



ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА "МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. По тези Общи условия "ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ МЕДИКО-21" АД, наричано по-нататък „Застраховател“, сключва договори за медицинска застраховка по смисъла на Кодекса за застраховането с едно или повече лица, наричани по-нататък „Застрахован/и“.

1.2. С договора за медицинска застраховка Застрахователят се задължава да поеме рискове, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука, свързани с финансовото обезпечаване на Застрахованите лица за ползвани от тях определени здравни услуги и стоки през периода на застрахователното покритие срещу получаване на застрахователна премия. С договора за медицинска застраховка Застрахователят може да поеме и финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, свързани с профилактика на Застрахованото лице, бременност, раждане и други.

1.3. Финансовото обезпечаване включва възстановяване на направените разходи от застрахованите лица и/или изплащане на суми на изпълнителите на медицинска помощ при абонаметно обслужване.

1.4. Договорът за медицинска застраховка е валиден само за настъпили застрахователни събития и предоставена медицинска помощ на територията на Република България.

1.5. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък „Застраховач“.

1.6. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица.

1.7. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани.

1.7.1. Застрахователят не покрива диагностика и лечение на застраховани лица, които нямат здравноосигурителни права или са с прекъснати такива, съгласно Закона за здравното осигуряване.

1.8. Застрахователят сключва индивидуални, семейни и групови договори.

1.8.1. С индивидуални договори се застраховат лица на възраст над 14 до 65 години;

1.8.2. Със семейни договори се застраховат съпрузи на възраст над 16 до 65 години и/или техните деца над 3 месеца до 18 навършени години, които не са женени (омъжени) или до 26 години, ако са студенти;

1.8.3. С групови договори се застраховат лица на възраст над 3 месеца до 69 години. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 2 и повече лица.

1.8.4. Към груповия договор, в срок най-късно до 1 (един) месец от сключването му, могат да се застраховат при условията на договора членове на семействата на застрахованите лица, които са здравноосигурени и имат непрекъснати права. Същите подават писмено индивидуално заявление до Застраховачия, което изрично се одобрява от Застрахователя. Членовете на семействата се включват в допълнителен списък, като премията за тях е за сметка на застрахованите лица и се внася от Застраховачия.

1.8.5. Възрастта на Застрахованите лица се определя в цели години към началото на договора. По-малко от 6 месеца не се взимат под внимание, а навършени 6 или повече месеца се приемат за цяла година.

1.8.6. Лицата от 0 до 16-год. възраст и над 65-год. възраст се застраховат при условията на повишен риск

1.9. Не се застраховат лица, които към датата на сключване на застрахователния договор са с намалена работоспособност 50 и над 50 % (петдесет) процента.

1.10. Застраховането е лично и правата по договора не могат да бъдат преотстъпвани.

1.11. При специални договорености могат:

1.11.1. Да бъдат включвани покрития на конкретни хронични и предходни (минали) заболявания и състояния на застрахованите лица.

1.11.2. Да бъдат изключвани определени здравни услуги и стоки от застрахователното покритие, посочени в договора или приложенията към него.

1.12. Ползачо лице по покритите по тези Общи условия рискове е Застрахованото лице.

II. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

2.1. Договорът за медицинска застраховка се сключва за покритие на един или няколко от долупосочените пакети, като конкретните здравни услуги и стоки по пакетите подробно се описват в застрахователния договор (полица), както следва:

2.1.1. «Подобряване на здравето и предпазване от заболяване» - предварително договорени профилактични дейности, които се предоставят на застрахованите лица по определен график в определени лечебни заведения.

2.1.1.1. Прегледите и изследванията, включени в пакета, съответстват на нормативните изисквания на Министерството на здравеопазването.

2.1.1.2. Ползването на услугите се извършва организирано от Застрахователя по време и място - еднократно в застрахователната година. Застраховачият заявява желан период за провеждане на профилактиката не по-късно от 1 месец преди датата на провеждане на профилактичните прегледи - по и-мейл или с писмо. Застрахователят уведомява Застраховачия за адреса на изпълнителя на профилактиката и графика за прегледите и изследванията не по-късно от 15 дни преди тяхното провеждане.

2.1.2. «Извънболнична медицинска помощ» - Пакетът предлага здравни услуги на ниво специализирана извънболнична медицинска помощ само за извършвани медицински услуги на територията на РБ. Включва прегледи, изследвания, манипулации и други, включително високоспециализирани медико-диагностични изследвания (клинико-лабораторни, клинично-инструментални и образна диагностика), предоставени на Застрахованите лица в извънболнични условия.

2.1.3. «Болнична медицинска помощ»

По пакет Болнична медицинска помощ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не покрива разходи за здравни услуги включени в Основния пакет дейности, гарантирани от НЗОК.

Лицата подлежащи на задължително здравно осигуряване при постъпване в лечебно заведение представят «Направление за хоспитализация №7/лечение по клинична пътека/амбулаторна процедура съгласно изискванията на НРД», издадена от лекар специалист или личния лекар. В случаите, когато лечебното заведение не изисква «Направление за хоспитализация бл. МЗ-НЗОК съгласно изискванията на НРД», Застрахованото лице предварително уведомява за болничното си лечение, като представя в писмена форма или по електронен път информация за предстоящата хоспитализация. При случаи, в които лицето не е спазило гореспоменатите изисквания, Застрахователя не възстановява направените разходи за лечение, както и за заплатени медицински изделия.

2.1.3.1. Болничната медицинска помощ включва цялостния процес на престой и лечение по лекарско предписание в болница повече от 24 часа.

2.1.3.2. Болничната медицинска помощ по тези условия не включва еднократна хоспитализация.

Покритието на рисковете по пакет «Болнична медицинска помощ» на тази застраховка е в сила само за извършени медицински услуги на територията на РБ.

2.1.4. Покритието по договора за медицинска застраховка включва и следните допълнително договорени медицински услуги и стоки:

2.1.4.1. «Избор на екип/лекар при хирургическа операция» - Застрахованият има право да направи избор на екип при хирургическа операция.

2.1.4.2. «Медицински консумативи и медицински изделия» - при хирургически операции в болничната помощ, които не се поемат от НЗОК или се поема разликата за тях.

Здравни услуги за Избор на лекар/екип и медицински изделия, които НЗОК не покрива се ползват само на принципа на възстановяване на разходи. Те се заплащат съгласно договорените лимити при закупен Пакет Болнична помощ.

2.1.4.3. «Рехабилитация след болнично лечение» в специализирани болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация - Застрахованият има право на рехабилитация, назначена в епикризата след болнично лечение, което е продължение на проведеното болнично лечение. Рехабилитацията трябва да е започнала до 1 месец от приключване на болничното лечение и да е с продължителност до 10 дни.

2.1.4.4. «Възстановяване на разходи за медицински средства: лекарствени продукти и офталмологични средства» - при извънболнична помощ. Пакетът позволява ползването на лекарствени и офталмологични средства (стъкла за очила/лещи).

2.1.4.5 «Наблюдение на бременност и раждане» - Пакетът включва прегледи и изследвания за проследяване развитието на бременността и раждане, които не се поемат за задължителното здравно осигуряване /Пакет „Майчино здраве“ по НЗОК/.

2.1.4.6. «Дентална помощ» - включва терапевтично и хирургично лечение, както и дентални изследвания.

2.1.5. Не по-късно от 10 (десет) дни преди извършването на високоспециализирани медико-диагностични изследвания по извънболничната медицинска помощ, постъпване за планово болнично лечение или за рехабилитация след болнично лечение, Застрахованото лице е длъжно да уведоми Застрахователя за избраното лечебно заведение, диагнозата, по която ще се провежда лечението, извършваните високоспециализирани медико-диагностични изследвания, предписаното оперативно лечение, избора на екип/лекар, прилагането на медицински изделия и скъпоструващи консумативи и медикаменти, като изпрати до Застрахователя Заявление-декларация (бланка на Застрахователя).

