

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

I. Общи положения

1. „Здравноосигурителна каса ФИ ХЕЛТ” АД (наричано по-долу Осигурител) е дружество за доброволно здравно осигуряване, получило лицензия по реда на Закона за здравното осигуряване.
2. Осигурителят поема рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни стоки и услуги, срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на здравноосигурителни договори.
3. Доброволното здравно осигуряване по смисъла на тези Общи условия се осъществява при спазване принципа на доброволност, добросъвестност и равнопоставеност на страните, свободен избор на лечебно заведение и отговорност за собственото здраве на Осигурените.
4. Доброволното здравно осигуряване по тези Общи условия се извършва въз основа на здравноосигурителни пакети, за предлагането на които Осигурителят е получил разрешение по реда на Закона за здравното осигуряване.
5. Осигуряващият избира здравноосигурителни пакети и опцията по тях, в рамките на предлаганите от Осигурителя пакети.
6. Доброволното здравно осигуряване по тези Общи условия се извършва въз основа на здравноосигурителни договори (индивидуални, групови, семейни) с физически и юридически лица (наричани Осигурени или Осигуряващи), като Осигуреният и Осигуряващият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

II. Предмет, обхват и вид на доброволното здравно осигуряване. Здравноосигурителни покрития.

7. Предмет на доброволното здравно осигуряване по тези Общи условия е финансовото обезпечаване и финансовото осигуряване на ползването на здравни услуги и стоки от Осигурените, в обхвата на договорените здравноосигурителни пакети. Осигурителят не предоставя и не осигурява лично здравни стоки и услуги.
8. По смисъла на тези Общи условия, Осигурителят извършва дейността по доброволно здравно осигуряване чрез предлагането му под две форми, както следва:
 - 8.1. Възстановяване на разходи – Форма на доброволно здравно осигуряване, при която Осигурителят при настъпването на предвидените в здравноосигурителните договори случаи частично или изцяло възстановява разходите за здравното обслужване на Осигурените лица, съобразно закупените от тях пакети здравни услуги, които се извършват от свободно избран от тях Изпълнител на медицинска помощ.
 - 8.2. Абонаментно обслужване - Форма на доброволно здравно осигуряване, при която Осигурителят при настъпването на предвидените в здравноосигурителните договори случаи осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Осигурените лица, само чрез Изпълнители на медицинска помощ, с които има подписани договори.

9. Предлаганите от Осигурителя здравни стоки и услуги са групирани в здравноосигурителни пакети, представляващи неразделна част от тези Общи условия, както следва:

- 9.1. Подобряване на здравето и предпазване от заболяване;
- 9.2. Извънболнична медицинска помощ;
- 9.3. Болнична медицинска помощ;

- 9.4. Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия;
- 9.5. Възстановяване на разходи;
- 9.6. Дентална помощ;
10. В зависимост от вида и обема на предлаганите здравни услуги и стоки по всеки от здравноосигурителните пакети, Осигурителят предлага четири вида опции – Минимална, Основна, Пълна и Луксозна (за здравноосигурителните пакети „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване”, „Извънболнична медицинска помощ” и „Дентална помощ” и приложени към Общите условия) и три вида опции – Основна, Пълна и Луксозна (за здравноосигурителните пакети „Болнична медицинска помощ”, „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия” и „Възстановяване на разходи” и приложени към Общите условия). Различните опции на здравноосигурителните пакети включват различен обем на предоставяните услуги. В случай че е предвидено самоучастие на Осигурения, последното, както и размерът му е посочен в съответния здравноосигурителен пакет.
11. Изборът на здравноосигурителен пакет, опцията по тях и начинът на плащането на здравноосигурителните премии се договарят между Осигурителя и Осигуряващия в конкретния здравноосигурителен договор. Пакет „Дентална помощ” може да се договоря само в комбинация с пакетите „Извънболнична медицинска помощ” и „Болнична медицинска помощ” и то в случай на групов договор с над 50 лица.

III. Изключения.

12. В обхвата на здравните услуги и стоки по тези Общи условия не се включват и не се възстановяват разходи при следните случаи:
 - 12.1. Спешна медицинска помощ;
 - 12.2. Лечение на психични заболявания, венерически заболявания, туберкулоза, СПИН, вродени аномалии;
 - 12.3. Трансплантация на органи;
 - 12.4. Задължителни имунизации по имунизационния календар;
 - 12.5. Фертилитет in vitro;
 - 12.6. Пластични и козметични операции;
 - 12.7. Операции в обхвата на Лицево-челюстната хирургия, освен ако не са покрити по здравноосигурителен пакет „Дентална помощ”.
 - 12.8. Прилагане на методи на нетрадиционната медицина, психотерапия, акупунктура;
 - 12.9. Самоувреждане при опит за самоубийство;
 - 12.10. Установено по съдебен ред виновно деяние, довело до увреждане на здравето;
 - 12.11. Увреждане на здравето вследствие на остра или хронична употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;
 - 12.12. Лечение по време, когато Осигуреният е лишен от свобода, излежава присъда или е срочно служещ;
 - 12.13. Увреждане на здравето при участие в граждански размирици, природни бедствия;
 - 12.14. Увреждане на здравето при радиоактивно замърсяване и/или облъчване;
 - 12.15. Увреждане на здравето при участие в автомобилни състезания, използване на летателни и плавателни средства с цел развлечение;
 - 12.16. Прекъсване на бременност по желание;
 - 12.17. Умишлено увреждане на здравето или при опит или извършване на престъпление;
 - 12.18. Участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно - изследователска цел;

IV. Сключване, действие и прекратяване на здравноосигурителните договори.

13. Здравноосигурителните договори са писмени договори, сключени между Осигурителя и Осигурения/Осигуряващия за

- финансово обезпечение на предоставянето на определени здравни стоки и услуги на Осигурения за определен срок, обем и обхват, определени в здравноосигурителния договор и приложенията към него срещу заплащане на здравноосигурителна премия.
14. Покритието по здравноосигурителния договор е валидно само за територията на Р. България.
 15. Здравноосигурителните договори се сключват за Осигурени с нормален здравната декларация се осигуряват при следните възрастови ограничения:
 - 15.1. от 18 до 65 год. при индивидуално, семейно и групово осигуряване до 50 лица;
 - 15.2. от 18 год., без горна граница на възрастта при групово осигуряване над 50 лица.
 - 15.3. Лица от 0 до 18 год., над 64 год., лица с хронични заболявания и лица с повишен здравноосигурителен риск, съгласно критериите в здравната декларация се осигуряват при условия на повишен осигурителен риск, посочени в Тарифата;
 16. Определянето на възрастта по тези Общи условия се извършва в цели години, като период до шест месеца не се взима предвид, а над шест месеца се приема за цяла година.
 17. Договорът за здравно осигуряване се сключва въз основа на писмено предложение, към което се прилагат:
 - 17.1. Здравна декларация за доброволно здравно осигуряване /Здравна декларация/ (по образец) – при сключване на индивидуален, семеен и групов до 50 лица здравноосигурителен договор. При сключване на групов договор до 50 лица се представя и списъка на лицата. Здравна декларация на лицата под 18 год. се подписва от Осигуряващия или техен законен представител.
 - 17.1. Списък на Осигурените при групов здравноосигурителен договор при над 50 Осигурени.
 18. Писменото предложение по т. 17 за сключване на здравноосигурителен договор е свободен текст като задължително включва данни за имената / наименованието на Осигурения/Осигуряващия, ЕГН/Булстат, адрес и телефон за кореспонденция, домашен адрес, месторабота и длъжност (при групови договори – предмет на дейност и отрасъла на Осигуряващия), избран здравноосигурителни пакет и опция.
 19. При попълване на здравната декларация и предложението, лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на риска, и за които писмено е поставен въпрос и са отговорни за верността, точността и пълнотата на данните.
 20. Съществени обстоятелства, свързани с оценка на риска, са тези, посочени в здравната декларация и информацията относно местоработата и длъжността (предмета на дейност и отрасъла) в предложението по т. 17 от тези Общи условия.
 21. Ако лице при попълване на здравната декларация или предложението съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Осигурителят не би сключил здравноосигурителния договор, ако е знаел за това обстоятелство, Осигурителят може да прекрати договора. Той може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството.
 22. В случая по т. 21 от Общите условия, Осигурителят задържа платената част от здравноосигурителната премия и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
 23. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Осигурителят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Осигуреният/Осигуряващият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т. 22 от Общите условия.
 24. Когато в случаите по т. 21 или т. 23 настъпи осигурително събитие, Осигурителят може да откаже изцяло или частично възстановяване на разходи или изплащане на сума само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитията. Когато обстоятелство по т. 21 или т. 23 е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Осигурителят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената здравноосигурителна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния осигурителен риск.
 25. Ако при сключването на здравноосигурителния договор обстоятелство, имащо съществено значение за определяне на осигурителния риск, не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.
 26. Ако договорът бъде прекратен, Осигурителят възстановява частта от платената здравноосигурителна премия, която съответства на неизтеклия срок на здравноосигурителния договор.
 27. При настъпване на осигурително събитие преди изменението или прекратяването на здравноосигурителния договор Осигурителят не може да откаже възстановяване на разходите или изплащане на сума, но може да ги намали, съобразно съотношението между размера на платената здравноосигурителна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния осигурителен риск.
 28. През срока на действие на здравноосигурителния договор лица, попълнили здравната декларация и/или предложението по т. 17, са длъжни да уведомяват незабавно, но не по-късно от 7 дни от узнаването им за всички промени в съществените обстоятелствата, които могат да доведат до утежняване на здравноосигурителния риск или до неспазване на поети задължения по здравноосигурителния договор.
 29. Здравноосигурителният договор се сключва в писмена форма и съдържа информация за:
 - 29.1. Име / Наименованието, адрес на управление / постоянен адрес, ЕГН/БУЛСТАТ, номер на вписването в съответния търговски регистър, а за Осигурителя и номер и дата на издадената лицензия за извършване на дейност по доброволно здравно осигуряване;
 - 29.2. Общите условия, здравноосигурителните пакети, избраната опция и условията за предоставяне на здравни услуги и стоки;
 - 29.3. Размер, срок и начина на плащане на здравноосигурителната премия, както и последиците от неплащане или неточно плащане;
 30. Здравноосигурителният договор влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ плащането на здравноосигурителната премия или първата вноска, в случай на разсрочено плащане. Ако плащането се извършва по банков път, договорът влиза в сила от 00.00ч. на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Осигурителя.
 31. Подновяване на здравноосигурителния договор, промени в избраните пакети, опции или лимит на отговорността се правят с анекс, подписан от страните. Когато Осигуряващият и Осигуреният са различни лица, право на промяна има Осигуряващият.
 32. Здравноосигурителният договор се прекратява:
 - 32.1. С изтичане срока на договора;
 - 32.2. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено;
 - 32.3. Едностранно, с писмено предизвестие от някоя от страните, при условията посочени по-долу;
 - 32.4. В случаите на т. 21, т. 23, т. 25 от тези Общи условия;
 - 32.5. При смърт на Осигурения;
 33. Осигурителят прекратява здравноосигурителния договор с едномесечно писмено предизвестие и има право да откаже възстановяване на разходи или осигуряване предоставянето на здравни услуги и стоки в следните случаи:
 - 33.1. измама или съучастие, извършено от Осигурения / Осигуряващия или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна при ползването на здравни услуги и / или стоки, предмет на здравноосигурителния договор;
 - 33.2. неплащане в определения за това срок на дължимата

вноска от здравноосигурителна премия при разсрочено плащане;

34. Осигуряващият има право да прекрати здравноосигурителния договор с тримесечно писмено предизвестие. В този случай, в срок до седем дни от датата на предизвестията, уведомява за прекратяването и осигурените съгласно договора лица. Осигуреният има право да прекрати здравноосигурителния договор с едномесечно писмено предизвестие.
35. В случай че здравноосигурителната премия е платена в пълен размер при условията на т. 31, Осигурителят задържа само тази част от премията, която съответства на изтеклия период на здравноосигурителния договор. Осигурителят има право на здравноосигурителна премия за срока до прекратяване на договора в случай на разсрочено плащане.
36. При груповите здравноосигурителни договори, включването на нов Осигурен или прекратяване на здравноосигурителното покритие по отношение на някое от включените лица, се извършва при следните условия:

36.1 Попълване на здравна декларация от кандидата и одобряването ѝ от Осигурителя;

36.2 Отговорността на Осигурителя за нов Осигурен започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на сключването на анекс към здравноосигурителния договор и плащането на допълнителна здравноосигурителна премия.

36.3 За всяко новопостъпило лице на мястото на напуснал, отговорността на Осигурителя започва от 00.00 часа на деня, следващ постъпването в групата. В този случай Осигуряващият уведомява Осигурителя за промените в групата незабавно, но не по-късно от три работни дни и представя попълнена здравна декларация.

36.4 Отговорността на Осигурителя за лице, напуснало групата, е до 00.00 часа на деня на напускане на групата. В този случай Осигуряващият уведомява Осигурителя по реда на т. 36.4 и връща съответните здравноосигурителни документи.

V. Права и задължения на Осигурителя

37. Осигурителят се задължава срещу заплащане на здравноосигурителна премия от Осигуряващия/Осигурения, финансово да обезпечи предоставянето на здравни услуги и стоки на Осигурения и / или да възстанови направените и предявени по надлежния ред от Осигурените лица разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки – в случаите на възстановяване на разходи, в съответствие с тези Общи условия, здравноосигурителния договор и посочения в него лимит на отговорност.
38. Осигурителят е длъжен в седемдневен срок от влизане в сила на здравноосигурителния договор да предостави на Осигурения/Осигуряващия здравноосигурителна карта, съдържаща номер на Осигурения, трите имена, ЕГН и срока на действие на здравноосигурителния договор. При загубване или унищожаване на здравноосигурителната карта Осигуреният незабавно, но не по-късно от три работни дни от събитието, уведомява за това Осигурителя. Дубликат от здравноосигурителната карта се издава от Осигурителя в срок до седем дни от попълване на декларация за невалидност на изгубената / унищожена карта в свободен текст.
39. Здравноосигурителната карта легитимира Осигурения с правата по сключения здравноосигурителен договор пред координаторите и изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключен договор. В седемдневен срок от прекратяване на здравноосигурителния договор Осигуреният връща здравноосигурителната карта.
40. Осигурителят е длъжен незабавно, но не по-късно от един работен ден от влизане в сила на здравноосигурителния

договор, да предостави на Осигурения /Осигуряващия списък с изпълнителите на медицинска помощ, с които има сключен договор. Осигурителят писмено, в седемдневен срок уведомява Осигурения / Осигуряващия за промени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ. Осигурителят публикува списъка на интернет страницата си.

41. Осигурителят изготвя здравно досие на Осигурения и води регистър, в който се съдържа информация за внесените здравноосигурителни премии и вноски, ползваните здравни услуги и стоки и данни за възстановените разходи.
42. Осигурителят при поискване от Осигурения представя информация за ползваните здравни услуги и стоки и възстановените разходи. При групови здравноосигурителни договори Осигуряващият има право да получи само обобщени и неперсонифицирани данни за здравословното състояние на Осигурените лица и препоръки за подобряването на условията на работната среда.
43. Осигурителят няма право без изричното писмено съгласие на Осигурения да разгласява станалите му известни лични данни, фактите и обстоятелствата, свързани със здравословното състояние на Осигурения, освен в случаите, предвидени със закон.

VI. Права и задължения на Осигурения

44. Осигуреният/Осигуряващият свободно избира здравноосигурителния пакет, съответно опцията, формата на здравното осигуряване (възстановяване на разходи, абонаментно обслужване) и лимита на отговорност.
45. Избраните здравноосигурителни пакети и опции се ползват лично от Осигурения. Разходите извън договореното в здравноосигурителния договор са за сметка на Осигурения.
46. Когато Осигуряващият/Осигуреният е избрал абонаментно обслужване като форма на доброволно здравно осигуряване, той има право на свободен избор на изпълнител на медицинска помощ на територията на Р. България, с който Осигурителят има сключен договор. Когато Осигуряващият/Осигуреният е избрал възстановяване на разходи, той има право на свободен избор на лекар, лечебно заведение, аптека.
47. При абонаментно обслужване Осигуреният има право да ползва помощта на Координатор по договора за съответния Изпълнител на медицинска помощ, името и адреса за кореспонденция, на който са включени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ по т. 40. от Общите условия.
48. Координаторът уведомява Осигурения за реда на ползване на здравни услуги и оказва съдействие при ползване на здравните услуги и стоки, когато това е необходимо.
49. Осигуреният/Осигуряващият са длъжни да заплащат договорената здравноосигурителна премия, съответно на вноските, в случай на разсрочено плащане в сроковете и условията съгласно здравноосигурителния договор.
50. Осигуреният/Осигуряващият се задължават да не създават условия за неправомерно и недоброръчително ползване на здравните услуги и стоки и възстановяване на разходи, предоставяни от Осигурителя.
51. Осигуреният при всяко посещение при изпълнител на медицинска помощ, с който Осигурителят има сключен договор, се легитимира със здравноосигурителната карта и документ за самоличност. Осигуреният няма право да преотстъпва на други лица здравноосигурителната карта.

VII. Здравноосигурителна сума и лимит на отговорност.

52. Отговорността, която носи Осигурителят по сключен здравноосигурителен договор е до размера на здравноосигурителната сума (лимит на отговорност).
53. Здравноосигурителната сума се определя въз основа на договорените опции от здравноосигурителните пакети, за които е сключен здравноосигурителния договор. Здравноосигурителната сума е основа за изчисляване на

здравноосигурителната премия.

VIII. Здравноосигурителна премия

54. Размерът на здравноосигурителната премия се определя за предлаганите здравноосигурителни пакети, съответно опции, съгласно действащата към момента на сключване на здравноосигурителния договор Тарифа.
55. Здравноосигурителната премия се плаща при подписване на здравноосигурителния договор в пълен размер, освен в случаите когато е уговорено друго.
56. При възстановяване на разходите Осигурителят удържа неплатените вноски от разсрочената здравноосигурителна премия.
57. Здравноосигурителните премии могат да се плащат касово и по банков път. При безкасово плащане за дата на внесената премия се приема денят, в който е заверена банковата сметката на Осигурителя.
58. При неплащане на вноската, в случаите когато здравноосигурителната премия е разсрочена, Осигурителят изпраща писмо за уреждане на финансовите взаимоотношения в едномесечен срок. В случай че Осигуреният/Осигуряващият не плати дължимата вноска в посочения срок, действието на здравноосигурителния договор се прекратява и Осигуреният губят правата си по него.
59. Осигурителят не дължи връщане на здравноосигурителната премия при смърт на Осигурения.

IX. Взаимоотношения при настъпване на осигурително събитие. Възстановяване на разходи

60. Осигурителят обезпечава заплащането на стойността на представените здравни услуги и стоки, посочени в здравноосигурителните пакети, съответно опции, избрани от Осигурения.
61. Осигуреният няма парични взаимоотношения с изпълнителите на медицинска помощ, с изключение на случаите, когато се надхвърли здравноосигурителната сума, както и в случаите, когато в здравноосигурителния договор е избран възстановяване на разходи като форма на доброволно здравно осигуряване.
62. Осигурителят възстановява разходи въз основа на представени осигурителни, медицински и финансови документи, съответстващи на извършените здравни услуги и стоки. Набавянето на необходимите документи е за сметка на Осигурения.
63. Осигурителят възстановява направените разходи за здравни стоки и услуги в тридесетдневен срок от предоставяне на писмена молба в свободен текст от Осигурения и приложени към нея документи, доказващи извършването им. При подаване на молбата Осигурителят писмено указва необходимостта от представяне на нови документи, свързани с установяване на размера или основанието на разхода, подлежащ на възстановяване. При искане на нови документи, в това число и по т. 64., срокът за възстановяване на разходите тече от представянето им.
64. Осигуреният е длъжен писмено да уведоми в срок от един месец Осигурителя за извършените разходи и да подаде молбата по т. 63. Срокът може да се удължи при наличието на обективни причини, които са възпрепятствали спазването му (престой в болнично заведение, тежко заболяване, отсъствие от страната и други подобни).
65. Осигурителят може да изиска допълнителни доказателства, които не са определени в тези Общи условия в срок до 45 дни от подаване на писмената молба по т. 63., само когато не е могъл да предвиди необходимостта от тях при подаване на молбата по т. 63 и когато те са свързани с установяване на размера и основанието на извършените от Осигурения разходи.
66. Осигурителят не може да изисква доказателства, с които Осигурения не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност

за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на извършените от него разходи и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по изплащането им от Осигурителя.

67. При искане за възстановяване на разходи към молбата по т. 63 Осигуреният представя:
 - 67.1. за лекарства: рецепти, документ за извършен лекарски преглед, фактури, фискални бонове. При издадена рецепта, лекарствените средства трябва да бъдат закупени в срок до 7 дни от издаването и.
 - 67.2. за помощни средства: документи за медицинско назначение, издаден от правоспособен лекар / изпълнител на медицинска помощ, рецепти, фактури и фискални бонове.
 - 67.3. за медицински прегледи: документ за лекарски преглед и фискален бон;
 - 67.4. за болнично лечение: епикриза, фактура, фискален бон;
 - 67.5. за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза, картон с проведени физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон.
68. В случай на смърт на Осигурения, след като е получил здравни услуги и стоки, Осигурителят възстановява разходите за тях на законните наследници на Осигурения, след представяне на документите по т. 63 и удостоверение за наследници.
69. При наличие на основание за отказ от възстановяване на сумите за направените разходи, Осигурителят уведомява Осигурения в срок до 15 дни от представяне на всички документи. Решението на Осигурителя е писмено и мотивирано.
70. Осигурителят не възстановява извършените от Осигурения разходи за здравни услуги и стоки в следните случаи:
 - 70.1. Неспазване на предписан режим или лечение, симулиране на заболяване от Осигурения, както и в случаите на наличие на обстоятелства по т. 50 от Общите условия;
 - 70.2. Не се възстановяват суми за предписани слабителни лекарства, лекарства за отслабване, прилошаване при пътуване, противозачатъчни средства, хомеопатични лекарства, лекарства нерегистрирани в Р. България, хранителни добавки, медицинска козметика;
 - 70.3. Не се възстановяват суми за разходи, изцяло поети от застрахователи по силата на сключен договор или разходи, поети от държавни, общински или обществени и частни медицински програми;
 - 70.4. Не се възстановяват разходи при самолечение или лечение от лице, което няма право да упражнява лекарска професия;

X. Допълнителни разпоредби

71. Всички съобщения до Осигурителя съгласно изискванията на тези Общи условия са в писмена форма и се изпращат на адрес гр. София, кв. „Студентски град“, ул. „Проф. Александър Фол“ № 2, вх. Б.
72. Съобщенията от Осигурителя до Осигурения се изпращат на посочения в предложението по т. 18 от тези Общи условия адрес или на последния посочен адрес, в случай на промяна, с което Осигурителят се освобождава от отговорност за неполучаването им и произтичащите от това последици.
73. Правата по здравноосигурителния договор се погасяват по давност с изтичането на срока, определен в действащото българско законодателство.
74. В случай на възникнал спор между страните във връзка със здравноосигурителния договор, то той ще бъде разрешен по доброволен път чрез споразумение. Ако това е невъзможно, страните ще отнесат спора пред компетентния български съд.
75. Тези Общи условия са неразделна част от здравноосигурителния договор и са приложими за здравноосигурителните пакети, предлагани от Осигурителя и посочени в т. 9.

Дефиниции

По смисъла на тези Общи условия :

1. **ОСИГУРИТЕЛ** е „Здравноосигурителна каса FiHealth” АД.
2. **ОСИГУРЯВАЩ** е физическо или юридическо лице, което сключва договора за доброволно здравно осигуряване с Осигурителя и поема задължение да плаща определената в здравноосигурителния договор здравноосигурителна премия. Осигуряващият и Осигурения могат да бъдат едно и също лице.
3. **ОСИГУРЕН/И** е физическо лице/лица, в полза на което / които е сключен здравноосигурителен договор.
4. **ГРУПА ОСИГУРЕНИ ЛИЦА** е общност от лица, която получава здравни услуги и стоки по силата на договор с Осигурителя.
5. **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ПАКЕТ** е съвкупността от регламентирани по вид и обхват здравни стоки и услуги, предоставени на Осигурения с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве и покривани от Осигурителя при условия и ред, определени в Общите условия, здравноосигурителния договор и приложенията към него.
6. **АБОНАМЕНТНО ОБСЛУЖВАНЕ** – форма на доброволно здравно осигуряване, при която Осигурителят при настъпването на предвидените в здравноосигурителните договори случаи, осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на ОСИГУРЕНИТЕ единствено чрез изпълнители на медицинска помощ, с които има сключени договори.
7. **ВЪЗСТАНОВАВАНЕ НА РАЗХОДИ** - форма на доброволно здравно осигуряване, при която ОСИГУРИТЕЛЯТ при настъпването на здравноосигурително събитие частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на Осигурения, извършени от свободно избран от тях изпълнител на медицинска помощ. Разходите могат да се възстановяват както на изпълнителите, така и на осигурения лица за предоставените, съответно за заплатените от тях здравни услуги и стоки.
8. **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА ПРЕМИЯ** е сумата, която Осигуряващият дължи на Осигурителя срещу поетите от последния задължения по здравноосигурителния договор.
9. **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СУМА** е максималния размер на отговорността на ОСИГУРИТЕЛЯ по сключения здравноосигурителен договор за предоставяне на здравни услуги и стоки и/или възстановяване на направените в срока на договора медицински разходи за здравно обслужване на ОСИГУРЕНИЯ.
10. **ЗАБОЛЯВАНЕ** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение за първи път през срока на здравноосигурителния договор и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.
11. **БОЛНИЦА** – по смисъла на тези Общи условия болница е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. **Не са болници** лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение. **Не са болници** и специализираните болници, клиники и отделения за лечение на психично болни, алкохолици и наркомани.
12. **ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ** – медицинско лечение на Осигурения, който не е болничен пациент.
13. **ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** е физическо или юридическо лице, което в съответствие с изискванията на закона има право да извършва здравни услуги – чл. 58 от ЗЗО.
14. **ЛЕКАРСТВА /ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА/** е всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора и се прилага за употреба в окончателна опаковка, както и всяко друго вещество или комбинация от вещества, които могат да се прилагат върху хора за профилактика, диагностициране или възстановяване, коригиране или променяне на физиологични функции на човека.
15. **ПРЕДИШНО ЗАБОЛЯВАНЕ /МИНАЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ/** е заболяване или телесно увреждане, възникнало преди сключването на здравноосигурителния договор и изискващо съвет от лекар или медицинско лечение, включително предписване на лекарства, независимо дали е диагностицирано преди началото на осигурителното покритие по здравноосигурителния договор.
16. **НОРМАЛЕН ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН РИСК** е положение, при което Осигуреният е в добро физическо и психическо здраве, без минимални заболявания, налагащи продължаване на лечението.
17. **САМОУЧАСТИЕ** е тази част от разходите за здравни стоки и услуги, която Осигуреният заплаща за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от Осигурителя. Размерът на самоучастието се определя в здравноосигурителния договор.
18. **ОБЕМ НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ И СТОКИ** е количеството здравни услуги и стоки, до които ОСИГУРЕНИТЕ имат достъп, при условията, определени от Общите условия и здравноосигурителния договор.
19. **ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТТА** е максималният размер на всички задължения на ОСИГУРИТЕЛЯ към ОСИГУРЕНИЯ за срока на здравноосигурителния договор.