

# ПРОЕКТ НА ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

№ \_\_\_\_\_

Днес, ..... 2016 г., в гр. Варна, между:

1. „ЕНЕРГО-ПРО МРЕЖИ” АД, със седалище и адрес на управление: Варна 9009, бул. „Владислав Варненчик” № 258, Варна Тауърс, кула Е, вписано в Търговския регистър при Агенцията по вписванията с ЕИК: 104518621, представлявано от

.....,  
наричано по-долу за краткост **ЗАСТРАХОВАЩ**, от една страна

и

2. „.....“ , със седалище и адрес на управление:

.....,  
вписано в Търговския регистър при Агенция по вписванията с ЕИК: ....., притежаваш лиценз за извършване на застрахователна дейност по т. 1 и т. 2 от Раздел II, буква „А“ на Приложение № 1 от Кодекса на застраховането с издадено Решение: № \_\_\_\_\_ от ..... от Комисията за финансов надзор, представлявано от ..... , наричано по-долу за краткост **ЗАСТРАХОВАТЕЛ**, от друга страна,

на основание проведена процедура на договаряне с предварителна покана за участие по реда на Закона за обществените поръчки и Решение № ...../..... г. на Възложителя и след представяне на гаранция за изпълнение, съгласно условията на процедурата, се сключи настоящият договор за следното:

## 1. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА

- 1.1. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ възлага, а ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема и се задължава да осигури, срещу заплащане на уговорената по-долу застрахователна премия, медицинска застраховка на работниците и служителите на ЗАСТРАХОВАНИЯ (наричани по-долу за краткост „Застраховани лица”), отговаряща на обхвата на застрахователното покритие по медицинската застраховка с лимити и задължителните допълнителни условия, описани в Приложение 1 към настоящия договор.
- 1.2. Целта на застрахователния договор е застраховането на работниците и служителите на ЗАСТРАХОВАЩИЯ с цел своевременно финансово и организационно обезпечаване от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, свързано с профилактика на застрахованите лица, с възстановяване и подобряване на здравето на застрахованите лица в случай на заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване, със здравно и дентално обслужване на застрахованите лица, както и възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за извършени разходи за лекарствени средства, помощни средства, други стоки и услуги, съобразно писмено назначение от лекуващ лекар, включително и такива, извършени или потребени по време на извънболнична и болнична медицинска помощ (вкл. по време на бременност и раждане и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия), както и такива, предписани в резултат на дентално лечение.
- 1.3. Обхватът на медицинската застраховка следва да осигури за работниците и служителите на ЗАСТРАХОВАЩИЯ финансово и организационно обезпечаване на здравни услуги и стоки, обединени в следните пакети:

**А. Подобряване на здравето и предпазване от заболяване /ПРОФИЛАКТИКА/ на застрахованите лица, включваща:**

а/ годишни профилактични прегледи на застрахованите лица.

- Б. ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** на застрахованите лица при заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване, предоставена по техен избор от:
- а/ изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, като в този случай възстановяването на разходите за предоставени здравни услуги и стоки за извънболнична медицинска помощ се извършва от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по застрахователния договор към изпълнителите на здравните услуги без прилагане на самоучастие на застрахованите лица;
  - или
  - б/ от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява финансови средства на застрахованите лица за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки за извънболничната медицинска помощ, срещу разходнооправдателни документи, без прилагане на самоучастие на застрахованите лица.
- В. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** на застрахованите лица при заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване, предоставена по техен избор от:
- а/ изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, като в този случай възстановяването на разходите за предоставени здравни услуги и стоки за болнична медицинска помощ се извършва от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по застрахователния договор към изпълнителите на здравни услуги без прилагане на самоучастие на застрахованите лица; или
  - б/ от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява финансовите средства на застрахованите лица, за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки за болнична медицинска помощ, срещу разходнооправдателни документи, без прилагане на самоучастие на застрахованите лица.
- Г. МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ** на застрахованите лица, предоставени по техен избор от:
- а/ изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, като в този случай възстановяването на разходите за предоставени здравни услуги и стоки се извършва от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по застрахователния договор към изпълнителите на здравни услуги без прилагане на самоучастие и отлагателни периоди за застрахованите лица; или
  - б/ от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява финансовите средства на застрахованите лица, за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки, срещу разходнооправдателни документи, без прилагане на самоучастие и отлагателни периоди за застрахованите лица.
- Д. ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ** за лекарствени средства, други медицински стоки и услуги, помощни средства, при заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване на застрахованите лица, свързани със здравното обслужване, извършени или потребени по време на извънболнична и болнична медицинска помощ (вкл. по време на бременност и раждане и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия), както и такива, предписани в резултат на дентално лечение съобразно писмено назначение от лекуващия лекар, с прилагане на 15% самоучастие на застрахованото лице от одобрения размер на всяко едно обезщетение.
- Е. ДЕНТАЛНА ПОМОЩ** на застрахованите лица при заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване, предоставена от:
- а/ изпълнители на дентални услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за дентално обслужване, като в този случай възстановяването на разходите за предоставени дентални услуги и стоки се извършва от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по застрахователния договор към изпълнителите на дентални услуги без прилагане на самоучастие на застрахованите лица.

**Ж. УСЛУГИ, СВЪРЗАНИ С БИТОВИ И ДРУГИ ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ**, предоставяни на застрахованите лица при хоспитализация в лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ).

1.4. Обхватът на медицинската застраховка следва да осигури на застрахованите лица:

1.4.1 Предоставяне на здравни услуги и стоки за извънболнична и болнична медицинска помощ (вкл. за медицински услуги по време на бременност и раждане, както и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия, ползвани по време на хоспитализация) до лимит на обезщетение за всяко застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 4 000,00 /четири хиляди/ лева за здравни услуги и стоки за извънболнична и болнична медицинска помощ (вкл. за медицински услуги по време на бременност и раждане, както и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия, ползвани по време на хоспитализация), ползвани при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ **има** сключени договори за здравни услуги, както и при такива, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ **няма** сключени договори.

1.4.2. Възстановяване на финансови средства за разходите за всички необходими хирургически материали, консумативи и импланти (пирони, стави, протези, платна за херния и др.), използвани по време на хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски) до лимит на обезщетение за едно застраховано лице, за всяка една застрахователна година в размер на 1500,00 /хиляда и петстотин/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в предходната подточка 1.4.1 от настоящия договор;

1.4.3. Възстановяване на финансови средства за разходите за лекарствени средства, помощни средства, други стоки и услуги, свързани със здравното обслужване на застрахованите лица, извършени или потребени по време на извънболнична и болнична медицинска помощ (вкл. по време на бременност и раждане и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия), както и такива, предписани в резултат на дентално лечение, съобразно писмено назначение от лекуващия лекар, до лимит на обезщетение в размер на 200,00 /двеста/ лева за всяко застраховано лице и за всяка една застрахователна година. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка **е в допълнение на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.1 от настоящия договор;

1.4.4. Възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за ползвани медицински услуги, свързани с наблюдение на нормална и рисковата бременност, до лимит на обезщетение за едно застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 300,00 /триста/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.1 от настоящия договор;

1.4.5. Възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за избор на лекар или екип от медицински специалисти при проведено болнично лечение, включително и при раждане, до лимит на обезщетение за едно застраховано лице и за всяка една застрахователна година в размер на 300,00 /триста/ лева за избор на лекар и 500,00 /петстотин/ лева за избор на екип. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.1 от настоящия договор;

1.4.6. Предоставяне на здравни услуги и стоки за дентална помощ до лимит на обезщетение в размер на 200,00 /двеста/ лева при ползване на дентални услуги при изпълнители, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за дентално обслужване за всяко застраховано лице и за всяка една застрахователна година. Лимитът на обезщетение по настоящата подточка **е в допълнение на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.1 от настоящия договор.

## **2. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ.**

### **УСЛОВИЯ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ**

- 2.1 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ заплаща на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в полза на застрахованите лица застрахователна премия за всяко едно застраховано лице, за всеки един календарен месец от периода на действие на застрахователния договор. Застрахователната премия не подлежи на промяна по време на срока на действие на договора, както и в случай на ползване на опция за удължаване срока на действие на застрахователния договор, освен в случаите, предвидени в Закона за обществените поръчки.
- 2.2 Размерът на застрахователната премия за едно застраховано лице (служител или работник на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, или член на семейство на служител или работник) за 1 /един/ календарен месец е ..... Стойността на договора за целия застрахователен период е ..... лв. и представлява сбор от застрахователните премии за всички работници и служители на ЗАСТРАХОВАЩИЯ съгласно действащото щатно разписание на ЗАСТРАХОВАЩИЯ към датата на сключване на договора за срок от 4 (четири години). Тази стойност е прогнозна и служи единствено и само за определяне размера на гаранцията за изпълнение на договора и не ангажира ЗАСТРАХОВАЩИЯТ с точното ѝ спазване.
- 2.3 В застрахователната премия за едно застраховано лице, за един месец са включени всички разходи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ включително и брокерска комисионна /възнаграждението на застрахователния брокер/, административни и аквизиционни разноски, стойността на личните здравни карти, други такси и вноски, начислявани от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ съгласно действащата нормативна уредба на Република България, както и отстъпки, дадени от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на ЗАСТРАХОВАЩИЯ /ако има такива/.
- 2.4 Съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (обн. в ДВ бр.86 от 02.11.2010 г.) ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ начислява данък в размер на 2 (две) на сто върху застрахователната премия по застрахователния договор. Начисленият данък съгласно ЗДЗП се посочва отделно от договорената застрахователната премия по договора и се заплаща от ЗАСТРАХОВАЩИЯ.
- 2.5 Застрахователната премия и данъкът върху застрахователните премии са в лева и се заплащат по банков път от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на месечна база съгласно актуализиран списък на застрахованите лица, подлежащи на застраховане по медицинска застраховка, по посочената по-долу сметка:

### **БАНКОВИ РЕКВИЗИТИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:**

**БАНКА:**

**IBAN:**

**BIC:**

- 2.6 Първите тримесечни застрахователни премии и съответния данък по ЗДЗП се изчисляват като застрахователната премия за едно застраховано лице, за един календарен месец се умножи по броя на застрахованите лица към датата на сключване на застрахователния договор и се заплащат в срок до 20 /двадесет/ календарни дни от датата на начало на действие на застрахователното покритие.
- 2.7 Срокът за представяне на актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е до 5 /пето/ число на всеки текущ месец.
- 2.8 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ представя на ЗАСТРАХОВАЩИЯ не по-късно от 10 /десето/ число на всеки текущ месец сметка за дължимата месечна застрахователна премия и данъка съгласно ЗДЗП за всички застраховани лица за текущия месец, изчислена въз основа на посочената в т.

- 2.2 премия за едно застраховано лице, за един календарен месец и умножена по броя на застрахованите лица съгласно актуализирания списък по т. 2.7 от настоящия договор.
- 2.9 Следващите месечни застрахователни премии, след третата месечна застрахователна премия, включително и данъка съгласно ЗДЗП се заплащат от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в срок до 30 /тридесет/ календарни дни от дата на издаване на сметката съгласно т. 2.8 от настоящия договор.
- 2.10 Застрахованите лица заплащат застрахователната премия за членовете на семействата си, включени в застрахователния договор, като същата се удържа от техните трудови възнаграждения от ЗАСТРАХОВАЩИЯ и се превежда от него на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. В този случай застрахованите лица по застрахователния договор се считат за Застраховачи по отношение на членовете на семействата им. Дължимите застрахователни премии за членовете на семействата се удържат от трудовото възнаграждение на съответния работник/служител при условията на чл. 272 от Кодекса на труда. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ превежда удържаните и дължими застрахователни премии по посочената банкова сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.
- 2.11 В случай, че бъде ползвана опцията за удължаване срока на действие на застрахователния договор за втората, третата и четвъртата застрахователни години, месечната застрахователна премия включително и данъка съгласно ЗДЗП се определя и заплаща по горепосочения ред за всяка следваща година на действие на застрахователния договор.

### **3. СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

- 3.1 Действието на застрахователния договор започва да тече от 00:00 часа на 1-во число на месеца, следващ датата на сключването му и се прекратява в 24:00 часа на последния ден от месеца след изтичане на 1 цяла застрахователна година, с възможност за удължаване на действието му за следващи последователни периоди от по 1 /една/ година, след подписване на допълнително споразумение между страните преди изтичане на предходния едногодишен период. Във всички случаи общата продължителност на договора не може да надвишава 4 /четири/ години, считано от 1-во число на месеца, следващ датата на сключването му.
- 3.2 Действието на застрахователния договор за новопостъпили лица, включени в списъка на застрахованите лица след началната дата на действие на застрахователния договор, започва да тече от началото на месеца, в който новопостъпилото лице за първи път е включено в списъка на застрахованите лица.
- 3.3 За „една пълна застрахователна година“ се счита периодът от 00:00 часа на 1-во число на месеца, следващ датата на сключване на застрахователния договор до 24:00 часа на последния ден на 12-тия месец от влизане на договора в сила.

### **4. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**

- 4.1. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да обезпечи финансово и организационно своевременното предоставяне на здравни услуги и стоки, необходимостта от които е породена от настъпила злополука и/или заболяване, в т.ч. и професионално заболяване, от изпълнителите на здравни услуги, според правилата на добрата медицинска практика.
- 4.2. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ обезпечавя финансово и организационно предоставянето на застрахованите лица на достатъчни по обем и качество здравни услуги и стоки, необходимостта от които е породена от настъпила злополука и/или заболяване, в т.ч. и професионално заболяване, до лимитите на обезщетение, съобразно потребностите им и условията, посочени в настоящия договор и приложенията към него.
- 4.3 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ обезпечавя финансово и организационно включените в пакет „Болнична медицинска помощ“ здравни услуги, когато те са извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Здравните услуги от пакет „Болнична медицинска помощ“, попадащи в обхвата на задължителното здравно осигуряване се обезпечават само организационно от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

- 4.4 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ обезпечава финансово и организационно услугите, свързани с наблюдение на нормална и рискована бременност без да обвързва ползването им с действащата програма на НЗОК „Майчино здравеопазване“.
- 4.5 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да осигури изпълнението на услугите по застрахователния договор на цялата територия на Република България.
- 4.6 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен:
- 4.6.1. да осигури чрез свои служители и координатори пълно съдействие на всяко едно застраховано лице, през целия процес на здравно обслужване включително и при подбора на лечебно заведение, лекар(и), специалист(и) до решаване на здравния проблем.
- 4.6.2. да приема за изпълнение заявка за здравна услуга от застраховано лице, отправена по телефон [чрез координатор или единен телефонен център (кол център)] или електронен път и не по-късно от 24 часа от постъпването на заявката да предложи конкретни дата и час за нейното изпълнение. Срокът за отговор с конкретни дата и час за извършване на медицински преглед при поименно посочен специалист по желание на застрахованото лице е не повече от 5 (пет) календарни дни от датата на заявяване.
- 4.6.3. да контролира чрез свои служители качествено изпълнение на здравните услуги по застрахователния договор, предоставяни на застрахованите лица от изпълнителите на здравни услуги.
- 4.7 Всички факти и обстоятелства, свързани с финансовото и здравното състояние на застрахованите лица и станали известни на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ при или по повод изпълнението на този договор, представляват конфиденциална информация, която ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да не разпространява без знанието и съгласието на застрахованото лице.
- 4.8 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ събира, обработва и съхранява лични данни на служителите и на членовете на техните семейства при спазване изискванията на Закона за защита на личните данни.
- 4.9 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен в срок от 10 /десет/ работни дни след началото на всяка застрахователна година да открие здравно досие и да издаде и предостави на ЗАСТРАХОВАЩИЯ лична здравна карта за всяко едно застраховано лице, първоначално за застрахованите лица, посочени в списъка при сключване на застрахователния договор, впоследствие за всяко новопостъпило застраховано лице съгласно актуализирани месечни списъци на застрахованите лица. Личната здравна карта легитимира застрахованото лице с правата по застрахователния договор пред изпълнителите на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключен договор за здравно обслужване. Личните здравни карти се предават от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на застрахованите лица.
- 4.10 За новоприсъединени застраховани лица в рамките на периода на действие на застрахователния договор, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен в срок до 10 /десет/ работни дни, считано от датата на получаване на актуализирания списък за съответния месец, да издаде и предостави на ЗАСТРАХОВАЩИЯ лични здравни карти на новоприсъединените застраховани лица.
- 4.11 В случай на загуба или увреждане на личната здравна карта ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ издава дубликат на същия в срок до 7 /седем/ работни дни от уведомяването му, без да изисква заплащане на дубликата.
- 4.12 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да информира писмено ЗАСТРАХОВАЩИЯ и застрахованите лица за настъпилите промени в списъците на изпълнителите на здравни услуги, с които има договори за здравно обслужване – добавяне на нови или изключване от списъка /Приложение № 3/ в 5 /пет/ дневен срок от настъпване на промяната.
- 4.13 Застраховани лица могат да бъдат както български, така и чуждестранни граждани. без ограничение на възрастта и здравословното им състояние. Застраховат се и лица с намалена работоспособност под и равна на 50%, както и такива с намалена работоспособност над 50%.
- 4.14 За застраховани лица се считат и членовете на семействата на работници и служители на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, които са включени в списъците на застрахованите лица и за които е платена дължимата част от застрахователната премия и съответния данък съгласно ЗДЗП в съответствие със сроковете за плащане, предвидени в застрахователния договор.
- 4.15 В групата на застрахованите лица се включват и лицата, които към началото на застрахователния договор са в платен годишен отпуск, отпуск поради временна неработоспособност, отпуск поради бременност, раждане или осиновяване, отпуск за

отглеждане на дете до 2-годишна възраст или неплатен отпуск за отглеждане на дете до 8-годишна възраст, като застрахователното покритие по отношение на тях влиза в сила от момента на включването им в групата и след заплащане на дължимата част от застрахователната премия и съответния данък съгласно ЗДЗП в съответствие със сроковете за плащане, предвидени в застрахователния договор.

- 4.16 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ покрива предварително съществуващи заболявания/състояния включително хронични заболявания на всички застраховани служители и работници и на застрахованите членове на техните семейства. Предварително съществуващо заболяване/състояние, включително хронично и професионално заболяване на застрахованото лице, е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом, за който са били потърсени, или получени, или са били назначени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране на застрахованото лице преди началото на действие на застрахователното покритие по застрахователния договор, или за чийто произход застрахованото лице е знаело, че съществува, преди началото на действие на застрахователното покритие по застрахователния договор, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.
- 4.17 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да сключи медицинската застраховка без да изисква предварителен здравен и дентален статус на застрахованите служители и работници и на застрахованите членове на техните семейства.
- 4.18 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да предостави право на ползване на покритието по медицинската застраховка, при условията на застрахователния договор и на членовете на семействата на служителите и работниците на ЗАСТРАХОВАЩИЯ – съпруг, съпруга, лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство в общо домакинство, на общ постоянен адрес, биологични и/или осиновени деца от 0 до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си – до 26-годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.
- 4.19 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ присъединява членовете на семействата на застрахованите лица към застрахователния договор въз основа на писмено изразено желание и не по-късно от изтичането на 3 (три) месеца от началото на действие на застрахователното покритие по застрахователния договор за всяка една застрахователна година или по-късно от изтичането на 3 (три) месеца от датата на настъпване на основанието за това (сключване на брак, раждане на дете и постъпване на работа за новоназначените работници и служители).
- 4.20 Работниците и служителите на ЗАСТРАХОВАЩИЯ имат право по свое желание да включат или да изключат членове на техните семейства от застрахователното покритие за всяка следваща застрахователна година, в случай на мълчаливо удължаване срока на действие на застрахователния договор за следващ едногодишен период.
- 4.21 Служителите и работниците на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, както и членовете на семействата на застраховани служители и работници на ЗАСТРАХОВАЩИЯ следва да са с непрекъснати здравноосигурителни права за целите на ползване на пакет “Болнична медицинска помощ”. За ползването на пакети „Извънболнична медицинска помощ“, „Медицински услуги по време на бременност и раждане“, „Възстановяване на разходи за лекарствени средства, други медицински стоки и услуги, помощни средства“, „Дентална помощ“ и „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма да поставя условие застрахованите лица да са с непрекъснати здравноосигурителни права.
- 4.22 В случай на присъединяване на нови работници и служители на ЗАСТРАХОВАЩИЯ и членове на техните семейства към групата на застрахованите лица, новоприсъединените застраховани ползват здравните стоки и услуги съгласно договорения обхват на застрахователни покрития като размерите на лимитите на обезщетение за тези застраховани лица се изчисляват пропорционално от годишните договорени лимити на обезщетение за периода от датата на включване на новите лица до датата на изтичане на застрахователната година.
- 4.23 Новопостъпили работници и служители на ЗАСТРАХОВАЩИЯ могат да се присъединяват към покритието по застраховката без ограничение в рамките на съответната застрахователна година.
- 4.24 Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите работници и служители се прекратява с прекратяването на трудовото правоотношение на съответния работник или служител със ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

- 4.25 Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите от работниците и служителите на ЗАСТРАХОВАЩИЯ членове на техните семейства се прекратява с прекратяването на трудовото правоотношение на съответния работник или служител със ЗАСТРАХОВАЩИЯ или при писмено заявление от страна на застраховачия служител или работник за прекратяване на покритието за застрахованите членове на техните семейства.
- 4.26 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да осигури присъствие на лекар по 2 часа всеки работен ден, в съответствие с работното време на служителите на ЗАСТРАХОВАЩИЯ и предварително изготвен график, в лекарски кабинет в административната сграда на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в градовете Варна и Горна Оряховица, както и консумативите за лекарския кабинет и възнаграждението на лекаря. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право при поискване да му бъдат предоставени копия на договорите, сключени между ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и съответните лекари, като информацията относно стойността на договора бъде заличена.
- 4.27 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава през целия срок на договора да поддържа функционираща информационна система с осигурен онлайн достъп, даваща възможност на застрахованото лице да проверява статуса на подадена от него претенция за възстановяване на разходи.
- 4.28 Срокове за предоставяне на здравни услуги и възстановяване на разходи**
- 4.28.1. Срокът за предложение на конкретни дата и час за изпълнение на заявка за здравна услуга от застраховано лице, отправена към ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по телефон [чрез координатор или единен телефонен център (кол център) на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ] или електронен път е не по-късно от 24 часа от постъпването на заявката. Срокът за отговор с конкретни дата и час за извършване на медицински преглед при поименно посочен специалист по желание на застрахованото лице е не повече от 5 (пет) календарни дни от датата на заявяване.
- 4.28.2. При неизпълнение от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на заявена по телефона здравна услуга, всяко застраховано лице има право да подава чрез e-mail информация към ЗАСТРАХОВАЩИЯ и да иска получаване на съответната услуга от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Писменото искане за изпълнение на заявката следва да съдържа най-малко следното: трите имена и ЕГН на застрахованото лице, здравен номер, описание на здравния проблем, информация кога застрахованото лице е направило своята заявка при ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по телефон и отговора на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, друга необходима информация по преценка на застрахованото лице.
- 4.28.3. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен при писмена заявка за изпълнение на здравни услуги по застрахователния договор за застраховано лице, отправена от ЗАСТРАХОВАЩИЯ, направена по реда на предходната подточка, да изпрати писмен отговор на получената заявка, който съдържа предложение относно нейното изпълнение или отказ за изпълнението.
- 4.28.4. Неизпълнението на задължението на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по предходната точка от настоящия раздел, в срок до 2 /два/ работни дни от получаване на писмената заявка от ЗАСТРАХОВАЩИЯ, се счита за отказ за изпълнение на здравната услуга.
- 4.28.5. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенция с приложени документи за възстановяване на разходи за лекарствени средства, други здравни стоки и услуги и/или за възстановяване на разходи за болнична или извънболнична медицинска помощ (вкл. за медицински услуги по време на бременност и раждане, както и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия), както и дентална помощ, получена от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори, да изплати претендираните разходи на застрахованото лице, с прилагане на 15% самоучастие от одобрения размер на всяко едно обезщетение по пакет „Възстановяване на разходи“ и без прилагане на самоучастие за всички останали пакети, по банкова сметка на застрахованото лице, посочена в претенцията за възстановяване на разходи.
- 4.28.6. Претенция за възстановяване на разходи за здравни услуги и стоки по покрития „Извънболнична медицинска помощ“, „Болнична медицинска помощ“, „Медицински услуги по време на бременност и раждане“, „Възстановяване на разходи за лекарствени средства, други стоки и услуги“ и „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“, получени от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори, се подава при ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ след извършване на разхода от застрахованото лице в рамките на давностния срок, определен от Кодекса за застраховане за медицинска застраховка. Разходите, чието възстановяване се претендира от застрахованите



лица пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, следва да са извършени през периода на действие на договора.

4.28.7. Претенцията за възстановяване на разходи е по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, съгласуван със ЗАСТРАХОВАЩИЯ и застрахователния брокер. Подаването на претенция от застрахованото лице в сроковете, посочени в т. 4.28.6. от настоящия договор, се счита за уведомяване на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за настъпило застрахователно събитие.

4.28.8. Към претенцията за възстановяване на разходи, като неразделна част от същата, застрахованите лица прилагат медицински и финансови документи, доказващи претенцията по основание и размер. Застрахованите лица прилагат медицински и финансови документи съгласно предварително предоставен от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ списък с документите и изискванията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи, представляващ неразделна част от застрахователния договор. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да не изисква от застрахованите лица допълнителни доказателства, извън включените в списъка, освен в случаите, когато предоставянето на допълнителни доказателства е необходимо единствено и само за установяване на основанието и размера на внесената претенция от застрахованото лице. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма право да отказва изплащане на суми по предявени претенции за възстановяване на разходи, при условие че същите са доказани по основание и размер.

4.28.9. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да не прилага отлагателни периоди за лечение вследствие заболяване, злополука, професионално заболяване, бременност и раждане.

4.28.10. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да не поставя условие за минимален размер на претенция за възстановяване на разходи, под който същата няма да бъде разглеждана.

4.28.11. Претенциите за изплащане на обезщетение за възстановяване на разходи на застрахованите лица по подточка 4.28.5. от настоящия договор се събират, регистрират и входират при ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ от застрахователния брокер на ЗАСТРАХОВАЩИЯ. Претенциите за възстановяване на разходи могат да се регистрират и входират при ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и директно от застрахованите лица.

4.28.12. В случай, че застрахованото лице не представи всички изискуеми документи съгласно застрахователния договор и приложения списък с необходими документи и изискванията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към тях (Приложение № 5) към своята претенция или някои от представените документи са непълни и не дават на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ достатъчно данни за преценка на претенцията по основание и размер, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ, в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от дата на постъпване при него на претенция, писмено уведомява застрахованото лице и го поканва да представи непредставените документи или да отсрани непълнотите или неточностите във вече представените документи.

4.28.13. Срокът за представяне на допълнително изискани документи и/или документи с отстранени непълноти и неточности от страна на застрахованото лице е в рамките на давностния срок, определен от Кодекса за застраховане за медицинска застраховка.

4.28.14. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ уведомява писмено застрахованото лице, в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенция или от датата на получаване на непредставени документи или на документи с отстранени непълноти и неточности към вече постъпила претенция на застрахованото лице, за взетото решение да не възстанови разходи за лекарствени средства, други здравни стоки и услуги и/или за болнична или извънболнична медицинска помощ и дентална помощ, получена от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори, като посочва писмено своите аргументи за взетото решение съгласно условията на застрахователния договор, Общите условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и/или приложения списък с необходими документи и изискванията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към тях (Приложение № 5), представляващи неразделна част от същия.

4.28.15. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ връща на застрахованото лице оригиналите на онези медицински и/или финансови документи по вече внесени претенции, за които е необходимо отстраняването на непълноти / неточности. В случай на пълен и окончателен отказ за възстановяване на извършени разходи по внесена претенция и при изрично заявено писмено желание от страна на застрахованото лице, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ връща всички оригинали на внесените медицински и финансови документи. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да върне документите по реда и при условията на настоящата точка, без да иска каквото и да е заплащане от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ и/или застрахованото лице. При всички случаи,

разходите за нотариално заверени копия на подлежащите на връщане документи, които остават при ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ (в случай че се изисква нотариална заверка), са за сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

4.28.16. Срокът за закупуване на лекарствени средства, помощни средства, други стоки и услуги, съобразно писмено назначение от лекуващ лекар, включително и такива, извършени или потребени по време на извънболнична и болнична медицинска помощ, както и такива, предписани в резултат на дентално лечение е 10 /десет/ календарни дни от датата на предписването им.

4.28.17. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да обезщетява всички препарати, включително и хомеопатични, на растителна основа, витамини и минерали, имуностимулатори, които са регистрирани като лекарствени средства в Република България и са публикувани в регистъра на ИАЛ, и които са предписани от лекар като част от лечението.

4.28.18. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да възстановява пълната стойност на разходи за медикаменти, които частично се реимбурсират от НЗОК на застраховани лица, избрали да не се диспансеризират и съответно нямат издадена рецептурна книжка.

4.28.19. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ НЕ възстановява на застрахованите лица потребителските такси за ползвани здравни услуги.

4.28.20. Всички банкови такси и разноски за превод на застрахователно обезщетение към застраховано лице във връзка с внесена претенция за възстановяване на разходи за ползвани здравни стоки и/или услуги са за сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

4.28.21. При превод на застрахователно обезщетение към застраховано лице във връзка с внесена претенция за възстановяване на разходи за ползвани здравни стоки и/или услуги ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма право да прихваща от одобрения размер на претенцията оставащи неплатени вноски от разсрочената годишна застрахователна премия, дължима от ЗАСТРАХОВАЩИЯ по отношение на това лице.

#### **4.29 Провеждане на профилактични прегледи**

4.29.1. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да осигури финансовото обезпечаване и провеждането на годишните профилактични прегледи на застрахованите лица за всяка една застрахователна година в лечебни заведения на територията на гр. Варна, гр. Габрово, гр. Горна Оряховица, гр. Добрич, гр. Русе, гр. Разград, гр. Силистра, гр. Търговище и гр. Шумен.

4.29.2. Въз основа на писмено искане от ЗАСТРАХОВАЩИЯ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да започне провеждането на профилактичните прегледи на застрахованите лица в рамките на първите 2 /два/ месеца от началото на действие на застрахователното покритие за всяка една застрахователна година в съответствие с график, съгласуван със ЗАСТРАХОВАЩИЯ. Профилактичните прегледи завършват в срок не по-дълъг от 75 /седемдесет и пет/ календарни дни от започването им.

4.29.3. Годишните профилактични прегледи се провеждат съгласно изискванията и спецификациите, посочени в настоящия договор, на застраховани лица, които са включени от ЗАСТРАХОВАЩИЯ в списъците на застрахованите лица, актуални към периода на провеждане на прегледите.

4.29.4. Годишните профилактични прегледи се провеждат на служителите и работниците на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, както и на застраховани членове на техните семейства, които са на възраст над 18 години.

4.29.5. Въз основа на предварително изготвен от ЗАСТРАХОВАЩИЯ списък на застрахованите лица, желаещи да им бъде направена имунизация с противогрипна ваксина, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ закупува необходимия брой ваксини и организира доставката и поставянето им. Противогрипните ваксини се предават на всяко застраховано лице срещу подпис. Протоколите с подписите на застрахованите лица се предават на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в срок от 15 дни от окончателното предаване на ваксините. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ информира ЗАСТРАХОВАЩИЯ за организацията по поставянето на противогрипните ваксини.

4.29.6. Провеждането на годишните профилактични прегледи се осъществява в лечебни заведения на територията на гр. Варна, гр. Габрово, гр. Горна Оряховица, гр. Добрич, гр. Русе, гр. Разград, гр. Силистра, гр. Търговище и гр. Шумен. При изрично искане от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ е възможно провеждането им да се осъществи и в помещения на ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

#### **4.29.7. Срокове и организация на провеждане на годишните профилактични прегледи:**

а) Сроковете за провеждане на годишните профилактични прегледи се определят след двустранно съгласуване между ЗАСТРАХОВАЩИЯ и ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ като същите могат да бъдат удължавани при писмена заявка от ЗАСТРАХОВАЩИЯ и подписване на протокол;

б) ЗАСТРАХОВАЩИЯТ изпраща писмено искане за провеждане на годишните профилактични прегледи в срок до 30 /тридесет/ календарни дни преди желаната начална дата на провеждането им за всяка една застрахователна година. Писменото искане на Възложителя се придружава от справка, съдържаща информация относно броя на застрахованите лица, подлежащи на годишните профилактични прегледи, разпределени по пол и населено място на провеждане на прегледите;

в) В срок до 15 /петнадесет/ календарни дни преди желаната начална дата на провеждане на годишните профилактични прегледи за всяка една застрахователна година, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ представя за съгласуване на ЗАСТРАХОВАЩИЯ писмено предложение на график и организация за провеждането им;

г) Срокът за окончателното съгласуване на графика от двете страни е до 10 /десет/ календарни дни преди желаната начална дата на провеждане на годишните профилактични прегледи за всяка една застрахователна година;

4.29.8. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да осигури координатор, отговарящ за организацията на годишните профилактични прегледи за всяка една застрахователна година и за всяко едно населено място, където се провеждат прегледите, а именно гр. Варна, гр. Габрово, гр. Горна Оряховица, гр. Добрич, гр. Русе, гр. Разград, гр. Силистра, гр. Търговище и гр. Шумен.

4.29.9. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен в срок до 7 /седем/ календарни дни, след приключване на всеки 15 (петнадесет) календарни дни от годишните профилактични прегледи, да предаде на ЗАСТРАХОВАЩИЯ профилактичното лично здравно досие на всяко едно застраховано лице с отразени резултати от прегледите и изследванията, в копие, поставено в запечатан плик, надписан с името на застрахованото лице, преминало съответните годишни и периодични медицински прегледи. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ предава запечатаните в плик резултати на застрахованите лица съгласно вътрешно-фирмен установен ред. Предаването на копията от профилактичните лични здравни досиета на всяко едно застраховано лице с отразени резултати от прегледите и изследванията от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на ЗАСТРАХОВАЩИЯ се извършва с приемо-предавателен протокол.

4.29.10. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен в срок до 30 /тридесет/ календарни дни след окончателното приключване на годишните профилактични прегледи да предаде профилактичното лично здравно досие на всяко едно застраховано лице с отразени резултати от прегледите и изследванията в оригинал на Службата по трудова медицина (по-надолу само СТМ), с която ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има сключен договор, заедно с приемо-предавателен протокол. На ЗАСТРАХОВАЩИЯ се предоставя копие на приемо-предавателния протокол.

4.29.11. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен в срок до 30 /тридесет/ календарни дни след окончателното приключване на годишните профилактични прегледи да предостави на ЗАСТРАХОВАЩИЯ анализ на здравословното състояние на застраховани лица въз основа на резултатите от извършените прегледи и в обхват съгласно изискванията на Наредба №3/28.02.1987 г. за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците.

4.29.12. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен за провеждането на годишните профилактични прегледи да осигури минимум по 2 броя ехографи и съответните специалисти за гр. Варна и гр. Горна Оряховица.

#### **4.30 Предоставяне на тримесечна медико–статистическа информация (отчет) по застрахователния договор от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**

4.30.1. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава, след края на всяко тримесечие от началото на всяка една застрахователна година и до 20-то число на месеца, следващ съответното отчетно тримесечие, да предоставя на застрахователния брокер, медико-статистическа информация (отчет), която съдържа: здравен номер на застрахованото лице, номер и дата на завеждане на претенция за възстановяване на разходи, размер на претенцията, размер на изплатено

обезщетение, дата на изплащане на обезщетението към застрахованото лице, както и изплатени суми от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към изпълнителите на здравни услуги (лечебни заведения) за ползвани здравни услуги от застрахованото лице за периода на отчета, когато същите се ползват на принципа на абонамент, отделно за всяко покритие „Извънболнична медицинска помощ“, „Болнична медицинска помощ“, „Медицински услуги по време на бременност и раждане“, „Възстановяване на разходи за лекарствени средства, други стоки и услуги“, „Дентална помощ“ и „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“. Справката следва да обхваща всички плащания, извършени от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ през съответния отчетен период във връзка с внесени от застрахованите лица молби за възстановяване на разходи, както и плащания, извършени от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ във връзка с ползваните от застрахованите лица здравни услуги, предоставени от изпълнители на здравни услуги. Отчетът следва да бъде предоставян на застрахователния брокер в електронен формат (EXCEL).

4.30.2. Въз основа на получената по предходната подточка медико-статистическа информация (отчет), застрахователният брокер предоставя на ЗАСТРАХОВАЩИЯ обобщена, неперсонифицирана справка за ползваните от застрахованите лица услуги и тяхната стойност.

4.31. Ако в срока на действие на настоящия договор срещу ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е открито производство по обявяване в несъстоятелност или в този срок е обявен в несъстоятелност, както и когато върху имуществото му са наложени обезпечителни мерки за погасяване на дълг или в случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ престане да отговаря на законите изисквания за упражняване на дейността си по застраховане. Същият е длъжен да уведоми ЗАСТРАХОВАЩИЯ в срок от 10 (десет) дни от настъпване на съответното събитие. В този случай ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да прекрати Договора.

## **5. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ**

- 5.1. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е длъжен ежемесечно, до 5-то число на съответния месец да предоставя на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица.
- 5.2. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да раздаде на застрахованите лица личните здравни карти по списък и срещу подпис от тяхна страна.
- 5.3. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да заплаща застрахователните премии на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и съответния данък върху тях в сроковете и при условията, определени в настоящия договор.
- 5.4. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да превежда дължимите застрахователни премии за членовете на семействата на застрахованите лица, като ще се удържат от трудовото възнаграждение на съответния работник/служител при условията на чл. 272 от Кодекса на труда.
- 5.5. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да информира ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за всички известни му промени във фактите и обстоятелствата по настоящия договор.
- 5.6. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право в случай на писмено искане от страна на застраховано лице, направено по e-mail да изпрати писмена заявка за изпълнение на съответната медицинска услуга на застрахованото лице. Писменото искане за изпълнение на заявката следва да съдържа най-малко следното: данни за застрахованото лице; номер на здравната карта; описание на проблема; информация относно направената заявка и отговора на представителя на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ; друга необходима информация.
- 5.7. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да води регистър на отказите на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за изпълнение на заявки на застраховани лица.

## **6. ПРАВА НА ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА**

- 6.1. Всяко Застраховано лице има право лично да ползва здравни услуги и стоки от обхвата на застрахователното покритие по медицинската застраховка съгласно Приложение № 1, в лечебните заведения на територията на Република България от списъците, посочени в Приложение № 3.

- 6.2. Всяко застраховано лице има право да избере лечебно заведение, с което ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключен договор за медицинско обслужване, съгласно Приложение № 3, като финансовите отношения по повод предоставянето на здравните услуги се уреждат директно между ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и изпълнителя на медицинска помощ.
- 6.3. Всяко Застраховано лице има право лично да ползва здравни услуги от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори за здравно обслужване, като в този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява финансовите средства на застрахованите лица, за извършените разходи за ползваните от тях здравни услуги и стоки за болнична медицинска и извънболнична медицинска помощ, срещу разходнооправдателни документи.
- 6.4. Всяко застраховано лице няма задължение, но може по свое желание и преценка да осъществява връзка с координатор или единен телефонен център (кол център) на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, с цел да бъде насочено към изпълнител(и) на здравни услуги. В случай на планирано болнично лечение е препоръчително то да бъде предварително съгласувано със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ като застрахованото лице осъществи връзка с негов координатор или единен телефонен център (кол център). ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма право да откаже изплащане на обезщетение (възстановяване на разходи) за ползвани здравни стоки и услуги от застраховано лице в случай, че застрахованото лице не е осъществило връзка с координатор или единен телефонен център (кол център) на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, преди или по време на ползване на здравните стоки и услуги, предмет на настоящия застрахователен договор.
- 6.5. Всяко застраховано лице има право да получи сумата за направените разходи за лекарствени средства, други медицински стоки и услуги, помощни средства при заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване срещу представяне на разходнооправдателни документи.
- 6.6. Всяко застраховано лице има право да присъедини към застрахователния договор със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, при цените и условията по настоящия договор, с които да застрахова за своя сметка членове на своето семейство. В тези случаи застраховано лице може да упълномощи ЗАСТРАХОВАЩИЯ да заплаща за негова сметка застрахователните премии.
- 6.7. При неизпълнение от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на заявена по телефона медицинска услуга, всяко застраховано лице има право да подава чрез e-mail информация към ЗАСТРАХОВАЩИЯ и да иска получаването на съответната медицинска услуга от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Писменото искане за изпълнение на заявката следва да съдържа най-малко следното: трите имена и ЕГН на застрахованото лице; номер на здравната карта; описание на здравния проблем; информация относно направената заявка и отговора на представителя на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ; друга необходима информация по преценка на застрахованото лице.

## **7. ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРА**

- 7.1. При подписване на настоящия договор ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да представи гаранция за изпълнение в размер на 3 (три) % от стойността на договора към момента на сключването му, под формата на депозит, банкова гаранция или застраховка, която обезпечава изпълнението чрез покритие на отговорността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Банковата гаранция или застраховката трябва да е със срок на валидност 1 месец след изтичане срока за изпълнение на договора, ведно с всички удължения по него.
- 7.2. Гаранцията за изпълнение е платима на ЗАСТРАХОВАЩИЯ като компенсация за всякакви вреди и загуби, причинени вследствие на виновно неизпълнение на договора, дължими неустойки и обезщетения от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.
- 7.3. Гаранцията за изпълнение на договора под формата на депозит и банкова гаранция се освобождава от ЗАСТРАХОВАЩИЯ до 1 (един) месец след изпълнението на договора (освен в случаите на усвояването ѝ, предвидени в този договор) и при пълно изпълнение на задълженията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, без да се дължи лихва от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ. Усвояването на гаранцията не лишава ЗАСТРАХОВАЩИЯ от правото да търси действително претърпените вреди от неизпълнението по общите правила.

- 7.4. При всяко инкасиране на суми от гаранцията за изпълнение, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е длъжен да уведоми ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.
- 7.5. При прекратяване или разваляне на договора по вина на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ задържа в пълен размер гаранцията за изпълнение.

## 8. САНКЦИИ И НЕУСТОЙКИ

- 8.1 При забавено изплащане на суми по настоящия договор на застрахованите лица от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, последният заплаща на ЗАСТРАХОВАЩИЯ неустойка в размер на 0,5% (нула цяло и пет десети на сто) на ден от съответната неизплатена сума за срока на забавата, но не повече от стойността на подлежащите на възстановяване разходи.
- 8.2 При забавено плащане на суми по настоящия договор от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в съответствие с т. 2.6, 2.9 и 2.10 от настоящия договор, последният дължи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ законната лихва върху неизплатената сума, считано от деня на забавата до окончателното плащане.
- 8.3 В случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ едностранно прекрати застрахователния договор, без правно основание за това, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи неустойка на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в размер на 2.5 (две цяло и пет) % от стойността на договора.
- 8.4 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи 0.1% от месечната застрахователна премия за всяко едно застраховано лице за всеки ден забава във всеки от следните случаи:
- (1). Ако в срок от 10 /десет/ работни дни след началото на всяка застрахователна година ЗАСТРАХОВАЩИЯТ не открие здравно досие и не издаде и предостави на ЗАСТРАХОВАЩИЯ лична здравна карта за всяко едно застраховано лице, първоначално за застрахованите лица, посочени в списъка при сключване на застрахователния договор, впоследствие за всяко новопостъпило застраховано лице съгласно актуализирани месечни списъци на застрахованите лица.
  - (2) За новоприсъединени застраховани лица в рамките на периода на действие на застрахователния договор, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ в срок до 10 /десет/ работни дни, считано от датата на получаване на актуализирания списък за съответния месец, не издаде и предостави на ЗАСТРАХОВАЩИЯ лични здравни карти на новоприсъединените застраховани лица.
  - (3) В случай на загуба или увреждане на личната здравна карта ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не издаде дубликат на същия в срок до 7 /седем/ работни дни от уведомяването му, без да изисква заплащане на дубликата.
  - (4) При неизпълнение на задълженията си по т. 4.29.9 от настоящия договор;
  - (5) При неизпълнение на задълженията си по т. 4.29.10 от настоящия договор;
  - (6) При неизпълнение на задълженията си по т. 4.29.11 от настоящия договор.
- 8.5. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи 0.1% от месечната застрахователна премия за едно застраховано лице за всеки ден забава ако при настъпили промени в списъците на изпълнителите на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има договори за здравно обслужване, не информира писмено ЗАСТРАХОВАЩИЯ и застрахованите лица за добавяне на нови или изключване от списъка - Приложение № 3 към договора в 5 /пет/ дневен срок от настъпване на промяната.
- 8.6. В случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не осигури координатор, отговарящ за организацията на годишните профилактични прегледи за всяка една застрахователна година и за всяко едно населено място, където се провеждат прегледите, а именно гр. Варна, гр. Габрово, гр. Горна Оряховица, гр. Добрич, гр. Русе, гр. Разград, гр. Силистра, гр. Търговище и гр. Шумен, или определения координатор не осигури съдействие за извършване на прегледите, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи неустойка на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в размер на 1 000.00 лева.
- 8.7. В случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не осигури ежедневно присъствие на лекар на двучасов работен ден, в съответствие с работното време на служителите на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, в лекарски кабинет в административната сграда на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в градовете Варна и Горна Оряховица, както и консумативите за лекарския кабинет и възнаграждението на лекаря, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи неустойка на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в размер на 1 000 лева на месец за всеки един месец, в който не е осигурено ежедневно присъствие на лекар и за всеки един от лекарските кабинети поотделно.

- 8.8. В случай на системни необосновани или системни неоснователни откази за възстановяване на направени разходи от застраховано лице по предмета на застрахователния договор съгласно т. 4.28.5. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи неустойка в размер на 500.00 лева за всеки установен случай. Под системни необосновани или системни неоснователни откази за възстановяване на направени разходи се разбират 3 /три/ или повече неизпълнения в рамките на 1 /един/ календарен месец от периода на действие на застрахователния договор на задължението на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ да изплати обезщетение при доказана претенция по основание и размер.
- 8.5 В случай на неизпълнение на задължението си по т. 4.31 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи на ЗАСТРАХОВАЩИЯ неустойка за неизпълнение в размер на 2.5 % (две цяло и пет) от стойността на договора.
- 8.6 Неустойките, дължими по настоящия договор, са платими в 10-дневен срок от датата на претенцията на изправната страна.
- 8.7 При дължими неустойки от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да усвои сумата на дължимата неустойка от гаранцията за изпълнение по т. 7.1. от настоящия договор.

## **9. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ**

9.1. (1) Страните се задължават да не разкриват, да не разгласяват, нито да допускат разкриването, разгласяването, публикуването или неразрешеното използване по никакъв начин пряко или косвено поверената или станалата им известна информация във връзка с изпълнението на сключения договор, свързана със статута и дейността на Страните, както и на останалите свързани с ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ дружества от Групата „ЕНЕРГО-ПРО“, техните клиенти и доставчици, включително, но не само: всякаква информация, представляваща по естеството си търговска тайна за упоменатите дружества, както и техническа, икономическа, проекти, сделки и договори, които Дружествата са сключили, сключват и/или планират да сключват, както и данни относно търговски марки, патенти, лицензи и ноу-хау, данни за бизнес планове и рекламни стратегии, както и всички други поверителни сведения във връзка с дейността на Дружествата.

(2) Да третират упоменатите по-горе данни като строго поверителни и да положат всички необходими усилия за опазването на тази информация от неразрешена употреба, включително и в тригодишен срок след прекратяване на договорните отношения.

(3) При всяко нарушение на задълженията по предходните две алинеи виновната страна дължи неустойка в размер на 2,5 (две цяло и пет) % от стойността на Договора, възлизаща на ..... лв., на насрещната страна. Това не лишава изправната страна от правото ѝ да търси обезщетения за действително претърпените вреди.

## **10. НЕПРЕДВИДЕНИ ОБСТОЯТЕЛСТВА**

10.1. Страните по настоящия договор не дължат обезщетение за претърпени вреди и загуби, в случай че последните са причинени от непредвидени обстоятелства.

10.2. В случай че страната, която е следвало да изпълни свое задължение по договора, е била в забава, тя не може да се позовава на непредвидени обстоятелства.

10.3. Страната, засегната от непредвидени обстоятелства, е длъжна да предприеме всички действия с грижата на добър стопанин, за да намали до минимум понесените вреди и загуби, както и да уведоми писмено другата страна в срок 3 дни от настъпилите от това вреди.

10.4. Докато траят непредвидените обстоятелства, изпълнението на задълженията на свързаните с тях насрещни задължения се спира.

## **11. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА**

Застрахователният договор се прекратява:

11.1 По взаимно съгласие между страните по застрахователния договор, изразено в писмена форма.

11.2. Едностранно от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, с 30 /тридесет/ дневно писмено предизвестие, ако в срока на действие на настоящия договор срещу ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е открито производство по обявяване в несъстоятелност или в този срок е обявен в несъстоятелност, както и когато върху имуществото му са наложени обезпечителни мерки за погасяване на дълг или в случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ престане да отговаря на законовите изисквания за упражняване на дейността си по застраховане.

11.3 Едностранно от ЗАСТРАХОВАЩИЯ с 15 /петнадесет/ дневно писмено предизвестие, отправено до ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, когато ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не изпълни задължение по застрахователния договор.

11.4 Едностранно от ЗАСТРАХОВАЩИЯ с двумесечно писмено предизвестие.

11.5 Едностранно от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ с шестмесечно писмено предизвестие.

11.6 С изтичане срока на застрахователния договор.

11.7. ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ има право да прекрати договора без предизвестие без дължими неустойки и обезщетения за претърпените вреди от прекратяването когато:

(1) Се установи, че по време на провеждане на процедурата за възлагане на поръчката за ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ са били налице обстоятелства по чл. 54, ал. 1, т. 1 от ЗОП, въз основа на които е следвало да бъде отстранен от процедурата.

(2) Поръчката не е следвало да бъде възложена на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ поради наличие на нарушение, постановено от Съда на Европейския съюз в процедура по чл. 258 ДФЕС.

11.8 В случай че настоящият договор е сключен при условията на допуснато предварително изпълнение на договора от КЗК при образувана преписка по обжалване решението на ЗАСТРАХОВАЩИЯ за избор на ЗАСТРАХОВАТЕЛ по настоящия договор и при последваща отмяна на решението за избор на ЗАСТРАХОВАТЕЛ, настоящият договор се прекратява без да се дължат неустойки от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ. Същият дължи единствено реалното изпълнение по договора до момента на прекратяване на договора.

11.9. ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ прекратява договора едностранно с двумесечно писмено предизвестие без дължими неустойки и обезщетения за претърпените вреди от прекратяването и без необходимост от допълнителна обосновка, когато е необходимо съществено изменение на поръчката, което не позволява договорът да бъде изменен на основание чл. 116, ал. 1 от ЗОП.

11.10 При предсрочно прекратяване действието на застрахователния договор или при прекратяване на застрахователното правоотношение спрямо застраховано лице, същото е длъжно да върне здравната си карта на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, а последният се задължава да я предаде на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в срок от 15 /петнадесет/ работни дни от прекратяване на застрахователното правоотношение със съответното застраховано лице.

## **12. СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ПО ДОГОВОРА**

12.1 Застрахованите лица имат право на свободен избор на медицински специалист и/или лечебно заведение за предоставяне на здравните услуги и/или стоки, попадащи в обхвата на покритие на настоящия застрахователен договор. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма право да обвързва финансовото обезпечаване и възстановяване в пари към застрахованото лице на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки с обстоятелството дали дадена здравна услуга и/или стока се предлага от изпълнителите на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ имат сключен договор за абонаментно обслужване.

12.2 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да възстановява разходи за медицински прегледи при хабилитирани лица, без да поставя изискване за наличие на насочване на застрахованите лица към преглед при хабилитирано лице от лекар специалист.

12.3 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да обезпечава финансово и да възстановява разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки поради възникнало заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване в резултат на участието на застрахованото



лице в състезания като спортист-любител, както и при непрофесионално практикуване на различни спортни занимания, с изключение на практикуване на екстремни спортове.

- 12.4 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да обезпечава финансово и да възстановява разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки поради възникнало заболяване или злополука вследствие на форсмажорни обстоятелства, земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер, както и в резултат на аварийни и бедствени ситуации, в т.ч. производствени, химически и други аварии.
- 12.5 При сключване на застрахователния договор ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да подготви инструкция (указания) за ползване на услугите по сключения договор за медицинска застраховка от застрахованите лица, в срок до 20 календарни дни от сключване на договора. Инструкцията следва да обхваща всички съществени аспекти от сключения договор, в т.ч., но не само: лимити на обезщетение, механизъм за ползване на услугите по договора, лица за контакт, процедура за предявяване на претенция от застрахованите лица за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, необходими документи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към формата и съдържанието на представяните от застрахованите лица медицински и финансови документи. Инструкцията следва да е в съответствие със сключения договор и приложенията към него и не следва да се изменя през периода на договора към по-неблагоприятни и утежняващи условия/процедури за застрахованите лица. След изготвянето на инструкцията (указанията) по настоящата точка и съгласуването ѝ със ЗАСТРАХОВАЩИЯ, тя става приложение - неделима част от договора.
- 12.6 Обслужването на застрахователния договор, сключен в резултат на обществена поръчка с предмет: „Сключване на медицинска /здравна/ застраховка на работниците и служителите на „ЕНЕРГО-ПРО Мрежи“ АД”, ще се извършва с посредничеството на лицензиран застрахователен брокер, с който ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има сключен договор за възлагане в съответствие с предвиденото в ал. 1 и ал. 2 на чл. 301 от Кодекса за застраховане.
- 12.6.1. Обслужващ застрахователен брокер по застрахователния договор, сключен в резултат на настоящата процедура за възлагане на обществена поръчка, е РЕНОМИА ООД, ЕИК 130001905, вписано в регистъра на КФН с Решение № 441-ЗБ/ 30.06.2006 г.
- 12.6.2. Възнаграждението на застрахователния брокер се договаря между ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и застрахователния брокер, като същото се калкулира от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в застрахователната премия по застрахователния договор и се дължи от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на застрахователния брокер съгласно чл. 301, ал. 3 от Кодекса за застраховане.
- 12.7 В случай на противоречие или несъответствие между Общите и/или Специалните условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и клаузите на застрахователния договор, приложими са условията, договорени и заложи в застрахователния договор. Всякакви изменения в Общите и/или Специалните условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, представляващи неразделна част от застрахователния договор, или замяната им с нови по време на действието на договора имат сила за ЗАСТРАХОВАЩИЯ само ако не противоречат на договора съответно не въвеждат по-неблагоприятни условия и ако измененията или новите Общи и/или Специални условия са му връчени и той писмено е потвърдил съгласието си с тях, за което страните подписват нарочен протокол за съгласуване.

### **13. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

- 13.1. Изменение на сключен договор за обществена поръчка се допуска при наличието на което и да е от условията посочени в чл. 116, ал. 1 от Закона за обществените поръчки.
- 13.2. Всички съобщения между страните са валидни ако са направени в писмена форма и са подписани от съответната страна.
- 13.3. За всеки спор относно съществуването и действието на сключения договор или във връзка с неговото нарушаване, включително спорове и разногласия относно действителността, тълкуването, прекратяването, изпълнението или неизпълнението му, както и за всички въпроси, неуредени в настоящия договор, се прилагат разпоредбите на действащото българско законодателство, като страните уреждат отношенията си чрез преговори, като отразяват постигнатите договорености в писмено споразумение. При непостигане на съгласие, спорът се отнася за решаване пред Арбитражен съд Варна при Сдружение „ППМ“ съобразно неговия правилник.

**Неразделна част от този договор са:**

- Приложение № 1 – Обхват на застрахователното покритие по медицинска застраховка
- Приложение № 2 – Списък на застрахованите лица, към датата на сключване на застрахователния договор
- Приложение № 3 – Списък на лечебните заведения, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за предоставяне на медицински услуги
- Приложение № 4 – Списък на координаторите на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ
- Приложение № 5 – Списък на всички документи и изискванията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи
- Приложение № 6 – Общи и Специални условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за сключване на Медицинска застраховка

Настоящият договор влиза в сила от датата на неговото подписване и се състави в два еднообразни екземпляра – по един за всяка от страните.

**ЗАСТРАХОВАЩ:**

**ЗАСТРАХОВАТЕЛ:**