор се разрешават чрез преговори или от компетентния български съд.
92. Преди предявяване на иск пред съда, Осигуреният обжалва решението пред ЦУ на “ДЗИ-ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ” АД.
93. Настоящите Общи условия, заедно с Личната здравна декларация, са неразделна част от здравноосигурителния договор и са приети на заседание на Управителния съвет на “ДЗИ-ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ” АД, проведено на 12.02.2009 год.