



МЕДИЦИНСКА (ЗДРАВНА) ЗАСТРАХОВКА „ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦИ“

Медицинската застраховка „Лечение без граници“ Ви дава спокойствието, че ще получите най-доброто лечение и качествена медицинска помощ

Застраховката се предлага от ДЗИ, съвместно с международната медицинска организация Further – компанията, която организира следните медицински услуги, свързани с полицата:

- По договор ще бъдат поети необходимите разходи за предоставяне на второ лекарско мнение и организиране на лечение в чужбина при диагностициране на рак или при необходимост от някоя от следните медицински процедури: Байпас на коронарната артерия, Смяна или реконструкция на сърдечна клапа, Вътречерепна хирургия и специфична хирургия на гръбначния мозък, Трансплантация на органи от жив донор и Трансплантация на костен мозък.
- Разходите, които ще покрие тази застрахователна полица, са: Медицински разходи, Разходи за репатриране, Разходи за медикаменти, Дневно обезщетение за хоспитализация и Последваща грижа.

Максималният лимит на покритието за разходи по застраховката е **2 000 000 евро** за целия период на действие на застраховката.

Застраховат се здрави лица - български граждани и чужденци, продължително или постоянно пребиваващи в Република България на възраст от 0 до 64 години.

- С индивидуални договори се застраховат лица от 18 до 64 години.
- Със семейни договори се застраховат съпрузи на възраст от 18 до 64 години и/или техните деца от 0 до 18 навършени години, които не са сключили брак.
- С групови договори се застраховат лица на възраст от 0 до 64 години. Групата е общност от 10 и повече лица и не може да бъде формирана на доброволен принцип.

Краят на застрахователния договор е навършването на 85 годишна възраст на застрахованото лице.

Дължимата сума (застрахователна премия) може да се плаща еднократно или разсрочено на вноски.

Общите условия са неразделна част от застрахователната полица. Те определят застрахователните покрития, изключенията, условията за сключване, промяна и прекратяване, правата и задълженията на страните по договора, както и правилата за приемане на претенции, разплащане с клиентите и разглеждането на жалби.

В случай на заболяване или процедура, която се покрива от застраховка „Лечение без граници“, Вие можете да се свържете с ДЗИ за първоначални действия по уведомяване на Further за потенциалната претенция и за започване на процедурата по получаване на второ медицинско мнение.

Уведомяването може да се извърши на телефона на Контактния център на ДЗИ - 0700 16 166.

Медицински експерт на ДЗИ събира необходимата информация от застрахованото лице или неговия представител, която е необходима за последващото уведомяване на Further.

Лекар-експерт на ДЗИ попълва всички налични реквизити в уведомителната форма на Further.

След получаването на уведомлението от ДЗИ, служителите на Further регистрират случая и поемат последващото цялостно и пряко обслужване на клиента.

ПРЕДДОГОВОРНА ИНФОРМАЦИЯ СЪГЛАСНО ИЗИСКВАНИЯТА НА КОДЕКСА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕТО

„ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД е застраховател, със седалище в Република България и адрес на управление: София 1463, бул. „Витоша“ № 89Б.

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка с претенции за изплащане на застрахователни обезщетения във всяко териториално поделение на Застрахователя (ЦУ, главна агенция, агенция, офис) в писмена форма или на имейл: clients@dzi.bg. Правилата на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД за уреждане на претенции по чл. 104, ал. 1 от КЗ са публикувани на интернет сайта на дружеството: www.dzi.bg, в секция „Помощ при щета“.

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка със застрахователната дейност пред Комисията за финансов надзор и/или други компетентни държавни органи.

На територията на Република България споровете свързани с предоставянето на застрахователни услуги могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове /АРС/ пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.

Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД е публикуван на интернет сайта на Застрахователя: www.dzi.bg в секция Корпоративна устойчивост.

При продажба на застрахователните продукти, възнаграждението за разпространителя се изплаща от „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, както следва:

- Трудово възнаграждение по реда на КТ за служители на застрахователя, извършващи директни продажби;
- Комисионно възнаграждение за застрахователни посредници.

Независимо от естеството на възнаграждението, същото не променя размера на дължимата от потребителя застрахователна премия.

Преди закупуване на застрахователен продукт от застрахователя или от посредник, действащ по възлагане на застрахователя, ползвателят може да поиска индивидуална оферта, при която да му бъде предоставен съвет по смисъла на чл. 324, ал.1, т.7 от Кодекса на застраховане.

Приложимият закон спрямо застрахователния договор, сключен съгласно настоящите Общи условия, е българският закон.



ОБЩИ УСЛОВИЯ

МЕДИЦИНСКА (ЗДРАВНА) ЗАСТРАХОВКА "ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦИ"

Редакция от 22.12.2025 г. в сила от 01.01.2026 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ

- Общи изключения
- Медицински изключения
- Изключени разходи
- Изключени заболявания и медицински процедури

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАКАТА

VI. НАЧАЛО, СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР, ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

VII. ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕМИИ

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

1. Покрити заболявания и медицински процедури.
2. Покрити услуги, разходи и парични обезщетения
 - А. Покрити услуги преди получаване на лечение в чужбина
 - Б. Покрити медицински разходи по време на лечение в чужбина
 - В. Покрити немедицински разходи по време на лечение в чужбина
 - В1. Разходи за репатриране
 - Г. Покрити парични обезщетения по време на лечение в чужбина
 - Г1. Дневно обезщетение за хоспитализация
 - Д. Покрити медицински разходи след завръщане от лечение в чужбина
 - Д1. Разходи за лекарства след завръщане от лечение в чужбина
 - Д2. Последваща грижа след завръщане от лечение в чужбина
3. Процедура за претенции

IX. ЖАЛБИ И ОПЛАКВАНИЯ

X. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

XI. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

1. Медицинска застраховка „Лечение без граници“ предоставя на Застрахования покритие на услугите и медицинските разходи по отношение на лечението на покрити заболявания и медицински процедури, когато са изпълнени всички от следните условия:

- Процедурата се извършва през периода на покритие;
- Заболяването не е предходно съществуващо заболяване или състояние.
- Заболяването не е съобщено, диагностицирано или лекувано и никакви свързани с него симптоми или констатации (признаци) не са медицински документирани през периода на изключване.
- Лечението е необходимо от медицинска гледна точка;
- Разходите и паричните обезщетения са в рамките на застрахователната сума и лимитите, посочени в застрахователната полица;
- Лечението се организира от Further в съответствие с процедурата за претенции, посочена в Клауза VIII-3);
- Медицинските разходи възникват извън Република България, с изключение на разходите за медикаменти, покрити по Клауза VIII-2-Д1.
- Разходите за всички медицински диагностични процедури, лечение, услуги, доставки или предписания са покрити от полицата, както е посочено в Клауза VIII-2.

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2. Застраховат се здрави лица - български граждани и чужденци, продължително или постоянно пребиваващи в Република България.
3. Застрахованият има постоянен адрес ако е присъствал на територията на Република България повече от 6 месеца през последната година.
4. Минималната и максимална застрахователна възраст на лицата зависи от вида на договора за медицинска застраховка.
 - С индивидуални договори се застраховат лица от 18 до 64 години;
 - Със семейни договори се застраховат съпрузи на възраст от 18 до 64 години и/или техните деца от 0 до 18 навършени години, които не са сключили брак; Вижте определението на лица на издръжка.
 - С групови договори се застраховат лица на възраст от 0 до 64 години. Групата е общност от 10 и повече лица.
5. Възрастта на Застрахования се определя в цели години към началото на застраховката.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

6. ПОКРИТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

6.1. МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 1: ЛЕЧЕНИЕ НА РАК

- 6.1.1. Всеки злокачествен тумор, включително левкемия, сарком и лимфом, характеризиращ се с неконтролиран растеж и разпространение на злокачествени клетки и инвазия в тъкани.
- 6.1.2. Всеки рак in situ, който е ограничен до епитела, от който произхожда и не нахлува в стромата или в околните тъкани.
- 6.1.3. Всички предракови промени в клетките, които са хистологично или цитологично класифицирани като високостепенна дисплазия или тежка дисплазия.

ПОКРИТИ МЕДИЦИНСКИ ПРОЦЕДУРИ

6.2. МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 2: КАРДИОВАСКУЛАРНИ ПРОЦЕДУРИ

- 6.2.1. Байпас на коронарната артерия (миокардна реваскуларизация)
- 6.2.2. Смяна или реконструкция на сърдечна клапа

6.3. МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 3: НЕВРОХИРУРГИЯ

- 6.3.1. Вътречерепна хирургия и специфична хирургия на гръбначния мозък

6.4. МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 4: ТРАНСПЛАНТАЦИИ

- 6.4.1. Трансплантация на органи от живи донори
- 6.4.2. Трансплантация на костен мозък

7. ПОКРИТИ УСЛУГИ, РАЗХОДИ И ПАРИЧНИ ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

- 7.1. Покрити услуги преди получаване на лечение в чужбина
- 7.2. Покрити медицински разходи по време на лечение в чужбина
- 7.3. Покрити немедицински разходи по време на лечение в чужбина:
 - 7.3.1. Разходи за репатриране
- 7.4. Покрити парични обезщетения по време на лечение в чужбина
 - 7.4.1. Дневно обезщетение за хоспитализация
- 7.5. Покрити медицински разходи след завръщане от лечение в чужбина
 - 7.5.1. Разходи за лекарства след завръщане от лечение в чужбина
 - 7.5.2. Последваща грижа след завръщане от лечение в чужбина

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ

8. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

- 8.1. Разходи, произтичащи от всички заболявания или медицински процедури, които не са изрично предвидени в Клауза III.
- 8.2. Всички разходи, свързани със заболявания или травми в резултат на война, терористични действия, сеизмични движения, бунтове, граждански въстания, вулканични изригвания, както и преки или непреки последствия от ядрена реакция и всякакви други извънредни или катастрофични събития; както и официално обявени епидемии;

8.3. Разходи, извършени за лечение на алкохолизъм, пристрастеност към наркотици и/или упойващи вещества и интоксикации, причинени от употреба на алкохол и/или използване на психотропни, наркотични или халюциногенни вещества. Изключват се също така последиците и заболяванията в резултат на опит за самоубийство и самонараняване;

8.4. Разходи, произтичащи от всички заболявания или състояния: причинени умишлено или с измамни намерения; произтичащи от действия или престъпна небрежност на Застрахования, в резултат на извършване, или опит за извършване на престъпление от Застрахования.

8.5. Претенция, при която Застрахованият, преди, по време на или след процеса на оценка на претенциите, установен от Further:

- не е спазвал съветите, предписанията или установения план на лечение на лекуващия лекар, или
- отказва да получи каквото и да е медицинско лечение или да бъде подложен на допълнителен диагностичен анализ или изследвания, необходими за установяване на окончателна диагноза или план за лечение.

9. Медицински изключения

9.1. Лечение на предишни съществуващи заболявания;

9.2. Лечение на заболявания, които са били диагностицирани, лекувани или са проявили свързани с тях медицински документиранни симптоми или данни (признаци) по време на отлагателния период.

9.3. Експериментално лечение, както и диагностични, терапевтични и/или хирургични процедури, чиято безопасност и надеждност не е широко призната от международната научна общност.

9.4. Медицинско лечение, включващо генни продукти, соматично-клетъчни продукти, тъканно-инженерни продукти и CAR-T-клетъчна терапия.

9.5. Медицински процедури, необходими поради наличие на СПИН (Синдром на придобита имунна недостатъчност), ХИВ (Вирус на човешката имунна недостатъчност) или всяко произтичащо от тях състояние (включително сарком на Капоши) или всяко лечение на СПИН или ХИВ.

9.6. Всяка услуга, която не е необходима от медицинска гледна точка за лечението на основното заболяване или медицинска процедура, описани в Clause VIII-1 от настоящите Общи условия.

9.7. Всяка здравна услуга или стока, която не е необходима от медицинска гледна точка за лечението на покрито заболяване или медицинска процедура.

9.8. Всяко алтернативно лечение, услуга, стока или медицинско предписание за заболяване или медицинско състояние, за което най-доброто лечение е трансплантация, покрита по полицата (Клауза VIII –1, точки 46 & 47).

9.9. Всяко заболяване или медицинско състояние, което е причинено от медицинските процедури, организирани и платени по тази полица, освен когато въпросното заболяване или медицинско състояние е покрито заболяване или изисква покрито медицинска процедура, предвидена съгласно Клауза VIII-1).

9.10. Лечение на дългосрочни странични ефекти, облекчаване на хронични симптоми или рехабилитация (включително, но не само физиотерапия, рехабилитация на подвижността и езикова и речева терапия).

9.11. По отношение на разходите за медикаменти, покрити след завръщане от лечение в чужбина (Клауза VIII- 2-Д1), се прилагат следните изключения:

- Всички разходи за медикаменти, които са изцяло финансирани от НЗОК на Република България или които са покрити от всяка друга сключена застрахователна полица при „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, притежавана от застрахования.
- Разходи за изписване /администриране/ на медикаменти.
- Всяка покупка на медикаменти, извършена извън Република България освен ако изрично не е разрешено от Further.
- Фактури, представени на застрахователното дружество повече от 180 дни след закупуването на медикамента.

9.12. По отношение на покритите разходи за последващи грижи, описани подробно в клауза VIII-2-Д2, се прилагат следните изключения:

- Всички разходи, които се заплащат от Националната здравно-осигурителна каса на Република България или се покриват по друга застраховка при „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД на застрахованото лице.
- Всички разходи, направени при неспазване на указанията, въведени от Further
- Всички разходи, направени в болница или медицинско заведение, различно от оторизираното от Further
- Фактури за възстановяване на разходи, представени на Застрахователя повече от 180 дни след датата на извършване на разходите.

10. Изключени разходи

10.1. Всички разходи, възникнали във връзка с или произтичащи от диагностични процедури, лечение, услуга, доставка или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени в Република България, с изключение на:

- Разходите за медикаменти, покрити по Клауза VIII- 2-Д1.
- Разходи за последващи грижи, покрити в Клауза VIII-2-Д2

10.2. Всички разходи, възникнали във връзка с или произтичащи от диагностични процедури, лечение, услуга, доставка или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени навсякъде по света, когато Застрахованият не може да се счита за пребиваващ в Република България и няма постоянен адрес в Република България.

10.3. Всички разходи, извършени преди издаването на Предварителен медицински сертификат.

10.4. Всички разходи, извършени в болница, различна от оторизираната и посочена в предварителния медицински сертификат.

10.5. Всички разходи, извършени без да се спазва процедурата за претенции по Клауза VIII-3.

10.6. Разходи, извършени във връзка със социални грижи и услуги, домашни здравни грижи, здравни курорти, клиники за природно лечение /санаториуми/ или услуги, предоставени в рехабилитационни центрове и други подобни, хосписи или домове за възрастни хора, дори когато тези услуги се изискват или са необходими в резултат на покрито заболяване или медицинска процедура.

10.7. Разходи, възникнали за покупката или наемането на всякакъв вид протези или ортопедични приспособления, корсети, превръзки, патерици, изкуствени крайници или органи, перуки (дори и когато тяхното използване се счита за необходимо при лечение с химиотерапия), ортопедични обувки, зъбни протези, бандажи и друго подобно оборудване или материали, с изключение на гръдни протези – след мастектомия и протезни сърдечни клапи, необходими в резултат на хирургично лечение, уредено и платено по полицата.

10.8. Разходи, възникнали за покупката или наемането на инвалидни столове, специални легла, климатични уреди, филтри за въздух или друго подобно оборудване.

10.9. Всички медикаменти, които не са отпуснати от лицензиран фармацевт или могат да бъдат получени без рецепта.

10.10. Разходи, извършени за алтернативна медицина, като например хомеопатични лекарства, които са одобрени по надлежен ред от компетентен регулаторен орган, дори когато са специално предписани от лекар.

10.11. Всички разходи за медицинска помощ или социални грижи и услуги в случай на когнитивни разстройства, сенилност или церебрални увреждания, независимо от степента на инвалидност.

10.12. Хонорар на преводач, телефонни и други разходи по отношение на вещи за лично ползване или които не са с медицински характер или за други услуги, предоставяни на роднини или придружители.

10.13. Разходи, извършени от Застрахования или негови роднини или придружители, с изключение на такива, които са изрично покрити.

10.14. Всички медицински разходи, които са необичайни и необосновани.

10.15. Всички разходи, направени за Застрахования (и някой от неговите/нейните придружители) и донора по отношение на

а) настаняване в дестинацията за лечение и

б) пътуване от Република България до дестинацията за лечение (и връщане) и

в) редовни трансфери от хотела до болницата или до лекуващия лекар по време на лечението в чужбина.

10.15.1. В случай, че Застрахованият се нуждае от съдействие от Further относно организацията на пътуването и настаняването, Further ще подпомага подобна организация само за Застрахования и един определен придружител, но Застрахованият ще бъде пряко отговорен за плащането на тези разходи.

11. Изключени заболявания и медицински процедури:

11.1. В случай на лечение на рак (Клауза VIII –1, точка 42):

а) Всякакъв тумор при наличието на Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН);

б) Всеки немеланомен рак на кожата, който не е хистологично класифициран като причиняващ инвазия извън епидермиса (външния слой на кожата).

в) Всяко лечение, включващо CAR-T клетъчна терапия.

11.2. В случай на байпас на коронарната артерия: (Клауза VIII –1, точка 43)

а) Всяко коронарно заболяване, което се лекува с помощта на техники, различни от байпас на коронарните артерии, като всички видове ангиопластика, хирургия, стентове;

11.3. В случай на трансплантация от жив донор: (Клауза VIII –1, точка 46)

а) Всяка трансплантация, когато се налага вследствие на алкохолна чернодробна болест;

б) Трансплантацията се изключва, когато тя се извършва като автотрансплантация;

в) Всяка трансплантация, при която Застрахованият е донор на трето лице (което не е застраховано по полицата);

г) Всички трансплантации от мъртъв донор;

д) Всяка трансплантация на орган, която включва лечение, свързано с лечение със стволови клетки.

е) Когато трансплантацията е станала възможна чрез покупка на органи от донори.

11.4. В случай на трансплантация на костен мозък (Клауза VIII –1, точка 47)

а) Трансплантацията на хемопоеетични стволови клетки (НСТ), използваща кръвта от пъпната връв, ще бъде изключена.

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

12. Застрахователният договор се сключва на база попълнено и подписано от Застрахователя предложение за застраховане, по образец на Застрахователя.

12.1. При индивидуални и семейни застраховки кандидатите за застраховане попълват и подписват и лична здравна декларация.

12.2. Застраховат се лица отговорили с НЕ на всички въпроси в здравната декларация.

13. При подновяване на полиците не се прилага ограничението за максимална възраст 64 години.

14. Деца се застраховат заедно с родителите им или с групов договор.

15. Групова застраховка се сключва на група лица за сметка на работодателя, въз основа на попълнено от Застрахователя предложение и с издаване на застрахователна полица.

16. Група, по смисъла на тези Общи условия, е предварително формирана, с незастрахователни цели, общност от десет и повече лица, чийто брой е определен или определяем.

17. При групи до 30 лица, кандидатите за застраховане попълват и лична здравна декларация за здравословно състояние.

18. Застрахователят е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, предоставени на Застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застрахователя, последно обявен пред Застрахователя, се смята за връчено и получено от Застрахователя с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

VI. НАЧАЛО, СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР, ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

19. Застрахователния договор се сключва за определен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователно покритие.

19.1. Началото и срока се посочват в застрахователния договор.

20. Началото на застраховката е 00:00 часа на датата, посочена за начало и при условие, че застрахователната премия е платена и изискванията на Further за подписвачески процедури, според т. 3 от настоящите общи условия са били удовлетворени.

21. Период на застрахователно покритие е периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката.

21.1. Периодът на застрахователно покритие започва от 00:00 часа на деня, следващ деня, в който изтича:

21.1.1. 6 месеца от датата, посочена за начало на застраховката за индивидуални и семейни договори;

21.1.2. За ново застраховано лице, включено в семеен договор, отговорността на Застрахователя започва след 6 месеца от датата, посочена като начало на застраховката за всяко ново застраховано лице.

21.1.3. 3 месеца от датата, посочена за начало на застраховката за групови договори.

21.1.4. За нови лица, включени към групов договор, отговорността на Застрахователя започва след изтичане на 3 месеца от датата, посочена за начало на следващия застрахователен месец.

21.1.5. За напусналите групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя по груповите договори за медицинска застраховка за сметка на работодателя, се прекратява от 24:00 часа на деня на напускането на групата съгласно актуализирания списък, освен ако не е уговорено друго.

21.1.6. В случай, че застрахованото лице напусне групата:

- Когато Застрахователят вече е организиран и предоставил лечение извън България или

- Когато Застрахователят вече е издал предварителен медицински сертификат на Застрахования.

Застрахователят ще гарантира предоставяне на обезщетенията по полицата на Застрахования до размера и при ограниченията посочени в Предварителния медицински сертификат и в рамките на максимален срок до 6 месеца след датата за край на покритие.

22. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователната премия.

22.1. Застрахователният период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.

23. Медицинската застраховка "ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦА" се сключва за срок до навършване на 85 годишна възраст на застрахованото лице:

24. Застрахователните полици се сключват за срок, в съответствие с възрастта на застрахованите лица, така че до изтичането му те не трябва да са по-възрастни от 85 години.

25. При подновяване на договора не се прилага период на изключване и не се попълва отново лична здравна декларация в случаите, в които не е имало прекъсване на покритието и новата полица влезе в сила в рамките на 15 дни от изтичане на старата полица.

26. Прекратяване на застраховката

26.1. Застрахователната полица се прекратява в 24:00 ч. в деня, определен като краен срок на застраховката.

27. Действаща застрахователна полица може да бъде прекратена в един от следните случаи:

27.1. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено;

27.2. Едностранно от Застрахователя, в случай, че застрахователният интерес отпадне - чрез подаване на писмено заявление до Застрахователя. В този случай застрахователната премия се преизчислява и разликата се връща на Застрахователя;

27.3. От Застрахователя, когато при сключване на застраховката Застрахователят е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, за което Застрахователят е задал писмено въпрос и при наличието на което той не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството, като задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

27.4. В случай на неплащане или при неточно плащане от страна на Застрахования на поредна годишна премия или съответната разсрочена вноска, Застрахователят прекратява застрахователното покритие 30 дни след датата на падежа.

VII. ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕМИИ

28. Застрахователната сума (максималната сума на плащанията по застраховката) е 2 000 000 евро за целия период на действие на застраховката.

29. Стойността на лекарствата, закупени на територията на Република България, подробно описани в Член VIII 2-Д1, след лечение на покрито заболяване или медицинска процедура, одобрени от Further в предварителния медицински сертификат, се възстановяват в размер до 50 000 евро за целия период на действие на застраховката.

30. За всеки пълен 24-часов период на престой в болницата, одобрена от Further в предварителния медицински сертификат за лечение на покрито заболяване или медицинска процедура на Застрахования се изплащат по 100 евро за максимум от 60 дни за една претенция.

31. Лимитите за стойността на медикаменти, закупени на територията на Република България и за дневно обезщетение за хоспитализация, както и за репатриране на тленни останки, са част от общата застрахователна сума и лимитите, посочени в точка 28.

32. Застрахователното покритие, се преустановява, ако полицата не се поддържа редовно.

33. Застрахователната премия за индивидуални и семейни застраховки се изчислява за всяка година в зависимост от възрастта на застрахованото лице.

34. Застрахователната премия за групови застраховки се изчислява за всяка година, в зависимост от възрастта на застрахованите лица.

35. При груповите договори за медицинска застраховка, се прави изравняване на застрахователната премия, съобразно реалното изменение на персонала през периода на застрахователно покритие, в резултат на което се досъбират или връщат премии.

36. Застрахователят запазва правото си на промяна на тарифите в случай на необходимост, като информира Застрахователят/Застрахования за промяната най-късно до един месец преди влизане в сила на промяната.

36.1. Съгласно Кодекса за застраховане, в случай на увеличение на премията, без промяна в застрахователното покритие, Застрахователят има право едностранно да прекрати договора в рамките на един месец от получаване на уведомлението от застрахователя, но не по – късно от влизане в сила на увеличението.

36.2. За описаните промени, предвид дадената в Кодекса за застраховане изрична възможност и за застрахователя, и за Застрахователя, не е необходимо подписването на допълнителни споразумение или анекси.

37. Застрахователните премии са в евро.

38. Застрахователната премия може да бъде платена на годишни, шестмесечни, тримесечни или месечни вноски. Вноските се заплащат предварително в началото на всеки период **по банкова сметка на Застрахователя.**

38.1. Застрахователят може да направи промяна в периодичността на вноските с писмено заявление до Застрахователя.

39. Застрахователят е отговорен за редовното плащане на застрахователните премии. За да бъде предоставяно покритие съгласно условията на застраховката, Застрахователят е длъжен да продължи да плаща редовно дължимата застрахователна премия и след настъпване на застрахователно събитие.

40. Нередовните застрахователни договори могат да бъдат възстановени, като се платят всички неплатени (пропуснати) застрахователни премии и вноски. В този случай действието на застрахователния договор по отношение на покритите рискове се възстановява, считано от 00.00 часа на деня, следващ този, в който са платени всички дължими суми.

41. Когато нередовен застрахователен договор не бъде възстановен в срок от два месеца от датата, до която са платени застрахователните премии, той се прекратява окончателно. Платените по застраховката премии и вноски не се връщат, като не се дължат и не се изплащат каквито и да било суми по застраховката. Прекратената застраховка не може да бъде възстановена.

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

1.) ПОКРИТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИ ПРОЦЕДУРИ

А) ПОКРИТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ: 42

А1) МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 1: Лечение на рак.

42. Полицията покрива лечението на следните видове рак:

42.1. Всеки злокачествен тумор, включително левкемия, сарком и лимфом, характеризиращ се с неконтролиран растеж и разпространение на злокачествени клетки и инвазия /навлизане/ на тъкани.

42.2. Всеки рак „ин сито“, който е ограничен до епитела, от който произлиза и не се разпространява в стромата или в околните тъкани.

42.3. Всички предракови промени в клетките, които са хистологично или цитологично класифицирани като високостепенна дисплазия или тежка дисплазия.

Б) ПОКРИТИ МЕДИЦИНСКИ ПРОЦЕДУРИ: 43, 44, 45, 46, 47

Следните медицински процедури са покрити по полицията, когато основното заболяване, което е предмет на процедурата, не е свързано с лечение на рак (Модул на покритие 1).

Б1) МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 2: КАРДИОВАСКУЛАРНИ ПРОЦЕДУРИ

43. Байпас на коронарната артерия (миокардна реваскуларизация)

Извършване на операция по препоръка на консултант кардиолог за коригиране на стеснение или запушване на една или повече коронарни артерии с байпас графтове.

44. Смяна или реконструкция на сърдечна клапа

Инвазивна смяна или възстановяване на една или повече сърдечни клапи по препоръка на консултант кардиолог, независимо дали се извършва чрез отворена операция на гръдния кош, минимално инвазивно или посредством лечение със сърдечен катетър.

Б2) МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 3: НЕВРОХИРУРГИЯ

45. Вътречерепна хирургия и специфична хирургия на гръбначния мозък, което означава:

45.1. Всяка хирургична интервенция на мозъка и/или други вътречерепни структури.

45.2. Лечение на доброкачествени тумори, разположени в гръбначния мозък (Medulla spinalis).

Б3) МОДУЛ НА ПОКРИТИЕ 4: ТРАНСПЛАНТАЦИИ

46. Трансплантация на органи от живи донори

Хирургическа трансплантация, при която Застрахованото лице получава бъбрек, сегмент от черен дроб, лоб от бял дроб или част от панкреас от друг жив, съвместим донор.

47. Трансплантация на костен мозък

Трансплантация на костен мозък (BMT) или трансплантация на стволови клетки от периферна кръв (PBSCT) на клетки от костен мозък на застрахованото лице, чийто произход е от:

- Застрахования (автоложна трансплантация на костен мозък);
- или от съвместим жив донор (алогенна костномозъчна трансплантация).

2) ПОКРИТИ УСЛУГИ, РАЗХОДИ И ПАРИЧНИ ОБЕЗЩЕТИЯ

А) ПОКРИТИ УСЛУГИ ПРЕДИ ПОЛУЧАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА

Услуга за второ лекарско мнение: Застрахованият ще има право да поиска от Further в момента на уведомлението за претенция Услуга за второ лекарско мнение за потвърждаване на диагноза за покрито заболяване или медицинска процедура и оценка на оптималния план за лечение.

Услугата за второ лекарско мнение може да бъде поискана само веднъж за претенция.

Б) ПОКРИТИ МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ ПО ВРЕМЕ НА ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА

Застраховката покрива следните медицински разходи за лечение в чужбина (до лимитите, посочени в застрахователната полица), възникващи във връзка с необходимо от медицинска гледна точка лечение на покрити заболявания и медицински процедури съгласно условията, определени в предварителния медицински сертификат.

48. От болница във връзка с:

48.1. Настаняване, хранене и общи сестрински грижи, предоставени по време на престоя на Застрахования в стая, отделение или секция на болницата или в отделение за интензивно лечение или наблюдение;

48.2. Други болнични услуги, включително тези, предоставени от амбулаторно отделение на болницата, както и разходи, свързани с осигуряването на допълнително легло или легло за придружител, ако болницата предоставя тази услуга;

48.3. Използването на операционна зала и всички свързани с това услуги.

49. От дневна клиника или независим център за социални грижи, но само ако лечението, операцията или процедурата, които се покриват по настоящата застраховка, са предоставени в болница.

50. От лекар, във връзка с преглед, лечение, медицинска грижа или хирургия.

51. Лекарски консултации по време на хоспитализация.

52. За следните медицински и хирургични услуги, лечения или предписания:

52.1. За анестезия и прилагане на анестетици при условие, че това се извършва от квалифициран анестезиолог;

52.2. Лабораторен анализ и патология, рентгенография за целите на подготовката на лечение, радиотерапия, радиоактивни изотопи, химиотерапия, електрокардиограми, ехокардиография, миелограми, електроенцефалограми, ангиограми, компютърна томография и други подобни изследвания и лечения, необходими за диагностицирането и лечението на покрито заболяване или медицинска процедура, когато са извършени от лекар или под медицински надзор;

52.3. Кръвопреливане, преливане на плазма и серум;

52.4. Разходи, свързани с използването на кислород, вливането на интравенозни разтвори и инжекции.

52.5. Радиационна терапия: Високоенергийната радиация за смалване на тумори и унищожаване на ракови клетки чрез рентгенови лъчи, гама лъчи и заредени частици. Това са видове радиация, използвана за лечение на рак чрез устройство извън тялото (радиационна терапия с външни лъчи) или чрез радиоактивен материал, поставен в тялото близо до ракови клетки (вътрешна радиационна терапия, брахитерапия).

52.6. Реконструктивна хирургия за възстановяване или изграждане на структура, увредена или отстранена при медицинските процедури, организирани и заплатени по тази застраховка.

52.7. Лечение на усложнения или странични ефекти, пряко свързани с медицинските процедури, организирани и заплатени по тази застраховка, които:

1. изискват незабавни медицински грижи в болнична или клинична среда и

2. налагат обслужване преди Застрахованият да бъде обявен за годен да пътува от медицинска гледна точка, за да се завърне в Република България след завършване на етапа на лечението в чужбина.

53. За лекарства докато Застрахованият е хоспитализиран за лечение на покрито заболяване или медицинска процедура. Лекарства, предписани за следоперативно лечение, се покриват за период от 30 дни от датата, на която Застрахованият е завършил етапа на лечение извън територията на Република България, и само тогава, когато са закупени преди завръщането в Република България.

54. За трансфери или превоз с наземни или въздушни линейки, когато тяхното използване е указано и предписано от лекар и е предварително одобрено от Further.

55. За услуги, предоставени на жив донор по време на процеса на отстраняване на орган, който ще се трансплантира на Застрахования, във връзка с:

55.1. Разходите за анализ и изследване, извършени с цел идентифициране на подходящ донор в рамките на членовете на семейството на Застрахования;

55.2. Болнични услуги, предоставени на донора, включително настаняване в болнична стая, отделение или секция, хранене, общи сестрински грижи, редовните грижи, предоставяни от болничния персонал, лабораторни изследвания и използване на оборудването и други болнични съоръжения (с изключение на вещите за лична употреба, които не се изискват в процеса на отстраняване на органа или тъканта, която ще се трансплантира);

55.3. За хирургични и медицински услуги за отстраняването на донорски орган или тъкани, които ще се трансплантират на Застрахования.

56. За услуги и материали, доставени за костномозъчни култури във връзка с тъканна трансплантация, която следва да се извърши на Застрахования. Обезщетение се предоставя единствено за разноски, извършени след датата на издаване на предварителния медицински сертификат.

57. В случай, че форсмажорни обстоятелства или логистични или оперативни ограничения, наложени от местни или международни власти, възпрепятстват Further да създаде организация за лечение в чужбина, тогава Further ще организира предоставянето на обезщетенията, посочени в Клауза VIII-2-Б (ПОКРИТИ МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ по време на лечение в чужбина) в Република България, при условие че същите логистични или оперативни ограничения не възпрепятстват организирането на еквивалентна и издържана от медицинска гледна точка алтернатива в Република България.

57.1. Обезщетенията, посочени в Клауза VIII-2-Б, ще бъдат достъпни в Република България само до момента, в който Further е в състояние да потвърди възстановяването на организацията на лечение в чужбина.

57.2. Обезщетенията, предоставяни в Република България, ще се изплащат над всяка частна здравна застраховка, притежавана от Застрахователя/Застрахования.

В) ПОКРИТИ НЕМЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ ПО ВРЕМЕ НА ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА

Застраховката ще покрива следните немедицински разходи (до лимитите, посочени в настоящия договор), възникващи във връзка с лечението в чужбина, организирано и заплатено от настоящия договор, съгласно условията, определени в предварителния медицински сертификат.

В1 РАЗХОДИ ЗА РЕПАТРИРАНЕ

58. В случай, че Застрахованият (и/или живият донор в случай на трансплантация) почине извън територията на Република България, докато получава лечение в чужбина предоставено и платено по тази полица, Застрахователят заплаща за репатрирането на тленните останки на починалия до Република България.

59. Това покритие е ограничено само до тези услуги и средства, необходими за подготвяне на тялото на починалия и за транспортирането му до Република България, включващо:

59.1. Услугите предоставяни от погребалната агенция, която осигурява международното репатриране, включително и балсамиране и всички административни формалности;

59.2. Минималният задължителен ковчег /обикновен ковчег/;

59.3. Транспортирането на тленните останки от летището до място, определено за погребение в Република България.

Г) ПОКРИТИ ПАРИЧНИ ОБЕЗЩЕТИЕНИЯ ПО ВРЕМЕ НА ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА

Г1 ДНЕВНО ОБЕЗЩЕТИЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

До лимитите, посочени в настоящата застрахователна полица за всеки пълен 24-часов период на престой в болница, одобрен от Further /Застрахователя в предварителния медицински сертификат и платен по полицата за лечение в чужбина на покрито заболяване или медицинска процедура.

Д) ПОКРИТИ МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ СЛЕД ЗАВРЪЩАНЕ ОТ ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА

Д1 РАЗХОДИ ЗА ЛЕКАРСТВА СЛЕД ЗАВРЪЩАНЕ ОТ ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА

60. Разходите за лекарства, закупени в Република България след лечение в чужбина с продължителност повече от 3 нощувки за хоспитализация, одобрени от Further /Застрахователя в предварителния медицински сертификат и заплатени по полицата.

61. Сумата по този покрит риск по застраховката се възстановява само при следните условия:

61.1. Лекарството е препоръчано чрез Further от международния лекар в чужбина, който е лекувал застрахованото лице, като необходимо за продължаване на лечението;

61.2. Лекарството е лицензирано и одобрено от съответните медицински власти в Република България и неговото предписване и прием са законни;

61.3. Лекарството изисква предписание от лекар в Република България;

61.4. Лекарството може да бъде закупено в Република България;

61.5. Предписаната доза не надвишава дозата за прием за период, по-дълъг от 2 месеца.

61.6. Всички предписания се издават преди края на Приложимия период на обезщетение.

62. Финансиране и възстановяване:

62.1. Покупката на лекарството трябва да бъде уредена и платена от застрахованото лице. Застрахователят възстановява на застрахованото лице сумата при представяне на съответната рецепта, фактура и доказателство за плащане /касов бон/.

62.2. Когато стойността на лекарството се покрива частично от Националната здравно-осигурителна каса или по друга застраховка, в документа за възстановяване на сумата трябва ясно да разграничава сумата, частично платена от застрахованото лице и тази, която е частично финансирана.

62.3. В случай, че препоръчаното лекарство (или алтернативно еквивалентно лекарство с подобна ефективност), потвърдено от Further:

- не е лицензирано или одобрено в Република България, както е посочено в горното условие 61, или

- не е налично за закупуване или достъпно за Застрахования в Република България, както е посочено в горното условие 61, и
- всички останали посочени по-горе условия от 61.1 до 61.6 са изпълнени, полицата ще покрива и разходите за лекарства извън Република България.

Д2 ПОСЛЕДВАЩА ГРИЖА СЛЕД ЗАВРЪЩАНЕ ОТ ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА.

63. При завръщане в Република България след завършване на етапа на лечение в чужбина, полицата ще покрива разходи, възникващи за последващи грижи, извършени в Република България, при спазване на следните условия и ограничения:

63.1. Последващите грижи са извършени в една от болниците, избрани от Further и

63.2. Последващите грижи са налични в Република България във време и по начин, необходим за текущ скрининг, и

63.3. Последващите грижи се извършват в съответствие с препоръките на международния (-ите) лекар(и), лекувал(и) Застрахования, както е необходимо за текущ скрининг и наблюдение, и

63.4. Фактурите, свързани с последващи грижи, се издават преди края на Приложимия период на обезщетение.

63.5. Когато последващите грижи по т. 63. се извършват в Република България, трябва да бъдат организирани и платени директно от Застрахования в Република България. Застрахователят ще възстанови тези разходи на Застрахования след получаване на оригинална фактура и доказателство за извършено плащане, при условие че фактурите се представят на Застрахователя не по-късно от 180 дни след датата на извършване на разходите.

63.6. В случай че лекарите, отговорни за организирането на последващи грижи в Република България посочат, след развитие в здравословното състояние на Застрахования, необходимостта да се работи въз основа на различни насоки за последващи грижи от тези, първоначално определени от международния лекар, Further ще съобщи същите на международния лекар за одобрение и ще потвърди, когато е приложимо, възстановяването на тези разходи в съответствие с новите приети насоки.

63.7. Когато разходите за последващи грижи са финансирани частично или изцяло от Националната здравно-осигурителна каса на Република България или от друга алтернативна застрахователна полица, притежавана от Застрахования, Застрахователят ще възстанови само разходите, които не се финансират и следователно трябва да се заплащат директно от Застрахования. Искането за възстановяване на суми трябва ясно да разграничава тези разходи, които се заплащат директно от Застрахования от финансираната част от разходите.

63.8. По искане на Застрахования и при условие, че разпоредбите по точки 63.3 и 63.4. по-горе са изпълнени, FURTHER може да разреши и организира последващи грижи и извън Република България. В този случай:

- Последващите грижи ще се извършват от международния лекар(и), лекувал(и) Застрахования, или техния медицински екип.
- Застрахователят ще поеме директно медицинските разходи за тези консултации и диагностични изследвания.

3) ПРОЦЕДУРА ЗА ПРЕТЕНЦИИ /ПОЛЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ УСЛУГИ/

64. Преди да получи каквото и да е лечение, услуга, доставка или медицинско предписание във връзка с покрито заболяване или медицинска процедура, както е определено в Клауза VIII-1, Застрахованият или всяко друго лице, действащо законно от негово име, трябва да спазва следната процедура:

65. Уведомяване.

Свържете се с ДЗИ или Further във възможно най-кратък срок, за да уведомите за потенциална претенция.

65.1. Уведомяването става на телефона на Контактния център на ДЗИ.

Застрахованият ще бъде информиран за всички необходими стъпки за предоставяне на Further на всички съответни диагностични изследвания и медицински документи, необходими за оценка на основателността на претенцията.

66. Задължение на Застрахования.

Застрахованият е задължен да окаже съдействие на Further, като предостави свободен достъп до медицински документи в притежание на застрахованото лице или лекарите, болниците или други медицински заведения, отговорни за лечението до датата на уведомяване за потенциалната претенция. Всяко искане по претенция ще се оценява за покритие по полицата само когато е получена цялата необходима информация от застрахования и съответните лекари, болници или други медицински заведения.

67. Оценка на претенция и предложение на болница за лечение

При получаване на всички съответни диагностични изследвания и медицинска история, както е поискано от Further, Застрахованият ще бъде уведомен дали претенцията се покрива от полицата. В случай, че Застрахованият желае да обмисли лечение в чужбина, Further ще оцени наличието на Приложимия период на обезщетение, което ще доведе до един от следните сценарии:

• **Сценарий 1: Пълна наличност**

Няма предходна претенция по съответния модул на покритие, която да е довела до организиране и заплащане на лечение по полицата. Следователно Further ще потвърди пълна наличност за 36 месеца като Приложим период на обезщетение.

• **Сценарий 2: Частична наличност**

Има предходна претенция(и) по съответния модул на покритие, която е довела до организиране и заплащане на лечение по полицата. Следователно Further ще потвърди наличност за оставащите месеци като Приложим период на обезщетение.

• **Сценарий 3: Приложимият период на обезщетение е изтекъл**

Има предходна претенция(и) по съответния модул на покритие, която е довела до организиране и заплащане на лечение по полицата, достигайки изтичането на Приложимия период на обезщетение. Следователно Further ще потвърди, че претенцията не отговаря на условията по полицата.

67.1. Съгласно сценарии 1 и 2 и в случай, че Застрахованият желае да обмисли вариант за лечение в чужбина, ще му бъде предоставен списък на препоръчани болници.

68. Лечение в чужбина: предварителен медицински сертификат

При получаване на потвърждението на Застрахованото лице за решението му да получи лечение в чужбина в болница, избрана от списъка на препоръчаните болници за лечение, Further ще организира чрез услугата за медицински асистънс необходимите логистични и медицински приготовления за правилния прием на Застрахования и ще бъде издаден предварителен медицински сертификат, валиден само за тази болница.

68.1. Списъкът на препоръчаните болници и предварителният медицински сертификат се издават въз основа на медицинското състояние на Застрахования към момента на издаването му. Тъй като здравното състояние на Застрахования може да се променя с течение на времето, и двата документа ще имат валидност от три месеца.

68.2. В случай, че Застрахованият не избере болница от списъка на препоръчаните болници или не започне лечение в одобрената болница, посочена в предварителния медицински сертификат в тримесечен срок от издаването, могат да бъдат преиздадени нови версии на тези документи въз основа на здравословното състояние на Застрахования по това време.

68.3. Ако са изпълнени условията на Предварителния медицински сертификат, Застрахователят, в рамките на обезщетенията по полицата, ще поеме директно медицинските разходи, покрити по Клауза VIII-2-Б в съответствие с ограниченията, изключенията и условията, посочени подробно в полицата.

69. Приложим период на обезщетение - Приложимият период на обезщетение започва да тече от датата на първия покрит медицински разход (покрити в Клауза VIII-2-Б), свързан с лечение в чужбина.

69.1. Полицата ще покрива услугите, разходите и паричните обезщетения (до лимитите, посочени в полицата), възникнали във връзка с тази валидна претенция по полицата за срока на Приложимия период на обезщетение и докато полицата е в сила.

69.2. В случай, че Застрахованият е хоспитализиран или под грижите на болница съгласно условията на Предварителния медицински сертификат към края на Приложимия период на обезщетение, полицата ще продължи да осигурява покритие на медицинските разходи, посочени в раздел VIII-2-Б до следващото планирано завръщане в Република България въз основа на определения план за лечение.

70. Завръщане от лечение в чужбина

Етапът на лечението в чужбина ще завършва с потвърждение от Further, че международният лекар(и) не предписва по-нататъшно лечение, необходимо от медицинска гледна точка.

70.1. След завършване на етапа на лечение в чужбина Further ще организира окончателното завръщане на Застрахования и придружителя (придружителите) в Република България и ще представи на Застрахования указания да се възползва от покритите медицински разходи след завръщане от лечение в чужбина, описани подробно в Клауза VIII-2-Д. Тези указания ще се основават на препоръките от международния лекар(и).

70.2. При пристигането на Застрахования в Република България, Застрахованият ще има право до края на Приложимия период на обезщетение:

- на обезщетение за разходите за медикаменти, изброени подробно в клауза VIII-2-Д1 и
- на обезщетение за последващи грижи, описани подробно в клауза VIII-2-Д2

71. Оценка на претенции след завръщане от лечение в чужбина

При окончателното завръщане на Застрахования в Република България след получаване на лечение в чужбина съгласно посоченото в точка 68, развитието на здравословното състояние на Застрахования може да определи, че може да се наложи нова оценка за допълнително лечение, необходимо от медицинска гледна точка. При условие, че полицата на Застрахования е все още активна към този момент, Застрахованият ще има право да се свърже с Further, за да извърши тази оценка.

След това Further отново ще потвърди на Застрахования всички необходими стъпки за предоставяне на Further на всички съответни диагностични изследвания и медицински документи, необходими за извършване на тази оценка.

- В случай, че оценката на Further потвърди, че се налага допълнително лечение, необходимо от медицинска гледна точка поради същото заболяване или покрита медицинска процедура, лекувано преди това по полицата, това ще бъде оценено от Further (съгласно посоченото в точка 67), потвърдено на Застрахования чрез издаване на нов предварителен медицински сертификат, с последващ списък на препоръчани болници и потенциално лечение в чужбина (съгласно посоченото в точки 67 и 68), като ще се счита за продължаване на същата претенция.

Оценката може да изисква, когато е медицински обосновано от гледна точка на Further, извършването на нова услуга за второ лекарско мнение.

- В случай, че оценката на Further установи, че това ново искане е свързано с различно заболяване или медицинска процедура и следователно не е свързано с предходната претенция, този сценарий ще се счита за нова и отделна потенциална претенция, като ще трябва да бъде спазен целият процес, описан подробно в тази Клауза VIII-3.

72. Сътрудничество

Застрахованият и неговите близки трябва да позволяват посещения на лекари, работещи за Further и/или Застрахователя, както и всякакви справки, счетени за необходими от Застрахователя, като за тази цел лекарите, които са посетили и са положили грижи за Застрахования се освобождават от задължението да пазят професионална тайна.

Непозволяването на тези посещения ще се счита от застрахователното дружество за изричен отказ от правото за предоставяне на обзетения по съответната претенция, покрита по полицата.

IX. ЖАЛБИ И ОПЛАКВАНИЯ

73. Политиката на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД за управление на жалбите на ползватели на застрахователни услуги се определя от „Правила за обработка на жалби“, одобрени от Управителния съвет на компанията и публикувани на www.dzi.bg.

74. Ползвателите на застрахователни услуги на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД имат възможност да подават жалби на всеки етап от обслужването им:

- на националния телефон на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД: 0700 16 166.
- на официалния имейл на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД: clients@dzi.bg.
- във всяко структурно звено „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД (ЦУ, гл. агенция, агенция и/или офис) в писмен вид.

75. При подаване на жалба от ползвател на застрахователни услуги се поставя входящ номер, който му се предоставя по удобен за него начин. От подателя се изисква да посочи актуален адрес и/или e-mail за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя, както и телефон за връзка, в случай, че има нужда от доуточняващи обстоятелствата въпроси.

76. Писмен отговор се изпраща на ползвателя на застрахователни услуги в срок до 1 месец от датата на подаване на жалбата.

77. При отказ да се уважи жалбата, Застрахователят излага мотивите си за отказ, като посочва възможностите на жалбоподателя да потърси защита на правата си пред Комисията за финансов надзор, както и пред други компетентни институции.

X. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

78. Договорните отношения между застрахованите лица и Застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите, Търговския закон.

79. Застрахователят има право да откаже да извърши плащане на застрахователно обезщетение/сума, на физически или юридически лица (в това число действителните собственици на юридическите лица), които попадат в обхвата на ограничения, забрани или санкции, установени от националното или международното законодателство за предотвратяване на изпиране на пари, финансиране на тероризма, включително при наличие на включване на такива лица в списъка “Specially Designated Nationals and Blocked Persons”, публикуван периодично от Службата за контрол на чуждестранните активи (OFAC) към Министерството на финансите на САЩ, в публичен списък на Европейския съюз или в други списъци, издадени от съответни регулаторни органи, включително санкционни списъци на ООН и местни санкционни списъци. Застрахователят не извършва плащане по настоящите Общи условия, по

банкови сметки в банки, както и в държави или икономически зони, спрямо които има наложени търговски и икономически санкции, прилагани съгласно резолюции на ООН, или търговски и икономически санкции, закони или регулации на Европейския съюз, Обединеното кралство, САЩ и Република България.

80. Споровете, възникнали между Застрахователя и Застрахованите се разрешават по доброволен ред, а при непостигане на споразумение - от компетентен български съд.

81. Правата по застрахователния договор се погасяват по давност с изтичане на пет години от настъпване на застрахователното събитие.

XI. ДЕФИНИЦИИ

Further: Further е компания, която организира следните медицински услуги, свързани с полицата: услуга за второ лекарско мнение и услуга за медицински консиерж.

- Услуга за второ лекарско мнение: Второ лекарско мнение по отношение на покрити състояния. Това включва предоставянето на доклад за второ лекарско мнение след събирането и подробния преглед на медицинската документация на пациента от специализиран експерт по медицина.
- Услуга за медицински консиерж: Услуга, при която Further организира всички детайли, свързани с медицинското лечение на дадено лице по отношение на одобрена претенция. Това включва надзор на случая и съдействие при органиране на пътувания и настаняване за физическото лице и всеки друг правоимащ придружител.

ОБЕЗЩЕТИЯ: Размерът или степента на обслужване и покритие, които Застрахованият има право да получава по Полицата.

ПРЕТЕНЦИЯ: Уведомяването на Further от страна на Застрахования за заболяване, потвърдено по процедурата, посочена в Клауза VIII-3 като покрито заболяване или като изискващо покрити медицинска процедура, което позволява на Застрахования достъп до обезщетения по полицата.

ЛИЦЕ НА ИЗДРЪЖКА: Лице на издръжка: Определението за “лице на издръжка” е предмет на следните условия и ограничения: (1) Партньорът на Застрахователя или (2) несемейно дете на издръжка на Застрахователя или на съпруга(та) на Застрахователя (включително извънбрачно дете, доведено дете или законно осиновено дете). Основното местожителство на съпруга(та) или несемейното дете на издръжка трябва да бъде със Застрахователя, освен ако Застрахователят одобри друго.

ПАРТНЬОР: Законният съпруг(а), граждански партньор или, ако не е сключило брак, лице на възраст над 18 години, което живее със Застрахователя и е финансово зависимо от Застрахователя (или и двамата са финансово зависими един от друг). Партньорът не може да бъде роднина на Застрахователя, различен от законния съпруг или граждански партньор, а Застрахователят може да посочи само едно лице като партньор. Те могат да бъдат от един и същи или от противоположен пол.

ПЕРИОД НА ИЗКЛЮЧВАНЕ е период от време, който започва от началото на застраховката или от датата на влизане в сила на застраховката за ново застраховано лице, през който, както и през целия период на действие на застраховката, застрахователното покритие няма да е в сила по отношение на заболяване, съобщено, диагностицирано, лекувано или проявило първите си медицински документиранни симптоми през този период на изключване.

ЗАСТРАХОВАТЕЛ - „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД

ЗАСТРАХОВАЩ е лицето, което е страна по застрахователния договор

ЗАСТРАХОВАН е лицето, чиито неимуществени блага са предмет на застрахователна защита по застрахователния договор. Застрахованият е винаги физическо лице.

Застрахователят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

ПРЕДВАРИТЕЛЕН МЕДИЦИНСКИ СЕРТИФИКАТ е писмено одобрение, издадено от Застрахователя или Further, което включва потвърждение на покритието по застраховката преди извършването на услугите в определена болница извън Република България за лечение, здравни услуги, стоки или предписания, свързани с претенцията.

ПРЕДИШНИ СЪЩЕСТВУВАЩИ ЗАБОЛЯВАНИЯ: всички заболявания или медицински състояния на Застрахования, които са съобщени, диагностицирани, лекувани или които са проявили медицински документиранни симптоми или констатации (признаци) в рамките на 10 години преди началото на застраховката или преди датата на влизане в сила на застраховката за ново застраховано лице.

ПОЛИЦА: Писмената документация, която определя условията на застрахователния договор, включително настоящите ОБЩИ УСЛОВИЯ НА МЕДИЦИНСКА (ЗДРАВНА) ЗАСТРАХОВКА "ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ГРАНИЦА", формуляр за заявление, здравен въпросник, както и всяко приложение или допълнение, което може да бъде включено при необходимост от промяна или изменение на тези документи.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА: Максималната дължима сума, определена в застрахователния договор, в случай на покрити заболявания или медицински процедури, посочени в Клауза VIII-1 на настоящата полица.

МЕДИЦИНСКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

АЛТЕРНАТИВНА МЕДИЦИНА: Медицински и здравни системи, практики и продукти, които понастоящем не се считат за част от конвенционалната медицина или стандартните лечения, включително, но не само: акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, хомеопатична медицина, натуропатична медицина, аюрведа, традиционна китайска медицина и остеопатична медицина.

КОГНИТИВНИ РАЗСТРОЙСТВА: Разстройства, които значително понижават когнитивната функция на индивида до степен, при която нормалното функциониране в обществото е невъзможно без лечение, както е определено в последната версия на Диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства (DSM-V).

КОНСУЛТАНТ КАРДИОЛОГ: Специализиран лекар, който официално е признат за кардиолог от местния медицински съвет за диагностициране и лечение на заболявания или състояния на сърцето и кръвоносните съдове.

ЗАБОЛЯВАНЕ: Всяко нарушение на структура или функция на тялото, система или орган с идентифицируем и характерен набор от признаци и симптоми или последователни анатомични промени. Освен това диагнозата трябва да бъде направена от лекар със законно регистрирана практика.

За заболяване ще се считат всички наранявания и ефекти, произтичащи от една и съща диагноза, както и всички болестни състояния, дължащи се на една и съща причина или свързани причини. Ако дадено болестно състояние се дължи на същата причина, която е причинила предишно заболяване или на свързана с него причина, заболяването се счита за продължение на предходната болест, а не за отделно заболяване.

ЛЕКАР: Професионалист, който има законно право да практикува медицина.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛНО ЛЕЧЕНИЕ: Лечение, процедура, курс на лечение, оборудване, лекарство или фармацевтичен продукт, предназначени за медицинска или хирургическа употреба, които:

- не са общоприети като безопасни, ефективни и подходящи за лечение на заболявания или наранявания от различни научни организации, признати от международната медицинска общност, или
- които са в процес на проучване, изследване, изпитване или са на който и да е етап от клинично експериментиране.

ПОСЛЕДВАЩА ГРИЖА: Всяко диагностично изследване и/или услуга за проследяване/наблюдение (от лекар със специална експертиза, отнасяща се до лекуваното заболяване) след лечение в чужбина, използвано за:

- определят дали е вероятно Застрахованият да страда от заболяване или медицинско състояние в бъдеще, или
- предотвратят възникването или повторното възникване на заболяването или медицинското състояние в бъдеще,
- но където понастоящем няма наличие на клинични и/или очевидни симптоми и/или констатации (признаци).

БОЛНИЦА - частно или държавно лечебно заведение, притежаващо законоустановено разрешение за осъществяване на дейност за медицинско лечение на заболявания или травми, оборудвано с материални/технологични средства и подходящ персонал за диагностициране и извършване на хирургични интервенции, в което е осигурено непрекъснато присъствие на лекари и друг медицински и немедицински персонал в продължение на 24 часа в денонощието.

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ - престой с пренощуване в болница.

НАРАНЯВАНЕ: Физическо увреждане, причинено на тялото на Застрахования.

НЕОБХОДИМИ ОТ МЕДИЦИНСКА ГЛЕДНА ТОЧКА: здравни услуги или стоки, които са:

- предписани на Застрахования с цел лечение на покрито заболяване или организиране на покрита медицинска процедура с цел подобряване здравословното състояние на застрахования, и
- признати за ефективни за подобряването на здравните резултати след проведено лечение, които са съгласно вида, честотата и продължителността на диагнозата според публикуваната медицинска литература и изследванията или научно базирани насоки в САЩ, Великобритания и/или Европа (по-специално, Насоките за клинична практика в областта на онкологията /NCCN/ да се прилагат по отношение на лечението на рака: клауза VIII-1, точка 42) и
- рентабилни в сравнение с алтернативните лечения, които водят до сходни резултати, включително без лечение и
- необходима по причини, различни от удобството на Застрахования или неговия лекар.

Фактът, че даден лекар може да препоръча, предприше, поръча или одобри дадена услуга или доставка, не означава задължително само по себе си, че тази услуга или доставка е необходима от медицинска гледна точка по тази политика.

ЛЕКАРСТВО: Всяко вещество или комбинация от вещества, които могат да се използват за или да се дават на Застрахования с оглед възстановяването, коригирането или подобряването на физиологични функции или с цел да се допринесе за установяването на медицинска диагноза. Лекарството трябва да може да се получи само с медицинско предписание, дадено от лекар и предоставено от лицензиран фармацевт.

Предписание, дадено за лекарство с търговско наименование, е валидно за генерични лекарства със същите активни съставки, сила и дозирова форма като марката.

НЕИНВАЗИВЕН РАК ИЛИ РАК „ИН СИТУ“: Злокачествен тумор, който е ограничен до епитела, от който произхожда и не навлиза в стромата или в околните тъкани.

ПРОТЕЗА: устройство, което заменя изцяло или частично даден орган или замества изцяло или частично функцията на неработеща или нефункционираща част на тялото.

РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУРГИЯ: процедури, които са предназначени да възстановят структура, за да коригират нейната загуба на функция.

ХИРУРГИЯ: всички дейности с диагностична или терапевтична цел, извършени чрез разрез или чрез друг начин на проникване от хирург в болница и които обикновено изискват използването на операционна зала.

ЛЕЧЕНИЕ В ЧУЖБИНА: лечение, необходимо от медицинска гледна точка, организирано от FURTHER за срока на Приложимия период на обезщетение извън България, с изключение на САЩ, Япония и Швейцария, и заплатено по настоящата полица.

ПЕРИОД НА ОБЕЗЩЕТИЕ: период от тридесет и шест (36) месеца, който започва да тече от датата на първия покрит медицински разход (покрити в VIII-Б), свързан с лечение в чужбина.

Отделен Период на обезщетение се определя по модул на покритие (Приложимият период на обезщетение), когато първата претенция по този модул на покритие води до възникване на покрит медицински разход.

Приложимият период на обезщетение е периодът от време, през който обезщетенията по полицата се дължат за всички претенции, приети по един и същ модул на покритие.

ПРОДУКТИ ЗА ГЕННА ТЕРАПИЯ: същите съдържат гени, които водят до терапевтичен, профилактичен или диагностичен ефект. Те действат чрез вмъкване на „рекомбинантни“ гени в тялото, обикновено за лечение на различни заболявания, включително генетични нарушения, рак или дългосрочни заболявания. Рекомбинантният ген е участък от ДНК или РНК, който се създава в лаборатория, обединявайки ДНК или РНК от различни източници;

ПРОДУКТИ ЗА СОМАТИЧНА КЛЕТЪЧНА ТЕРАПИЯ: те съдържат клетки или тъкани, които са манипулирани за промяна на биологичните им характеристики, или клетки или тъкани, които не са предназначени да бъдат използвани за същите основни функции в организма. Те могат да се използват за лечение, диагностика или предотвратяване на заболявания;

ТЪКАННО-ИНЖЕНЕРНИ ПРОДУКТИ: те съдържат клетки или тъкани, които са модифицирани така, че да могат да се използват за възстановяване, регенериране или замяна на човешка тъкан.

CAR-T-КЛЕТЪЧНА ТЕРАПИЯ (химерна антигенна рецепторна Т-клетъчна терапия): вид лечение, при което Т-клетките на пациента (вид клетки на имунната система) се променят в лабораторията така, че да атакуват раковите клетки. Т-клетките се вземат от кръвта на пациента. След това в лаборатория се добавя генът за специален рецептор, който се свързва с определен протеин на раковите клетки на пациента. Специалният рецептор се нарича химерен антигенен рецептор (CAR). Голям брой от CAR Т-клетките се отглеждат в лаборатория и се прилагат на пациента чрез вливане.



НАСТОЯЩИТЕ ОБЩИ УСЛОВИЯ СА ПРИЕТИ С РЕШЕНИЕ НА УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА „ДЗИ – ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД

ПРИЕТИ НА ДАТА:	14.09.2015 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.10.2015 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА ДАТА:	18.07.2016 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.08.2016 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА ДАТА:	01.10.2018 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	17.12.2018 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА ДАТА:	21.01.2019 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.02.2019 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА ДАТА:	11.01.2021 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.02.2021 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА ДАТА:	07.03.2022 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.05.2022 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА ДАТА:	22.12.2025 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.06.2026 г.

ДАТА:**ЗА „ДЗИ – ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД:**

.....

.....

(име, презиме и фамилия, подпис, печат)

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Декларирам, че получих тези Общи условия подписани от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

ЗАСТРАХОВАЩ:

.....

(име, презиме и фамилия, подпис, печат)