

Техническа спецификация за сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на Електроразпределение Север АД

валидна за :
Електроразпределение Север АД
Варна Тауърс, кула Е
бул. „Владислав Варненчик” №258
9009 Варна

Автор:	Светлана Стойнова, директор Човешки р	Иванов Иванов
Съгласуване:	Мартин Ко отговорни	
	Пламен П БТООС	
Одобрение с протокол от заседание на УС на Електроразпределение Север АД:		
Име на файла:	ТС-ИНС-173 Техническа спецификация за сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на ЕРПС, v02.docx	

Информацията заличена на основание ЗЗЛД

ПЪЛНО ОПИСАНИЕ НА ПРЕМЕТА НА ПОРЪЧКАТА. ИЗИСКВАНИЯ И УСЛОВИЯ КЪМ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ПОРЪЧКАТА

„Електроразпределение Север“ АД в качеството си на възложител по чл. 5, ал. 4 Закона за обществените поръчки (ЗОП), обявява и провежда процедура на договаряне с предварителна покана за участие за възлагане на обществена поръчка с предмет: **„Сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на „Електроразпределение Север“ АД“**.

Обществената поръчка е с обект „предоставяне на услуга“ по смисъла на чл. 3, ал. 1, т. 3 ЗОП. Код съгласно Общия терминологичен речник (CPV): 66512220-0- „Медицинска застраховка“.

Място на предоставяне на услугите: на територията на Република България.

Раздел 1. Информация за Възложителя и пълно описание на предмета на поръчката

1. Информация за Възложителя

Възложител (Застраховач) на поръчката по настоящата процедура е „Електроразпределение Север“ АД, извършващо дейност по разпределение на електрическа енергия на основание лицензии издадени от Комисия за енергийно и водно регулиране /КЕВР/.

1.1. Към момента на обявяване на процедурата броят на подлежащите на застраховане работници и служители на Възложителя е 1670 души, разпределени по пол, възрастови групи и населени места, както следва:

Възрастова група	Брой персонал		Общо брой персонал
	жени	мъже	
от 18 до 30 години	13	210	223
от 31 до 40 години	49	327	376
от 41 до 50 години	67	444	511
от 51 до 60 години	53	440	493
над 60 години	6	61	67
Общо:	188	1482	1670

№	Региони	Брой персонал		Общ брой персонал
		жени	мъже	
1	Варна	108	349	457
2	Габрово	12	107	119
3	Горна Оряховица / Велико Търново	19	251	270
4	Добрич	13	171	184
5	Разград	7	102	109
6	Русе	13	183	196
7	Силистра	4	81	85
8	Търговище	3	99	102
9	Шумен	9	139	148
	Общо:	188	1482	1670

При сключване на договора за обществената поръчка Възложителят ще представи актуален списък на застрахованите лица, за които ще бъде сключена медицинската застраховка, тъй като персоналният му състав е динамична величина, която се изменя във времето поради прекратяване на трудови правоотношения с работници и служители и създаване на нови такива. Именно във връзка с това по време и за срока на договора, броят на застрахованите лица може да бъде променян и периодично актуализиран.

1.2. Справка за ползвани услуги и предявени претенции за възстановяване на разходи от застраховани лица на Възложителя в периода 01.07.2017 г. – 31.03.2020 г.:

Здравен пакет	Годишни лимити / подлимити на отговорност		Стойност на предявените претенции /в лева/		
	абонаментен принцип	възстановяване на разходи	абонаментен принцип	възстановяване на разходи	Общо
Извънболнична медицинска помощ	4 000 лв. <i>подлимити за скъпоструващи консумативи; избор на екип/лекар; наблюдение на бременност</i>		92 074.27	35 815.42	127 889.69
Болнична медицинска помощ			5 532.80	113 907.90	119 440.70
Възстановяване на разходи за лекарствени и други средства	не се покрива	200 лв. <i>/с прилагане на 15% самоучастие/</i>	-	106 043.14	106 043.14
ОБЩО:			97 607.07	255 766.46	353 373.53

1.3. Възложителят не гарантира на Изпълнителя брой застраховани работници и служители, подлежащи на застраховане.

2. Пълно описание на предмета на поръчката

Предмет на обществената поръчка е сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на „Електроразпределение Север” АД в съответствие с изискванията на тази техническа спецификация и Кодекса за застраховането.

Целта на обществената поръчка е застраховането на работниците и служителите на Възложителя с цел своевременно финансово и организационно обезпечаване от Изпълнителя на здравни услуги и стоки, свързани 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 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).

Обхватът на медицинската застраховка следва да осигури за работниците и служителите на Възложителя 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 Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване;
- б/ изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят няма сключени договори за здравно обслужване.
- 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 Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване;
б/ изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят няма сключени договори за здравно обслужване.

Г. МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ на застрахованите лица, предоставени по техен избор от:

а/ изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване;
б/ изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят няма сключени договори за здравно обслужване.

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), съобразно писмено назначение от лекуващия лекар, с прилагане на 15% самоучастие на застрахованото лице от одобрения размер на всяко едно обезщетение.

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

Ползването на здравните услуги и/или стоки от застрахованите лица се извършва:

- **на абонаментен принцип** - застрахованото лице няма финансови взаимоотношения с изпълнителите на здравни услуги (лечебно заведение и/или медицински специалисти). Заплащането на здравните услуги и/или стоки, ползвани на „абонаментен принцип“, се извършва от Изпълнителя по застрахователния договор към изпълнителите на здравни услуги, предоставили на застрахованите лица здравни услуги и/или стоки и с които Изпълнителят по застрахователния договор има сключени договори за здравно обслужване, без прилагане на самоучастие и отлагателни периоди на застрахованите лица.

- **на база „възстановяване на разходи“** – срещу представяне на съответните медицински и финансови (разходнооправдателни) документи Изпълнителят по застрахователния договор възстановява финансови средства на застрахованото лице за извършените от него разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки до лимитите, посочени в застрахователния договор, без прилагане на самоучастие (с изключение на пакет „Възстановяване на разходи за лекарствени и помощни средства, други медицински стоки и услуги“, по който се прилага 15% самоучастие на застрахованото лице от одобрения размер на всяко едно обезщетение) и без прилагане на отлагателни периоди на застрахованите лица. Здравните услуги и/или стоки, ползвани на база „възстановяване на разходи“ могат да се ползват от застрахованите лица както при изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят няма сключени договори за здравно обслужване.

Раздел 2. Изисквания и условия към изпълнението на предмета на поръчката:

1. Изпълнителят е длъжен финансово и организационно да обезпечи своевременното предоставяне на достатъчни по обем и качество здравни услуги и стоки от изпълнителите на здравни услуги до лимитите на обезщетение, според правилата на добрата медицинска практика, както следва:

а/ финансово и организационно да обезпечи за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на действие на застрахователния договор провеждането на годишните профилактични прегледи на застрахованите лица;

б/ финансово и организационно да обезпечи ползването от застрахованите лица на посочените в настоящата Техническа спецификация 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 всеки едногодишен

/12-месечен/ застрахователен период от срока на действие на застрахователния договор 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 Изпълнителят **има** сключени договори за здравни услуги, както и при такива, с които Изпълнителят **няма** сключени договори.

в/ финансово и организационно да обезпечи ползването от застрахованите лица на амбулаторни процедури и хирургични операции до лимит на обезщетение за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период в размер на 300,00 /триста/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата точка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата точка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата Техническа спецификация.

г/ финансово и организационно да обезпечи ползването от застрахованите лица на физиотерапевтично лечение и рехабилитация (кинезитерапия, електротерапия, лазерна терапия, магнитотерапия, ултразвукова терапия, термотерапия и други), назначени от лекар, до лимит на обезщетение за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период в размер на 300,00 /триста/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата точка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата точка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата Техническа спецификация.

д/ финансово и организационно да обезпечи възстановяване на финансови средства на застрахованите лица 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период в размер на 1500,00 /хиляда и петстотин/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата точка се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата точка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата Техническа спецификация.

е/ финансово и организационно да обезпечи възстановяване на финансови средства на застрахованите лица 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), съобразно писмено назначение от лекуващия лекар, до лимит на обезщетение в размер на 250,00 /двеста и петдесет/ лева за всяко застраховано лице и за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период. Лимитът на обезщетение по настоящата точка **е в допълнение на лимита** на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата Техническа спецификация.

ж/ финансово и организационно да обезпечи възстановяване на финансови средства на застрахованите лица за ползвани медицински услуги, свързани с наблюдение на нормална и рискова бременност, до лимит на обезщетение за едно застраховано лице и за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период в размер на 300,00 /триста/ лева. Лимитът на обезщетение по настоящата буква се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата буква **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата Техническа спецификация.

з/ финансово и организационно да обезпечи 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период 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 буква се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с

които Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори. Лимитът на обезщетение по настоящата буква **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата Техническа спецификация;

2. Изпълнителят обезпечава финансово и организационно ползването от застрахованите лица на здравни услуги и/или стоки, необходимостта от които е породена от настъпила злополука и/или заболяване, в т.ч. и професионално заболяване.
3. Застраховани лица (в т.ч. и застраховани членове семейство) могат да бъдат както български, така и чуждестранни граждани, без ограничение на възрастта и здравословното им състояние.
4. Застраховат се и лица с намалена работоспособност под и равна на 50%, както и такива с намалена работоспособност над 50%.
5. 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.
6. Изпълнителят 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.
7. Изпълнителят се задължава да сключи медицинската застраховка, без да изисква предварителен здравен статус на застрахованите служители и работници и на застрахованите членове на техните семейства.
8. Здравните услуги, включени в обхвата на Пакет „Болнична медицинска помощ“, се ползват от застрахованите лица в лечебни заведения, сключили договор с НЗОК, и надграждат съществуващите в страната клинични пътеки.
9. Изпълнителят обезпечава 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 Изпълнителя.
10. Изпълнителят обезпечава финансово и организационно услугите, свързани с наблюдение на нормална и рисковата бременност, без да обвързва ползването им с действащата програма на НЗОК „Майчино здравеопазване“. Застрахованите лица имат право да ползват и пакетна услуга „Наблюдение на бременност“.
11. Застрахованите лица 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“ и „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“ Изпълнителят няма да поставя условие застрахованите лица да са с непрекъснати здравноосигурителни права. В случаите, в които застрахованото лице не подлежи на задължително здравно осигуряване по Закона за здравното осигуряване, то има право на обезщетение от Изпълнителя при ползване на здравни услуги по пакет „Болнична медицинска помощ“ в размер, равен на сумата, която Изпълнителят би заплатил на лечебното заведение за лечение на задължително здравноосигурено лице.
12. Изпълнителят се задължава да не прилага отлагателни периоди за лечение вследствие заболяване, злополука, професионално заболяване, бременност и раждане.

13. Изпълнителят е длъжен да осигури изпълнението на услугите по застрахователния договор на територията на Република България.
14. Изпълнителят е длъжен:
- а/ 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;
 - б/ 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.
 - в/ да контролира чрез свои служители качествено изпълнение на здравните услуги по застрахователния договор, предоставяни на застрахованите лица от изпълнителите на здравни услуги.
15. Застрахованите лица нямат задължение, но могат по свое желание и преценка да осъществяват връзка с координатор или единен телефонен център (кол център) на Изпълнителя, с цел да бъдат насочени към изпълнители на здравни услуги. В случай на планирано болнично лечение е препоръчително то да бъде предварително съгласувано с Изпълнителя, като застрахованото лице осъществи връзка с негов координатор или единен телефонен център (кол център). Изпълнителят 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 Изпълнителя преди или по време на ползване на здравните стоки и услуги, предмет на настоящата обществена поръчка.
16. Изпълнителят е длъжен в срок от 10 /десет/ работни дни след началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период да открие здравно досие и да издаде и предостави на Възложителя 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 Изпълнителят има сключен договор за здравно обслужване. Личните здравни карти се предават от Възложителя на застрахованите лица.
17. За новоприсъединени застраховани лица в рамките на срока на действие на застрахователния договор, Изпълнителят 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 Възложителя лични здравни карти за новоприсъединените застраховани лица.
18. В случай на загуба или увреждане на личната здравна карта Изпълнителят издава дубликат на същата в срок до 7 /седем/ работни дни от уведомяването му, без да изисква заплащане на дубликата.
19. Право на ползване на покритието по медицинската застраховка, при условията на договора сключен в резултат на тази обществена поръчка, получават и членовете на семействата на служителите и работниците на Възложителя, както следва:
- а/ съпруг, съпруга, лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство в общо домакинство, на общ постоянен адрес;
 - б/ 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;
20. За застраховани лица се считат и членовете на семействата на работници и служители на Възложителя, 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.
21. Работниците и служителите на Възложителя изразяват писмено своето желание да застраховат членовете на своите семейства, като заявяването на желание за присъединяване членовете на семействата на застрахованите лица към застрахователния договор не може да стане по-късно от изтичането на 3 (три) месеца от началото на действие на застрахователното покритие за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период или по-късно от

- изтичането на 3 (три) месеца от датата на настъпване на основанието за това (раждане на дете и постъпване на работа за новоназначените работници и служители на Възложителя). За заявките желание през първия месец от началото на действие на застрахователното покритие за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период или от настъпването на основание за присъединяване, застрахователното покритие ще е в сила от първо число на втория месец от началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период или от настъпването на основание за присъединяване, съответно за заявките желание през втория и третия месец – от първо число на третия, съответно четвъртия месец от началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период или от настъпването на основание за присъединяване.
22. Работниците и служителите на Възложителя имат право по свое желание да включат или да изключат членове на техните семейства от застрахователното покритие за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.
 23. Застрахованите работници и служители на Възложителя заплащат застрахователната премия за членовете на семействата си, включени в застрахователния договор, като същата се удържа от техните трудови възнаграждения от Възложителя и се превежда от него на Изпълнителя. Дължимите застрахователни премии за членовете на семействата се удържат от трудовото възнаграждение на съответния работник/служител при условията на Кодекса на труда. Възложителят превежда удържаните и дължими застрахователни премии по банкова сметка на Изпълнителя.
 24. В случай на присъединяване на нови работници и служители на Възложителя и членове на техните семейства към групата на застрахованите лица, новоприсъединените застраховани лица 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 съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.
 25. Новопостъпили работници и служители на Възложителя могат да се присъединяват към покритието по застраховката без ограничение в рамките на съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.
 26. Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите работници и служители се прекратява с прекратяването на трудовото правоотношение на съответния работник или служител с Възложителя.
 27. Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите от работниците и служителите на Възложителя членове на техните семейства се прекратява с прекратяването на трудовото правоотношение на съответния работник или служител с Възложителя или при писмено заявление от страна на застраховачия служител или работник за прекратяване на покритието за застрахованите членове на техните семейства.
 28. Изпълнителят се задължава да осигури присъствие на лекар по 2 часа всеки работен ден, в съответствие с работното време на служителите на Възложителя и предварително изготвен график, в лекарски кабинет в административната сграда на Възложителя в градовете Варна и Горна Оряховица, както и консумативите за лекарския кабинет и възнаграждението на лекаря. Възложителят има право при поискване да му бъдат предоставени копия на договорите, сключени между Изпълнителя и съответните лекари, като информацията относно стойността на договора бъде заличена.
 29. Изпълнителят се задължава да информира писмено Възложителя за настъпилите промени в списъка на изпълнителите на здравни услуги, с които има договори за здравно обслужване /добавяне на нови или изключване от списъка/, в 5 /пет/ - дневен срок от настъпване на промяната.
 30. Изпълнителят 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.

Раздел 3. Провеждане на профилактични прегледи

1. Изпълнителят е длъжен да осигури финансовото обезпечаване и провеждането на годишните профилактични прегледи на застрахованите лица за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период в лечебни заведения на територията на градовете Варна, Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Разград, Русе, Силистра, Търговище и Шумен.

2. Годишните профилактични прегледи се провеждат съгласно изискванията и спецификациите, посочени в настоящата Техническа спецификация, на застраховани лица, които са включени от Възложителя в списъците на застрахованите лица, актуални към периода на провеждане на прегледите.
3. Годишните профилактични прегледи се провеждат на служителите и работниците на Възложителя, както и на застраховани членове на техните семейства, които са на възраст над 18 години.
4. Въз основа на предварително изготвен от Възложителя списък на застрахованите лица, желаещи да им бъде направена имунизация с противогрипна ваксина, Изпълнителят обезпечава финансово и организационно закупуването на необходимия брой ваксини и организирането на доставката и поставянето им. Противогрипните ваксини се предават на всяко застраховано лице срещу подпис. Протоколите с подписите на застрахованите лица се предават на Изпълнителя в срок от 15 дни от окончателното предаване на ваксините. Изпълнителят информира Възложителя за организацията по поставянето на противогрипните ваксини.
5. Провеждането на годишните профилактични прегледи се осъществява в лечебни заведения на територията на градовете Варна, Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Разград, Русе, Силистра, Търговище и Шумен. При изрично искане от страна на Възложителя е възможно провеждането им да се осъществи и в помещения на Възложителя с мобилни лекарски екипи на Изпълнителя.
6. Срокове и организация на провеждане на годишните профилактични прегледи:
 - 6.1. Сроковете за провеждане на годишните профилактични прегледи се определят след двустранно съгласуване между Възложителя и Изпълнителя като същите могат да бъдат удължавани при писмена заявка от Възложителя и подписване на протокол;
 - 6.2. Възложителят изпраща писмено искане за провеждане на годишните профилактични прегледи в срок до 30 /тридесет/ календарни дни преди желаната начална дата на провеждането им за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период. 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;
 - 6.3. В срок до 15 /петнадесет/ календарни дни преди желаната начална дата на провеждане на годишните профилактични прегледи за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период, Изпълнителят представя за съгласуване на Възложителя писмено предложение на график и организация за провеждането им;
 - 6.4. Срокът за окончателното съгласуване на графика и организацията на прегледите от двете страни е до 10 /десет/ календарни дни преди желаната начална дата на провеждане на прегледите за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.
7. Профилактичните прегледи завършват в срок не по-дълъг от 75 (седемдесет и пет) календарни дни от започването им.
8. Изпълнителят се задължава да осигури координатор, отговарящ за организацията на годишните профилактични прегледи за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период и за всяко едно населено място, където се провеждат прегледите, а именно градовете Варна, Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Разград, Русе, Силистра, Търговище и Шумен.
9. Изпълнителят е длъжен в срок до 7 /седем/ календарни дни, след приключване на всеки 15 (петнадесет) календарни дни от годишните профилактични прегледи, да предаде на Възложителя 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. Възложителят 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 Изпълнителя на Възложителя се извършва с приемо-предавателен протокол.
10. Изпълнителят 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 Възложителят има сключен договор, заедно с приемо-предавателен протокол. На Възложителя се предоставя копие на приемо-предавателния протокол.

11. Изпълнителят е длъжен в срок до 30 /тридесет/ календарни дни, след окончателното приключване на годишните профилактични прегледи да предостави на Възложителя 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.
12. Изпълнителят е длъжен за провеждането на годишните профилактични прегледи да осигури минимум по 2 броя ехографи и съответните специалисти за градовете Варна и Горна Оряховица.

Раздел 4. Предоставяне на тримесечна медико–статистическа информация (отчет) по застрахователния договор от Изпълнителя.

1. Изпълнителят се задължава след края на всяко тримесечие от началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период и до 20-то число на месеца, следващ съответното отчетно тримесечие, да предоставя на застрахователния брокер справка за щетимост по договора, която обхваща всички плащания, извършени от Изпълнителя във връзка с внесени от застрахованите лица претенции за възстановяване на разходи, както и плащания, извършени от Изпълнителя във връзка с ползвани от застрахованите лица здравни услуги, предоставени от изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят има сключен договор за абонаментно обслужване и следва да съдържа: здравен номер на застрахованото лице, номер и дата на завеждане на претенцията, размер на претенцията, размер на изплатено обезщетение, дата на изплащане на обезщетението към застрахованото лице във връзка с внесени претенции за възстановяване на разходи, изплатени суми от Изпълнителя към изпълнителите на здравни услуги (лечебни заведения) за ползвани здравни услуги от застрахованото лице за периода на справката, когато същите се ползват на принципа на абонаментно обслужване. Информацията в справката следва да е 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“ и „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия“. Справката следва да бъде предоставяна на застрахователния брокер в електронен формат (EXCEL).
2. Въз основа на получената по предходната точка справка застрахователният брокер предоставя на Възложителя обобщена, неперсонифицирана справка за ползваните от застрахованите лица услуги и тяхната стойност.

Раздел 5. Срокове за предоставяне на здравни услуги и възстановяване на разходи.

1. Сроктът за предложение на конкретни дата и час за изпълнение на заявка за здравна услуга от застраховано лице, отправена към Изпълнителя по телефон [чрез координатор или единен телефонен център (кол център) на Изпълнителя] или електронен път е не по-късно от 24 часа от постъпването на заявката. Сроктът 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.
2. При неизпълнение от страна на Изпълнителя на заявена по телефон здравна услуга всяко застраховано лице има право да отправи същата чрез e-mail директно към Изпълнителя. 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 Изпълнителя по телефон и отговора на Изпълнителя, друга необходима информация по преценка на застрахованото лице.
3. Изпълнителят е длъжен при писмена заявка за изпълнение на здравни услуги по застрахователния договор за застраховано лице, отправена директно от застрахованото лице по реда на предходната точка, да изпрати писмен отговор на получената заявка, който съдържа предложение относно нейното изпълнение или отказ за изпълнението.
4. Неизпълнението на задължението на Изпълнителя по предходната точка от настоящия раздел в срок до 2 /два/ работни дни от получаване на писмената заявка се счита за отказ за изпълнение на здравната услуга.

5. 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“ срещу издадени разходнооправдателни документи, застрахованите лица подават при Изпълнителя претенция по образец на Изпълнителя, съгласуван с Възложителя и застрахователния брокер. Подаването на претенция от застрахованото лице в сроковете, посочени в т. 8 от настоящия раздел на Техническата спецификация, се счита за уведомяване на Изпълнителя за настъпилото застрахователно събитие.
6. 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 Изпълнителя списък с документите и изискванията на Изпълнителя към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи, представляващ неразделна част от застрахователния договор. Изпълнителят 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. Изпълнителя няма право да отказва изплащане на суми по предявени претенции за възстановяване на разходи, при условие че същите са доказани по основание и размер.
7. Претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица се събират, регистрират и входират при Изпълнителя от обслужващия застрахователен брокер на Възложителя. Претенциите за възстановяване на разходи могат да се регистрират и входират при Изпълнителя и директно от застрахованите лица.
8. 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“ срещу издадени разходнооправдателни документи се подава при Изпълнителя 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 Изпълнителя, следва да са извършени през съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.
9. Изпълнителят 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 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“, 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.
10. В случай че застрахованото лице не представи всички изискуеми документи съгласно застрахователния договор и приложения към него списък с необходими документи и изискванията на Изпълнителя към тях в своята претенция и/или представените документи не дават на Изпълнителя достатъчно данни за преценка на основанието и размера на внесената претенция, Изпълнителят в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенцията писмено уведомява застрахованото лице и го поканва да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените документи.
11. 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 застраховката, предмет на настоящата процедура.
12. Изпълнителят уведомява писмено застрахованото лице в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенция за възстановяване на разходи или от датата на получаване на допълнителни документи или на документи с отстранени непълноти и неточности към вече постъпила претенция на застрахованото лице за взетото решение да не възстанови извършените разходи, като посочва писмено своите аргументи за взетото решение съгласно условията на застрахователния договор, Общите условия на Изпълнителя и/или

- приложения списък с необходими документи и изискванията на Изпълнителя към тях, представляващи неразделна част от застрахователния договор.
13. Изпълнителят връща на застрахованото лице оригиналите на онези медицински и/или финансови документи по вече внесени претенции, за които е необходимо отстраняване 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, Изпълнителят връща на застрахованото лице всички оригинали на внесените медицински и финансови документи. Изпълнителят е длъжен да върне документите по реда и при условията на настоящата точка, без да иска каквото и да е заплащане от страна на Възложителя и/или застрахованото лице. При всички случаи, разходите за нотариално заверени копия на подлежащите на връщане документи, които остават при Изпълнителя (в случай че се изисква нотариална заверка), са за сметка на Изпълнителя.
 15. Изпълнителят се задължава да не поставя условие за минимален размер на претенция за възстановяване на разходи, под който същата няма да бъде разглеждана.
 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, е 10 /десет/ календарни дни от датата на предписването им.
 17. Изпълнителят 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.
 18. Изпълнителят 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.
 19. Изпълнителят НЕ възстановява потребителските такси за ползвани здравни услуги.
 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 Изпълнителя.
 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 Изпълнителят няма право да прихваща от одобрения размер на претенцията оставащи неплатени вноски от разсрочената годишна застрахователна премия, дължима от Възложителя по отношение на това лице.

Раздел 6. Срок на действие на застрахователния договор:

1. Максималният срок на застрахователния договор е 48 /четиридесет и осем/ месеца и се състои от 4 /пет/ последователни застрахователни периода от по 12 /дванадесет/ месеца, като неговото действие започва да тече от 00:00 ч. на 01.07.2021 г. и се прекратява в 24:00 ч. на 30.06.2025 г.
2. Действието на застрахователния договор за новопостъпили лица, включени в списъка на застрахованите лица след началната дата на действие на застрахователния договор за съответния едногодишен период, започва да тече от началото на месеца, в който новопостъпилото лице за първи път е включено в списъка на застрахованите лица.

Раздел 7. Застрахователна премия, условия за плащане на застрахователната премия:

1. Възложителят заплаща на Изпълнителя в полза на застрахованите лица застрахователна премия за всяко едно застраховано лице, за всеки един календарен месец за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на действие на застрахователния договор.
2. Застрахователната премия за всяко едно застраховано лице е определена за 1 /един/ календарен месец и е валидна за целия срок на действие на застрахователния договор до 30.06.2025 г. Така определената застрахователна премия не подлежи на промяна през целия срок на договора, освен в случаите, предвидени в Закона за обществените поръчки.
3. Застрахователната премия за едно застраховано лице за един месец е окончателна и в нея са включени всички разходи на Изпълнителя във връзка с изпълнението на поръчката, в т.ч.

административни и аквизиционни разноски (включително брокерска комисионна/възнаграждението на застрахователния брокер), стойността на личните здравни карти, други такси и вноски, начислявани от Изпълнителя съгласно действащата нормативна уредба на Република България, както и отстъпки, дадени от Изпълнителя на Възложителя /ако има такива/. Брокерската комисионна /възнаграждението на застрахователния брокер/ е в размер на 15% /петнадесет на сто/ от застрахователната премия за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

4. Съгласно Закона за данък върху застрахователните премии, Изпълнителят начислява данък в размер на 2 (две) на сто върху застрахователната премия по застрахователния договор. Начисленият данък съгласно ЗДЗП се посочва отделно от договорената застрахователна премия по договора.
5. Застрахователната премия и съответният данък съгласно ЗДЗП са в лева и се заплащат по банков път от Възложителя на Изпълнителя на месечна база съгласно актуализиран списък на застрахованите лица, подлежащи на застраховане по медицинска застраховка.
6. Първата месечна застрахователна премия се изчислява, като посоченият в застрахователния договор размер на застрахователната премия за едно застраховано лице за един календарен месец се умножи по броя на застрахованите лица към датата на сключване на застрахователния договор. Всяка следваща месечна застрахователна премия се изчислява, като посоченият в застрахователния договор размер на застрахователната премия за едно застраховано лице за един календарен месец се умножи по актуализирания брой застраховани лица за съответния месец, съобразно представен от Възложителя актуален списък на застрахованите лица в съответствие с т. 7 от настоящия раздел на документацията за участие.
7. Срокът за представяне на актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица от Възложителя на Изпълнителя е на 1-во число на всеки текущ месец.
8. Изпълнителят представя на Възложителя 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 застрахователния договор премия за едно застраховано лице, за един календарен месец и умножена по броя на застрахованите лица съгласно актуализирания списък по т. 7 от настоящия раздел.
9. Месечната застрахователна премия и съответният данък съгласно ЗДЗП за първите три месеца от началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период се заплащат от Възложителя на Изпълнителя в срок до 20 /двадесет/ календарни дни от началото на всеки месец, като за този срок Изпълнителят приема да покрие всички рискове по застрахователния договор.
10. Следващите месечни застрахователни премии, след третата месечна застрахователна премия, заедно със съответния данък съгласно ЗДЗП се заплащат от Възложителя на Изпълнителя в срок до 30 /тридесет/ календарни дни от датата, на която Възложителят получи сметката съгласно т. 8 от настоящия раздел на документацията за участие, като за този срок Изпълнителят приема да покрие всички рискове по застрахователния договор.
11. Месечната застрахователна премия и данъкът съгласно ЗДЗП за втория, третия и четвъртия едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на действие на застрахователния договор се определят и заплащат от Възложителя на Изпълнителя по горепосочения ред.

Раздел 8. Специални условия:

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 настоящата обществена поръчка. Изпълнителят 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 Изпълнителят имат сключен договор за абонаментно обслужване.
2. Изпълнителят 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.
3. Изпълнителят 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.

4. Изпълнителят 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.
5. При сключване на застрахователния договор Изпълнителят 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 за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, вкл. изискванията на Изпълнителя 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 с Възложителя, тя става приложение - неделима част от договора за обществена поръчка.
6. Обслужването на застрахователния договор, сключен в резултат на настоящата процедура за възлагане на обществена поръчка с предмет: „Сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на „Електроразпределение Север“ АД”, ще се извършва с посредничеството на лицензиран застрахователен брокер, в съответствие с предвиденото в ал. 1 и ал. 2 на чл. 301 от Кодекса за застраховане, с който Възложителят има сключен договор за обслужване на корпоративните му интереси.
 - 6.1. Възнаграждението на застрахователния брокер е в размер на 15% /петнадесет на сто/ от застрахователната премия без начислен данък съгласно ЗДЗП за всеки един едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на действие на застрахователния договор, като възнаграждението на застрахователния брокер е включено в застрахователната премия и се дължи от Изпълнителя на застрахователния брокер съгласно чл. 301, ал. 3 от Кодекса за застраховане. Възнаграждението на застрахователния брокер се дължи от Изпълнителя в срок не по-късно от 30 календарни дни от датата на плащане на дължимата застрахователна премия или вноса от застрахователната премия от Възложителя.
7. В случай на противоречие или несъответствие между Общите и/или Специалните условия на Изпълнителя и клаузите на застрахователния договор, приложими са условията, договорени и заложи в застрахователния договор. Всякакви изменения в Общите и/или Специалните условия на Изпълнителя, представляващи неразделна част от застрахователния договор, или замяната им с нови по време на действие на договора имат сила за Възложителя 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.

**ТЕХНИЧЕСКА СПЕЦИФИКАЦИЯ (СПЕЦИФИКАЦИЯ НА УСЛУГАТА)
ОБХВАТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА**

А. ПРОФИЛАКТИКА – ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО И ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБОЛЯВАНЕ

А1. Профилактични прегледи, провеждани веднъж годишно в рамките на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период на застраховани лица над 18 години, включващи:

1. Провеждане на скрининг с въпроси за ранно откриване на социално-значими заболявания: хипертония, диабет, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, злокачествени образувания, психични болести, алергии.

2. Преглед от специалист интернист

- анамнеза и физикално изследване от лекар-интернист;

- ръст и тегло с определяне на BMI (индекс на телесната маса);
- измерване на кръвно налягане (RR);
- електрокардиограма (ЕКГ)

3. Преглед от офталмолог

- измерване на зрителната острота; определяне на цветоусещане

4. Преглед от акушер – гинеколог (АГ)

- скрининг за рак на шийката на матката, цитонамазка

5. Прегледи от други специалисти:

- Невролог
- УНГ

6. Клинична лаборатория:

- пълна кръвна картина, глюкоза, TSH, СУЕ;
- биохимия – креатинин, холестерол, HDL, LDL, триглицериди
- урина – химично изследване на рН, специфично тегло, белтък, глюкоза, кетони, билирубин, уробилиноген, кръв, седимент;
- PSA – скрининг за рак на простатата (за мъже над 50 г.)

7. Остеоденситометрия (за жени над 45 г.)

8. Ехография на щитовидна жлеза

9. Ехография на млечни жлези

10. Ехография на коремни органи

11. Ехография на простатна жлеза

12. Имунизация с противогрипна ваксина – веднъж за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период и при предварително изявено желание от застрахованите лица

- включва закупуването, доставката и поставянето на ваксина

13. Изготвяне на заключение за здравния статус и индивидуални препоръки за необходими следващи прегледи и/или изследвания при установяване на повишен риск от заболяване.

Б. ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

1. Прегледи (първични, вторични, контролни) при възникване на заболяване, по медицински показания, включително и консултация при необходимост от второ мнение от:

- лекар специалист от всички специалности, вкл. психолог
- хабилитирани лица

2. Съвети и консултации от лекар специалист и хабилитирано лице

3. Неотложна медицинска помощ – нощем, в почивни и празнични дни

4. Наблюдение на деца до 18 години от педиатър /за застраховани членове на семействата на служителите/

5. Клинико-лабораторни изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/ в обем, позволяващ диагностициране и проследяване развитието на заболяването:

- хематологични, биохимични, микробиологични (вкл. антибиограма), хормонални
- химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген), седимент
- туморни маркери, ензимни, имунологични, вирусологични, паразитологични, серологични, алергологични, генетични

6. Клинико-инструментални изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/ в обем, позволяващ диагностициране на заболяването:

- функционални изследвания; ултразвукови (ехографски), рентгенови, радиоизотопни, ангиографски, ендоскопски изследвания (без биопсия, с биопсия вкл. колпоскопия), компютърна томография (скенер), оптична кохерентна томография, ядрено-магнитен резонанс

7. Морфологични изследвания по лекарско назначение:

- цитологични изследвания
- хистологични изследвания

8. Манипулации в извънболнични условия за овладяване на конкретен здравен проблем (вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества):

- инжектиране – мускулно и венозно
- превръзки на рани
- сваляне на конци
- поставяне и сваляне на гипсови имобилизации
- поставяне на венозна система, абокат и др.
- амбулаторни процедури и хирургични операции - с годишен подлимит на едно застраховано

	<p>Техническа спецификация за сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на Електроразпределение Север АД</p>	<p>ТС-ИНС-173 Версия: v.02 Стр. 16 от 18</p>
<p>лице – 300 лв.</p>		
<p>9. Подготовка за планова хоспитализация</p>		
<p>- всички необходими медицински прегледи, консултации и клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания (вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества)</p>		
<p>10. Физиотерапевтично лечение и рехабилитация (кинезитерапия, електротерапия, лазерна терапия, магнитотерапия, ултразвукова терапия, термотерапия и други), назначени от лекар - с годишен подлимит на едно застраховано лице – 300 лв.</p>		
<p>11. Диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването</p>		
<p>В. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ</p>		
<p>1. Хоспитализация в болнични лечебни заведения – клиники и стационарни отделения:</p>		
<p>1.1. ОАРИЛ, Терапевтично, Хирургично, Педиатрично, Неврологично, Офталмологично, Гинекологично, Родилно, Патологична бременност, Пулмологично, Пневмофтизиатрично, Токсикологично, Оториноларингологично, Ортопедично/травматологично, Дерматовенерологично, Ендокринологично, Кардиологично, Гастроентерологично, Физиотерапевтично, за долекуване и продължително лечение, Урологично, Алергологично, Нефрологично, Хематологично, Ревматологично, Инфекциозно и др.</p>		
<p>2. Прием и настаняване в лечебно заведение:</p>		
<p>- в стая с две и повече легла</p>		
<p>3. Преглед и назначаване на лечение от:</p>		
<p>- дежурен лекар</p>		
<p>- лекуващ лекар</p>		
<p>- завеждащ отделение</p>		
<p>- хабилитирано лице</p>		
<p>4. Визитация и наблюдение от:</p>		
<p>- дежурен лекар</p>		
<p>- лекуващ лекар – ежедневно</p>		
<p>- завеждащ отделение – 1 път седмично</p>		
<p>- хабилитирано лице – 1 път седмично</p>		
<p>5. Консултация с лекари – специалисти от отделенията на лечебното заведение</p>		
<p>6. Манипулации по медицински показания в амбулаторни условия /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/</p>		
<p>7. Клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/ в обем, позволяващ диагностициране, проследяване и лечение на заболяването</p>		
<p>8. Избор на лекар / екип</p>		
<p>9. Лечение:</p>		
<p>- медикаментозно</p>		
<p>- диетолечение</p>		
<p>- физиотерапия</p>		
<p>- рехабилитация</p>		
<p>- хормонално</p>		
<p>- имунотерапия и др.</p>		
<p>10. Хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски):</p>		
<p>- с малка сложност</p>		
<p>- със средна сложност</p>		
<p>- с голяма сложност</p>		
<p>11. 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) с годишен подлимит на едно застраховано лице – 1500 лв.</p>		
<p>12. Продължителност на престоя в стационар – без ограничение</p>		
<p>Г. МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ</p>		
<p>Секция “Бременност”</p>		
<p>1. Наблюдение на нормална и рискова бременност от гинеколог / акушер-гинеколог</p>		
<p>2. Всички необходими медицински прегледи, клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания:</p>		
<p>- при установяване и регистриране на бременност</p>		
<p>- за проследяване на нормална и рискова бременност</p>		

3. Наблюдение на развитието на плода с 2D, 3D и/или 4D ехограф

4. Биохимичен скрининг и пренатална диагностика на плода за хромозомни аномалии по медицински показания, назначени от лекар

Секция "Раждане"

1. Хоспитализация и настаняване в родилно отделение на лечебно заведение, регистрирано съгласно ЗЛЗ:

- в стая с две и повече легла (вкл. при подобрени битови условия)

2. Избор на лекар / екип

3. Преглед и консултация с лекари и лекари-специалисти

4. Клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания във връзка с раждането

5. Манипулации, извършени по време на раждането и възстановителния период в рамките на хоспитализацията

6. Лекарствени и анестезиологични средства, консумативи, санитарно-хигиенни материали, използвани по време на раждането и възстановителния период в рамките на хоспитализацията

7. Цезарово сечение по медицински показания

Д. ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА ЛЕКАРСТВЕНИ СРЕДСТВА, ДРУГИ СТОКИ И УСЛУГИ

1. Лекарствени средства, регистрирани като такива в Р. България (вкл. хомеопатични, растителни, витамини и минерали, имуностимулатори), предписани от лекар при извънболнична и болнична медицинска помощ (без сумите, възстановявани от НЗОК).

2. Превързочни материали, спринцовки, игли, системи, абокати при извънболнична и болнична медицинска помощ

3. Помощни средства при извънболнична и болнична медицинска помощ:

- патерици, бастуни, слухови апарати, катетри, колекторни торбички, уринатори и други

- протези на крайниците, ортези, инвалидни колички

Е. УСЛУГИ, СВЪРЗАНИ С БИТОВИ И ДРУГИ ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ

1. Сестринско наблюдение и рутинни сестрински грижи за хоспитализирани пациенти – съдействие в лечението, манипулации назначени от наблюдаващия лекар, контрол на състояние – до 15 дни за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период

2. Интензивни сестрински грижи – продължително интравенозно хранене, хранене през назална тръба, помощ при хранене през устата, усилено хранене – до 10 дни за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период

3. Прием и настаняване в лечебно заведение:

- в стая с две и повече легла, включително разходите за храна

4. Санитарен транспорт на болен:

- от дома на болния до лечебното заведение

- от лечебното заведение до друго лечебно заведение

* *Лимит на обезщетение в размер на 4 000,00 /четири хиляди/ лева за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период за болнична и извънболнична медицинска помощ (вкл. по време на бременност и раждане и услуги, свързани с битови и други допълнителни условия), ползвана при изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, както и при изпълнители на здравни услуги, с които Изпълнителят няма сключени договори за здравно обслужване;*

- Подлимит за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период за възстановяване на разходи 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) в размер на 1500,00 /хиляда и петстотин/ лева. Подлимитът на обезщетение по настоящата точка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата документация и се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които изпълнителят има сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят няма сключени договори;

- Подлимит за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период за извършени амбулаторни процедури и хирургични операции в размер на 300,00 /триста/ лева. Подлимитът на обезщетение по настоящата точка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата документация и се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които изпълнителят има

сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **няма** сключени договори;

- Подлимит за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период за проведени физиотерапевтично лечение и рехабилитация (кинезитерапия, електротерапия, лазерна терапия, магнитотерапия, ултразвукова терапия, термотерапия и други), назначени от лекар, в размер на 300,00 /триста/ лева. Подлимитът на обезщетение по настоящата точка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата документация и се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **има** сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **няма** сключени договори;

- Подлимит за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период за медицински услуги, свързани с наблюдение на нормална и рискова бременност в размер на 300,00 /триста/ лева. Подлимитът на обезщетение по настоящата точка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата документация и се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **има** сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **няма** сключени договори;

- Подлимит за едно застраховано лице, за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период за избор на лекар или избор на екип от медицински специалисти при проведено болнично лечение, включително и при раждане в размер на 300,00 /триста/ лева за избор на лекар и 500,00 /петстотин/ лева за избор на екип. Подлимитът на обезщетение по настоящата точка е в рамките на лимита на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата документация и се прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **има** сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които Изпълнителят **няма** сключени договори;

** Лимит при възстановяване на разходи на застрахованите лица за лекарствени средства, помощни средства, други свързани със здравето 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), съобразно писмено назначение от лекуващия лекар в размер до 250,00 /двеста и петдесет/ лева за едно застраховано лице за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период, с прилагане на 15% самоучастие на застрахованото лице от одобрения размер на всяко едно обезщетение. Този лимит е в допълнение на лимита на обезщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от настоящата документация.

Под "заболяване" се разбира заболяване и/или злополука и/или професионално заболяване.