ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

№ 102-Д

Днес 21.06.21 г., в гр. Варна, между:

1. „Електроразпределение Север" АД, със седалище и адрес на управление: гр. Варна 9009, район Владислав Варненчик, бул. „Владислав Варненчик" № 258, Варна Тауърс – Е, вписано в Агенция по вписванията, Търговски регистър с ЕИК: 104518621, представлявано заедно от всеки двама от членовете на УС Атанас Колев, Румен Лалев и Георги Коршия, наричано по–долу за краткост „ЗАСТРАХОВАЩ", от една страна,

и

2. „ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ." АД, със седалище и адрес на управление: гр. София 1700, район Студентски, ул. „Проф. Александър Фол" № 2, вх.Б, вписано в Агенция по вписванията, Търговски регистър с ЕИК: 200103397, представлявано от Милена Христова Касапова – Изпълнителен директор и Цветомира Карапчанска - Прокурист, наричано по–долу за краткост „ЗАСТРАХОВАТЕЛ", от друга страна.

(ЗАСТРАХОВАЩИЯТ и ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ наричани заедно „Страните", а всеки от тях поотделно „Страна");

На основание чл. 112, ал.1 от Закона за обществените поръчки („ЗОП") и Решение №102-Б/16.03.2021 г. за определяне на изпълнител на обществена поръчка : Сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на „Електроразпределение Север" АД, се сключи настоящия 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 ЗАСТРАХОВАЩИЯ (наричани по-долу за краткост „Застраховани лица"), съгласно параметрите и условията посочени в Техническа спецификация на ЗАСТРАХОВАЩИЯ - Приложение № 1, Техническо предложение на Застрахователя - Приложение № 2 и Ценово предложение на Застрахователя - Приложение № 3, които са неразделна част от настоящия договор, наричана за краткост „Услугата".

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 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).

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;
б/ изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване;
б/ изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване;
б/ изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по застрахователния договор към изпълнителите на здравни услуги, предоставили на застрахованите лица здравни услуги и/или стоки и с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване, така и при изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключени договори за здравно обслужване.

1.4 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ следва:

1.4.1 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;

1.4.2. Финансово и организационно да обезпечи ползването от застрахованите лица 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 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ **има** сключени договори за здравни услуги, както и при такива, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ **няма** сключени договори;

1.4.3. 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 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 точка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.2 от настоящия договор;

1.4.4. 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 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 точка **е в рамките на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.2 от настоящия договор;

1.4.5. Да възстанови 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 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 1.4.2 от настоящия договор;

1.4.6. Да възстанови 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 подточка **е в допълнение на лимита** на обезщетение, посочен в подточка 1.4.2 от настоящия договор;

1.4.7. Да възстанови 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 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 1.4.2 от настоящия договор;

1.4.8. Да възстанови 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 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 1.4.2 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 за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на действие на застрахователния договор. 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.

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 21,99 лева (двадесет и един лева и деветдесет и девет стотинки)без включен ДЗП.

2.3 Общата прогнозна стойност на договора без включен данък съгласно ЗДЗП за максималния срок на договора от 48 /четиридесет и осем/ месеца е в размер на 1 631 256 /един милион шестстотин тридесет и една хиляди двеста петдесет и шест/ лв. (наричана по-нататък „Стойността на Договора"). Стойността на Договора служи за определяне на гаранцията за изпълнение и не ангажира ЗАСТРАХОВАЩИЯ с точното й спазване.

2.4 Застрахователната премия за едно застраховано лице за един месец е окончателна и в нея 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/. Брокерската комисионна /възнаграждението на застрахователния брокер/ е в размер на 15% /петнадесет на сто/ от застрахователната премия за всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

2.5 Съгласно Закона за данък върху застрахователните премии, 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.

2.6 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:

БАНКОВА СМЕТКА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ :
БАНКА: „Първа Инвестиционна Банка" АД
IBAN: IBAN BG41FINV91501004438268
BIC: FINVBGSF

2.7 Първата месечна застрахователна премия се изчислява, 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. Всяка следваща месечна застрахователна премия се изчислява като застрахователната премия за едно застраховано лице, за един календарен месец се умножи по актуализирания брой застраховани лица за съответния месец, съобразно представен от ЗАСТРАХОВАЩИЯ актуален списък на застрахованите лица в съответствие с т. 2.8. от настоящия договор.

2.8 Срокът за представяне на актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е на 1-во /първо/ число на всеки текущ месец.

2.9 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. 2.8 от настоящия договор.

2.10 Месечната застрахователна премия и съответният данък съгласно ЗДЗП за първите три месеца от началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период се заплащат от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в срок до 20 /двадесет/ календарни дни от началото на всеки месец, като за този срок ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да покрие всички рискове по застрахователния договор.

2.11 Следващите месечни застрахователни премии, след третата месечна застрахователна премия, включително и данъкът съгласно ЗДЗП, се заплащат от ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в срок до 30 /тридесет/ календарни дни от датата, на която ЗАСТРАХОВАЩИЯТ получи сметката съгласно т. 2.9 от настоящия договор, като за този срок ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ приема да покрие всички рискове по застрахователния договор.

2.12 Застрахованите работници и служители 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. Дължимите застрахователни премии за членовете на семействата се удържат от трудовото възнаграждение на съответния работник/служител при условията на Кодекса на труда. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ превежда удържаните и дължими застрахователни премии по посочената банкова сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

2.13 Месечната застрахователна премия включително 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 ЗАСТРАХОВАЩИЯ на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по горепосочения ред.

3. СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

3.1 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.

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.

4. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

4.1 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да 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.

4.2 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ обезпечава 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 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. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

4.4 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ обезпечава финансово и организационно услугите, свързани с наблюдение на нормална и рискова 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".

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 качественото 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период 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 срока 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 № 5/ в 5 /пет/ дневен срок от настъпване на промяната.

4.13 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. Застраховат се и лица с намалена работоспособност под и равна на 50% /петдесет на сто/, както и такива с намалена работоспособност над 50% /петдесет на сто/.

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 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, 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 ЗАСТРАХОВАЩИЯ). За заявилите 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 заявилите 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.

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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен 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" и „Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия" ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ при ползване на здравни услуги по пакет „Болнична медицинска помощ" в размер, равен на сумата, която ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ би заплатил на лечебното заведение за лечение на задължително здравноосигурено лице.

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 съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

4.23 Новопостъпили работници и служители на ЗАСТРАХОВАЩИЯ могат да се присъединяват към покритието по застраховката без ограничение в рамките на съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

4.24 Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите работници и служители се прекратява с прекратяването на трудовото правооотношение 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 правооотношение на съответния работник или служител със ЗАСТРАХОВАЩИЯ или при писмено заявление от страна на застраховащия 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:

4.27.1. 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.

4.27.2. За целия срок на договора да поддържа минимален брой сключени договори, както следва:

а) с 1 (едно) лечебно заведение за болнична помощ (МБАЛ) в градовете Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Разград, Русе, Силистра, Търговище и Шумен и с 2 (две) лечебни заведения за болнична помощ (МБАЛ) в град Варна.

б) с 2 (две) лечебни заведения за извънболнична помощ (МЦ/ДКЦ) в градовете Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Разград, Русе, Силистра, Търговище и Шумен и с 10 (десет) лечебни заведения за извънболнична помощ (МЦ/ДКЦ) в град Варна.

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 отправи същата чрез e-mail директно към 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 директно от застрахованото лице 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 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) срещу издадени разходнооправдателни документи, 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" срещу издадени разходнооправдателни документи, 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 съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

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. За предявяване на претенции за възстановяване на разходи освен фактура и фискален бон, всички други документи се представят като копие. 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 № 7/ в своята претенция и/или 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 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.

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 извършените разходи, 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 № 7/, 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, 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период в лечебни заведения на територията на градовете Варна, Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Разград, Русе, Силистра, Търговище и Шумен.

4.29.2. 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.

4.29.3. 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.

4.29.4. 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.

4.29.5. 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 ЗАСТРАХОВАЩИЯ е възможно провеждането им да се осъществи и в помещения на ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

4.29.6. 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период. Писменото искане на ЗАСТРАХОВАЩИЯ 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период, 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

4.29.7. Профилактичните прегледи завършват в срок не по-дълъг от 75 /седемдесет и пет/ календарни дни от започването им.

4.29.8. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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.

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 градовете Варна и 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 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ във връзка с внесени от застрахованите лица претенции за възстановяване на разходи, както и плащания, извършени от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ във връзка с ползвани от застрахованите лица здравни услуги, предоставени от изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ 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).

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 законовите 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. ПОДИЗПЪЛНИТЕЛИ

5.1 При изпълнението на настоящия договор ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма да използва подизпълнител/и

6. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

6.1 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е длъжен ежемесечно, до 1-во число на съответния месец да предоставя на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ актуализиран списък на подлежащите на застраховане лица.

6.2 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да раздаде на застрахованите лица личните здравни карти по списък и срещу подпис от тяхна страна.

6.3. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да заплаща застрахователните премии на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и съответния данък върху тях в сроковете и при условията, определени в настоящия договор.

6.4 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 Кодекса на труда.

6.5 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се задължава да информира ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за всички известни му промени във фактите и обстоятелствата по настоящия договор.

7. ПРАВА НА ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА

7.1 Всяко Застраховано лице има право лично да ползва здравни услуги и стоки от обхвата на застрахователното покритие по медицинската застраховка съгласно Техническата спецификация - Приложение № 1, в лечебните заведения на територията на Република България от списъците, посочени в Приложение № 5.

7.2 Всяко застраховано лице има право да избере лечебно заведение, с което ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключен договор за медицинско обслужване, съгласно Приложение № 5, като финансовите отношения по повод предоставянето на здравните услуги се уреждат директно между ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и изпълнителя на медицинска помощ.

7.3 Всяко Застраховано лице има право лично да ползва здравни услуги и/или стоки 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. Застрахованите лица имат право да ползват здравни услуги и/или стоки срещу разходнооправдателни документи и при изпълнители на здравни услуги, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за здравно обслужване.

7.4 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.

7.5 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.

7.6 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.

7.7 При неизпълнение от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на заявена по телефона медицинска услуга, всяко застраховано лице има право да подава чрез e-mail информация към 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.

8. ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРА

8.1 При подписването на този договор, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ представя на ЗАСТРАХОВАЩИЯ гаранция за изпълнение в размер на 3 % /три на сто/ от Стойността на Договора, а именно 48 937,68(четиридесет и осем хиляди деветстотин тридесет и седем лева и шестдесет и осем стотинки) лева („Гаранцията за изпълнение"), която служи за обезпечаване на изпълнението на задълженията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по Договора.

8.2 В случай на изменение на договора, извършено в съответствие с този договор и приложимото право, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ се задължава да предприеме необходимите действия за привеждане на Гаранцията за изпълнение в съответствие с изменените условия на договора, в срок до 5 /пет/ работни дни от подписването на допълнително споразумение за изменението.

8.3 Действията за привеждане на Гаранцията за изпълнение в съответствие с изменените условия на договора могат да включват, по избор на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:
1. внасяне на допълнителна парична сума по банковата сметка на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, при спазване на изискванията на 8.4 от Договора; и/или;
2. предоставяне на документ за изменение на първоначалната банкова гаранция или нова банкова гаранция, при спазване на изискванията на 8.5 от Договора; и/или

3. предоставяне на документ за изменение на първоначалната застраховка или нова застраховка, при спазване на изискванията на 8.6 от Договора.

8.4 Когато като Гаранция за изпълнение се представя парична сума, сумата се внася по следната банкова сметка на ЗАСТРАХОВАЩИЯ:

Райфайзенбанк (България) АД
IBAN: BG02RZBB91551088593303
BIC: RZBBBGSF

8.5. Когато като гаранция за изпълнение се представя банкова гаранция, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ предава на ЗАСТРАХОВАЩИЯ оригинален екземпляр на банкова гаранция, издадена в полза на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, която трябва да отговаря на следните изисквания:
1. да бъде безусловна и неотменяема банкова гаранция, да съдържа задължение на банката - гарант да извърши плащане при първо писмено искане от ЗАСТРАХОВАЩИЯ, декларираща, че е налице неизпълнение на задължение на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ или друго основание за задържане на Гаранцията за изпълнение по този договор;
2. да бъде със срок на валидност за целия срок на действие на Договора плюс 30 (тридесет) дни след прекратяването на договора, като при необходимост срокът на валидност на банковата гаранция се удължава или се издава нова.
Банковите разходи по откриването и поддържането на Гаранцията за изпълнение във формата на банкова гаранция, както и по усвояването на средства от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ, при наличието на основание за това, са за сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

8.6 Когато като Гаранция за изпълнение се представя застраховка, която обезпечава изпълнението чрез покритие на отговорността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, същата следва да отговаря на следните условия:
1. да бъде безусловна, неотменима и изискуема при първо писмено поискване, в което ЗАСТРАХОВАЩИЯТ заяви, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не е изпълнил задължение по договора за възлагане на обществената поръчка;
2. застрахователната сума да е равна на размера на гаранцията за изпълнение;
3. да бъде издадена от застрахователно дружество, лицензирано и регистрирано съобразно изискванията на Кодекса на застраховането и Търговския закон на Република България за извършване на дейност по т.15 „Гаранции" от Раздел II, буква „А" на Приложение № 1 към Кодекса на застраховането или да е нотифицирало Комисията за финансов надзор (КФН), че желае да извършва дейност на територията на Република България при условията на правото на установяване или свободата на представяне на услуги, включително да сключва класовете застраховки по т. 15 „Гаранции" от Раздел II, буква „А" на Приложение № 1 към Кодекса на застраховането на територията на Република България (за застрахователно дружество, регистрирано в държава членка на ЕС или друга държава – страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство да бъде с начало на действие датата на влизане в сила на договора, предмет на обществената поръчка и край на действие датата на изтичане срока на договора, предмет на обществената поръчка. В полицата следва да бъде заложен удължен срок за предявяване на претенции, произтичащи от неизпълнение на договора, предмет на обществената поръчка – плюс 30 (тридесет) дни след неговото изтичане;
4. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ следва да бъде посочен като трето ползващо се лице (Бенефициент) в застрахователната полица по тази застраховка;
5. в застраховката трябва изрично да бъде посочен предметът на обществената поръчка, за която се представя гаранцията за изпълнение;
6. застраховката трябва да покрива единствено рисковете, свързани с реализацията на договора, предмет на обществената поръчка и не може да бъде използвана за обезпечение на отговорността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ по друг договор;
7. Застрахователната полица по застраховката следва да бъде с начало на действие датата на влизане в сила на договора, предмет на обществената поръчка и край на действие датата на изтичане срока на договора, предмет на обществената поръчка. В полицата следва да бъде заложен удължен срок за предявяване на претенции, произтичащи от неизпълнение на договора, предмет на обществената поръчка – плюс 30 (тридесет) дни след неговото изтичане;

8. да е предвидено застрахователната премия по застраховката да се заплаща от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ еднократно.

8.7 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ предава на ЗАСТРАХОВАЩИЯ оригинал на застрахователната полица. Към нея следва да се приложат Общите условия на застрахователя(и Специалните условия, ако са приложими) по този вид застраховка.

8.8 За доказване валидността на застраховката, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ следва да представи на ЗАСТРАХОВАЩИЯ документ за платена застрахователна премия – копие, заверено „вярно с оригинала".

8.9 Разходите по сключването на застрахователния договор и поддържането на валидността на застраховката за изисквания срок, както и по всяко изплащане на застрахователно обезщетение в полза на ЗАСТРАХОВАЩЯ, при наличието на основание за това, са за сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

8.10 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ освобождава Гаранцията за изпълнение в срок до 30 (тридесет) дни след приключване на изпълнението на договора и окончателно приемане на дейностите в пълен размер, ако липсват основания за задържането от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ на каквато и да е сума по нея.

8.11 Освобождаването на Гаранцията за изпълнение се извършва, както следва:
1. когато е във формата на парична сума – чрез превеждане на сумата по банкова сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;
2. когато е във формата на банкова гаранция – чрез връщане на нейния оригинал на представител на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ или упълномощено от него лице;
3. когато е във формата на застраховка – чрез връщане на оригинала на застрахователната полица на представител на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ или упълномощено от него лице.

8.12 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ не дължи лихва за периода, през който паричната сума, внесена като гаранция за изпълнение, законно е престояла у него.

8.13 Гаранцията или съответната част от нея не се освобождава от ЗАСТРАХОВАШИЯ, ако в процеса на изпълнение на договора е възникнал спор между Страните относно неизпълнение на задълженията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и въпросът е отнесен за решаване пред съд. При решаване на спора в полза на ЗАСТРАХОВАЩИЯ той може да пристъпи към усвояване на гаранциите.

8.14 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да задържи съответна част и да се удовлетвори от Гаранцията за изпълнение, когато ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не изпълни някое от неговите задължения по договора, както и в случаите на лошо, частично и забавено изпълнение на което и да е задължение на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, като усвои такава част от Гаранцията за изпълнение, която съответства на уговорената в договора неустойка за съответния случай на неизпълнение.

8.15 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да задържи Гаранцията за изпълнение в пълен размер, в следните случаи:
1. ако ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не започне работа по изпълнение на договора от 00:00 часа на 01.07.2021 г., както и за следващите едногодишни застрахователни периоди и ЗАСТРАХОВАЩИЯТ прекрати Договора на това основание;
2. при пълно неизпълнение (в т.ч. когато изпълнението на Услугите, предмет по договора, не отговаря на изискванията на ЗАСТРАХОВАЩИЯ) и прекратяване на Договора от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ на това основание;
3. при прекратяване на дейността на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ или при обявяването му в несъстоятелност.

8.16 Във всеки случай на задържане на Гаранцията за изпълнение, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ уведомява ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за задържането и неговото основание. Задържането на Гаранцията за

изпълнение изцяло или частично не изчерпва правата на ЗАСТРАХОВАЩИЯТ да търси обезщетение в по-голям размер.

8.17 Когато ЗАСТРАХОВАЩИЯТ се е удовлетворил от Гаранцията за изпълнение и договорът продължава да е в сила, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава в срок до 10 (десет) работни дни да допълни Гаранцията за изпълнение, като внесе усвоената от ЗАСТРАХОВАНИЯ сума по сметката на ЗАСТРАХОВАЩИЯ или предостави документ за изменение на първоначалната банкова гаранция или нова банкова гаранция, съответно застраховка, така че във всеки момент от действието на договора размерът на Гаранцията за изпълнение да бъде в съответствие с 8.1 от Договора.

9. САНКЦИИ И НЕУСТОЙКИ

9.1 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.

9.2 При забавено плащане на суми по настоящия договор от страна на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в съответствие с точки 2.7, 2.10 и 2.11 от настоящия договор, последният дължи на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ законната лихва върху неизплатената сума, считано от деня на забавата до окончателното плащане.

9.3 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 на сто/ от стойността на договора.

9.4 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи 0.1%/нула цяло едно на сто/ 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 всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ 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 срока 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 не 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.

9.5 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи 0.1% /нула цяло и едно на сто/ 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 № 5 към договора в 5 /пет/ дневен срок от настъпване на промяната.

9.6 В случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не 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 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/хиляда/ лева.

9.7 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 /хиляда/лева на месец за всеки един месец, в който не е осигурено ежедневно присъствие на лекар и за всеки един от лекарските кабинети поотделно.

9.8 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/ петстотин/ 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 срока на действие на застрахователния договор на задължението на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ да изплати обезщетение при доказана претенция по основание и размер.

9.9 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 на сто/ от Стойността на Договора.

9.10 Неустойките, дължими по настоящия договор, са платими в 10-дневен срок от датата на претенцията на изправната страна.

9.11 При дължими неустойки от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да усвои сумата на дължимата неустойка от гаранцията за изпълнение по т. 8.1. от настоящия договор.

10. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ. ОБРАБОТВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

10.1 Всяка от Страните по този договор се задължава да пази в поверителност и да не разкрива или разпространява информация за другата Страна, станала известна при или по повод изпълнението на договора („**Конфиденциална информация**"). Конфиденциална информация включва, без да се ограничава до: всякаква финансова, търговска, техническа или друга информация, анализи, съставени материали, изследвания, документи или други материали, свързани с бизнеса, управлението или дейността на другата Страна, от каквото и да е естество или в каквато и да е форма, включително, финансови и оперативни резултати, пазари, настоящи или потенциални клиенти, собственост, методи на работа, персонал, договори, ангажименти, правни въпроси или стратегии, продукти, процеси, свързани с документация, чертежи, спецификации, диаграми, планове, уведомления, данни, образци, модели, мостри, софтуер, софтуерни приложения, компютърни устройства или други материали или записи или друга информация, независимо дали в писмен или устен вид, или съдържаща се на компютърен диск или друго устройство.

10.1.1 С изключение на случаите, посочени в т.10.1.2 от този раздел, Конфиденциална информация може да бъде разкривана само след предварително писмено одобрение от другата Страна, като това съгласие не може да бъде отказано безпричинно.

10.1.2.Не се счита за нарушение на задълженията за неразкриване на Конфиденциална информация, когато:

1. информацията е станала или става публично достъпна, без нарушаване на този Договор от която и да е от Страните;

2. информацията се изисква по силата на закон, приложим спрямо която и да е от Страните; или

3. предоставянето на информацията се изисква от регулаторен или друг компетентен орган и съответната Страна е длъжна да изпълни такова изискване;

В случаите по точки 2 или 3 Страната, която следва да предостави информацията, уведомява незабавно другата Страна по договора.

10.1.3. Задълженията по тази клауза се отнасят до съответната Страна, всички нейни поделения, контролирани от нея фирми и организации, всички нейни служители и наети от нея физически или юридически лица, като съответната Страна отговаря за изпълнението на тези задължения от страна на такива лица.

Задълженията, свързани с неразкриване на Конфиденциалната информация остават в сила и след прекратяване на договора на каквото и да е основание.

10.1.4 При всяко нарушение на задълженията във връзка с конфиденциалната информация по-горе, виновната страна дължи неустойка в размер на 1% /едно на сто/ от Стойността на Договора, възлизаща на 16 312,56 лева (шестнадесет хиляди триста и дванадесет лева и петдесет и шест стотинки), на насрещната страна. Това не лишава изправната страна от правото й да търси обезщетения за действително претърпените вреди.

10.2 Личните данни обменяни между Страните по този Договор, се обработват в съответствие с изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета, относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни (Общ регламент относно защитата на данните), Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД), подзаконовите нормативни актове за неговото прилагане и вътрешните актове на страните.

10.2.1. При всяко нарушение на задълженията във връзка с обработването на лични данни виновната страна дължи неустойка в размер на 1% /едно на сто/ от Стойността на Договора, възлизаща на 16 312,56 лева (шестнадесет хиляди триста и дванадесет лева и петдесет и шест стотинки),на насрещната страна. Това не лишава изправната страна от правото й да търси обезщетения за действително претърпените вреди.

11. НЕПРЕОДОЛИМА СИЛА

11.1 Страните по настоящия договор не дължат обезщетение за претърпени вреди и загуби, в случай че последните са причинени от непреодолима сила.

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

11.3 Страната, засегната от непреодолима сила, 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 (три) дни от настъпването на настъпилите от това вреди. Към уведомлението се прилагат всички релевантни и/или нормативно установени доказателства за настъпването и естеството на непреодолимата сила, причинната връзка между това обстоятелство и невъзможността за изпълнение, и очакваното времетраене на неизпълнението.

11.4 Докато трае непреодолимата сила, изпълнението на задължението се спира. Засегнатата Страна е длъжна, след съгласуване с насрещната Страна, да продължи да изпълнява тази част от задълженията си, които не са възпрепятствани от непреодолимата сила.

11.5 Не може да се позовава на непреодолима сила Страна:

1. която е била в забава или друго неизпълнение преди настъпването на непреодолима сила;
2. която не е информирала другата Страна за настъпването на непреодолима сила; или

3. чиято небрежност или умишлени действия или бездействия са довели до невъзможност за изпълнение на Договора.

11.6 Липсата на парични средства не представлява непреодолима сила.

12. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА

12.1 Договорът се прекратява:

12.1.1 По взаимно съгласие между Страните, изразено в писмена форма.

12.1.2 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.

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

12.1.4 Едностранно от ЗАСТРАХОВАЩИЯ с двумесечно писмено предизвестие, връчено на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ преди изтичане на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на застрахователния договор.

12.1.5 Едностранно от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ с шестмесечно писмено предизвестие, връчено на ЗАСТРАХОВАЩИЯ преди изтичане на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период от срока на застрахователния договор.

12.1.6 С изтичане срока на Договора.

12.2 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право да прекрати Договора без предизвестие без дължими неустойки и обезщетения за претърпените вреди от прекратяването, когато:

12.2.1. 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.

12.2.2. 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.

12.2.3. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ използва подизпълнител, без да е декларирал това в офертата си.

12.2.4. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ престане да отговаря на законовите изисквания за упражняване на дейността си по застраховане.

12.3. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ 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.

12.4. 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.

13. СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ПО ДОГОВОРА

13.1. 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 има сключен договор за абонаментно обслужване.

13.2 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.

13.3 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.

13.4 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.

13.5 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 за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, вкл. изискванията 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 й със ЗАСТРАХОВАЩИЯ, тя става приложение - неделима част от договора.

13.6 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 ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има сключен договор за обслужване на корпоративните му интереси. Дружество РЕНОМИА ООД, ЕИК: 130001905, вписано в регистъра на КФН с Решение №441-3Б/30.06.2006 е застрахователният брокер, който срещу възнаграждение, по писмено възлагане и упълномощаване от Електроразпределение Север АД, извършва застрахователно посредничество, съгласно разпоредбите на чл. 301 от Кодекса за застраховането, включително обслужва и администрира настоящия застрахователен договор за Медицинска застраховка.

13.6.1. 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 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на застрахователния брокер съгласно чл. 301, ал. 3 от Кодекса за застраховане. Възнаграждението на застрахователния брокер се дължи от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в срок не по-късно от 30 календарни дни от датата на плащане на дължимата застрахователна премия или вноска от застрахователната премия от ЗАСТРАХОВАЩИЯ.

13.7 В случай на противоречие или несъответствие между Общите и/или Специалните условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и клаузите на застрахователния договор, приложими са условията, договорени и заложени 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 действие 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.

14. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

14.1 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.

14.2 Всички съобщения, предизвестия, поръчки и нареждания, свързани с изпълнението на този договор и разменяни между ЗАСТРАХОВАЩИЯ и ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, са валидни, когато са изпратени по пощата (с обратна разписка), по факс, електронна поща или предадени чрез куриер срещу подпис на приемащата страна.

Адресите на страните са:
ЗАСТРАХОВАЩ:
Електроразпределение Север АД
Адрес: 9009 Варна, бул. "Владислав Варненчик" № 258, Варна Тауърс – Е

ЗАСТРАХОВАТЕЛ:
ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ АД
Адрес: гр. София 1700, район Студентски, ул. Проф. Александър Фол No 2, вх.Б, Телефон: 02 / 445 6664
Електронен адрес: fihealth@fihealth.bg

14.3 Когато някоя от страните е променила адреса си, без да уведоми за новия си адрес (факс, ел. поща) другата страна, съобщенията ще се считат за надлежно връчени и когато са изпратени на стария адрес.

14.4 С подписване на настоящия Договор ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ декларира, че е запознат, приема без възражения и се задължава да прилага Общите условия за договори за доставка на стоки, услуги и строително-монтажни работи на ЕНЕРГО-ПРО, публикувани на страницата на ЗАСТРАХОВАЩИЯ - www.erpsever.bg.

14.5 Всички съобщения между страните са валидни, ако са направени в писмена форма и са подписани от съответната страна.

14.6 Страните се споразумяват, че установяването на недействителност на някоя от клаузите по настоящия договор не влече недействителност на всички негови разпоредби, а се замества по право от повелителните правила на закона, като се търси действителната обща воля на страните с оглед постигане целта на настоящия договор при съобразяване с обичаите в практиката и нормите на добросъвестността.

14.7 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, страните полагат необходимите усилия да уредят отношенията си по пътя на взаимните компромиси и сътрудничество, които обективират в писмено споразумение, неразделна част от настоящия договор. При непостигане на съгласие всички спорове, отнасящи се до настоящия договор, ще бъдат решавани от Арбитражен съд Варна при Сдружение „ППМ" съобразно неговия правилник.

14.8 За всички въпроси, неуредени в настоящия договор, се прилага действащото законодателство

Неразделна част от този договор са:

- Приложение № 1 - Техническа спецификация;
- Приложение № 2 - Техническо предложение на Застрахователя;
- Приложение № 3 - Ценово предложение на Застрахователя;
- Приложение № 4 – Списък на застрахованите лица, към датата на сключване на застрахователния договор;
- Приложение № 5 – Списък на лечебните заведения, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за предоставяне на медицински услуги;
- Приложение № 6 – Списък на координаторите на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;
- Приложение № 7 – Списък на всички документи и изискванията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи;
- Приложение № 8 – Общи и Специални условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за Медицинска застраховка.

Настоящият договор се изготви и подписа в два еднообразни екземпляра – по един за всяка от страните.

ЗАСТРАХОВАЩ:

Електрора Заличено на основание чл.37 от ЗОП

1.....

ЗАСТРАХОВАТЕЛ:

Фи Хелт Застраховане АД

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

1.....

Милена Касапова- Изпълнителен директор Цветомира Карапчанска - Прокурист

Приложение № 1

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 Стойнева, директор Човешки ресурси	/подпис/	/дата/
Съгласуване:	Мартин Костадинов, отговорник Стандартизация		
	Пламен Петров, директор 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		

ПЪЛНО ОПИСАНИЕ НА ПРЕДМЕТА 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 (Застраховащ) 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	възстановява не на разходи	Общо
Извънболнична медицинска помощ	4 000 лв. *подлимити за скъпоструващи консумативи; избор на екип/лекар; наблюдение на бременност*		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. */с прилагане на 15% самоучастие/*	-	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 и 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 рискова 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 качественото 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 заявилите 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 заявилите 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 правооотношение 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 правооотношение на съответния работник или служител с Възложителя или при писмено заявление от страна на застраховащия 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. <u>Срокове и организация на провеждане на годишните профилактични прегледи</u>:

   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. Срокът 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. 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.
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 й 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 вноска 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 заложени 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 pH, специфично тегло, белтък, глюкоза, кетони, билирубин, уробилиноген, кръв, седимент;
- PSA – скрининг за рак на простатата (за мъже над 50 г.)
7. Остеодензитометрия (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 служители/
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

лице – 300 лв.
9. Подготовка за планова хоспитализация
- всички необходими медицински прегледи, консултации и клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания (вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества)
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.
11. Диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването
В. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
1. Хоспитализация в болнични лечебни заведения – клиники и стационарни отделения:
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.
2. Прием и настаняване в лечебно заведение:
- в стая с две и повече легла
3. Преглед и назначаване на лечение от:
- дежурен лекар
- лекуващ лекар
- завеждащ отделение
- хабилитирано лице
4. Визитация и наблюдение от:
- дежурен лекар
- лекуващ лекар – ежедневно
- завеждащ отделение – 1 път седмично
- хабилитирано лице – 1 път седмично
5. Консултация с лекари – специалисти от отделенията на лечебното заведение
6. Манипулации по медицински показания в амбулаторни условия /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/
7. Клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/ в обем, позволяващ диагностициране, проследяване и лечение на заболяването
8. Избор на лекар / екип
9. Лечение:
- медикаментозно
- диетолечение
- физиотерапия
- рехабилитация
- хормонално
- имунотерапия и др.
10. Хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски):
- с малка сложност
- със средна сложност
- с голяма сложност
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.
12. Продължителност на престоя в стационар – без ограничение
Г. МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ
Секция "Бременност"
1. Наблюдение на нормална и рискова бременност от гинеколог / акушер-гинеколог
2. Всички необходими медицински прегледи, клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания:
- при установяване и регистриране на бременност
- за проследяване на нормална и рискова бременност

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 <u>е в рамките на лимита на обезщетение</u>, 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 <u>е в рамките на лимита на обезщетение</u>, 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 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 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.

Приложение № 2

Образец № 3

ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ
ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА

С предмет: "Сключване на медицинска застраховка на работниците и служителите на „Електроразпределение Север" АД".

ОТ: ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ АД
(наименование на кандидата)

Седалище и адрес на управление : гр СОФИЯ, ул. ПРОФ. АЛЕКСАНДЪР ФОЛ № 2, вх. Б, ет. 2, тел.: 02/4456664, факс: 02/4456665, E-mail: c.karapchanska@fihealth.bg,
ЕИК/ код по Регистър БУЛСТАТ/ или друг идентификационен код: 200103397
Представлявано от: д-р МИЛЕНА КАСАПОВА - ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР И ЦВЕТОМИРА КАРАПЧАНСКА - ПРОКУРИСТ,

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Във връзка с обявената процедура за възлагане на обществена поръчка с горепосочения предмет, Ви представяме нашето техническо предложение, както следва:

I.Декларираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с техническата спецификация и изискванията на възложителя, както следва:

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 pH, специфично тегло, белтък, глюкоза, кетони, билирубин, уробилиноген, кръв, седимент;
- PSA – скрининг за рак на простатата (за мъже над 50 г.)
7. Остеодензитометрия (за жени над 45 г.)
8. Ехография на щитовидна жлеза
9. Ехография на млечни жлези

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

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 служители/
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 лице – 300 лв.
9. Подготовка за планова хоспитализация
- всички необходими медицински прегледи, консултации и клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания (вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества)
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.
11. Диспансерно наблюдение на хронично болен от лекар специалист по профила на заболяването
В. БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
1. Хоспитализация в болнични лечебни заведения – клиники и стационарни отделения:
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.
2. Прием и настаняване в лечебно заведение:
- в стая с две и повече легла
3. Преглед и назначаване на лечение от:
- дежурен лекар

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

- лекуващ лекар
- завеждащ отделение
- хабилитирано лице
4. Визитация и наблюдение от:
- дежурен лекар
- лекуващ лекар – ежедневно
- завеждащ отделение – 1 път седмично
- хабилитирано лице – 1 път седмично
5. Консултация с лекари – специалисти от отделенията на лечебното заведение
6. Манипулации по медицински показания в амбулаторни условия /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/
7. Клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания /вкл. консумативи, анестетици и контрастни вещества/ в обем, позволяващ диагностициране, проследяване и лечение на заболяването
8. Избор на лекар / екип
9. Лечение:
- медикаментозно
- диетолечение
- физиотерапия
- рехабилитация
- хормонално
- имунотерапия и др.
10. Хирургически операции (вкл. лапароскопски и артроскопски):
- с малка сложност
- със средна сложност
- с голяма сложност
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.
12. Продължителност на престоя в стационар – без ограничение
Г. МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ
Секция "Бременност"
1. Наблюдение на нормална и рискова бременност от гинеколог / акушер-гинеколог
2. Всички необходими медицински прегледи, клинико-лабораторни и клинико-инструментални изследвания:
- при установяване и регистриране на бременност
- за проследяване на нормална и рискова бременност
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:

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

- п[illegible]гуни, слухови апарати, катетри, колекторни торбички, уринатори и други
- п[illegible]йниците, ортези, инвалидни колички
Е. У[illegible]ЗАНИ 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

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.

II. Приемаме изискванията и условията към изпълнението на поръчката, както следва:

1. Приемаме финансово и организационно да обезпечим 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:

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

- финансово и организационно да обезпечим 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.

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

за медиц[redacted]ги по време на бременност и раждане, както и услуги, свързани с битови [redacted]опълнителни условия, ползвани по време на хоспитализация), ползвани[redacted]нители, с които **имаме** сключени договори за здравни услуги, както и при такива, с които **нямаме** сключени договори.

- финансово и организационно да обезпечим 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 **имаме** сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които **нямаме** 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 Техническата спецификация.

- финансово и организационно да обезпечим 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 **имаме** сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които **нямаме** 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 Техническата спецификация.

- финансово и организационно да обезпечим 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 **имаме** сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които **нямаме** 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 Техническата спецификация.

- финансово и организационно да обезпечим 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, с прилагане на 15% самоучастие на застрахованото лице от одобрения размер на всяко едно обезщетение, 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 Техническата спецификация.

- финансово и организационно да обезпечим 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 [redacted] прилага както при ползване на услуги при изпълнители, с които **имаме** сключен[redacted] договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, [redacted]

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

които **нямам** договори. Лимитът на обезщетение по настоящата буква **е в рамките на** безщетение, посочен в т. 1, бук. б на Раздел 2 от Техническата спецификация;

• финансово и организационно да обезпечим 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 имаме сключени договори за здравно обслужване, така и при ползване на услуги при изпълнители, с които нямаме 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 Техническата спецификация;

• Приемаме да обезпечим 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.

• 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.

• Застраховат се и лица с намалена работоспособност под и равна на 50%, както и такива с намалена работоспособност над 50%.

• 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.

• Приемаме да покриваме 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.

• Задължаваме се да сключим медицинската застраховка, без да изискваме предварителен здравен статус на застрахованите служители и работници и на застрахованите членове на техните семейства.

• 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.

• Приемаме да обезпечим 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 организа наша страна.

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

- Приемаме да обезпечим финансово и организационно услугите, свързани с наблюдение на нормална и рискова бременност, без да обвързваме ползването им с действащата програма на НЗОК „Майчино здравеопазване". Застрахованите лица имат право да ползват и пакетна услуга „Наблюдение на бременност".
- 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" няма да поставяме 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 застрахователя при ползване на здравни услуги по пакет „Болнична медицинска помощ" в размер, равен на сумата, която бихме заплатили на лечебното заведение за лечение на задължително здравноосигурено лице.
- Задължаваме се да не прилагаме отлагателни периоди за лечение вследствие заболяване, злополука, професионално заболяване, бременност и раждане.
- Задължаваме се да осигурим изпълнението на услугите по застрахователния договор на територията на Република България.
- Задължаваме се:

а/ да осигурим 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 приемаме 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 предложим 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 контролираме чрез свои служители качественото изпълнение на здравните услуги по застрахователния договор, предоставяни на застрахованите лица от изпълнителите на здравни услуги.

- Застрахованите лица нямат задължение, но могат по свое желание и преценка да осъществяват връзка с наш координатор или единен телефонен център (кол център), с цел да бъдат насочени към изпълнители на здравни услуги. В случай на планирано болнично лечение е препоръчително то да бъде предварително съгласувано с нас, като застрахованото лице осъществи връзка с наш координатор или единен телефонен център (кол център). Нямаме право да откажем 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 наш координатор или единен телефонен център (кол център) преди или по време на ползване на здравните стоки и услуги, предмет на настоящата обществена поръчка.
- Задължаваме се в срок от 10 /десет/ работни дни след началото на всеки едногодишен /12-месечен/ застрахователен период да открием здравно досие и да издадем и предоставим 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 имаме сключен договор за здравно обслужване. Личните здравни карти се предават от Възложителя на застрахов

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

17. За [redacted]инени застраховани лица в рамките на срока на действие на застрах[redacted]оговор, се задължаваме в срок до 10 /десет/ работни дни, считано от датата на получаване на актуализирания списък за съответния месец, да издадем и предоставим на Възложителя лични здравни карти за новоприсъединените застраховани лица.

- В случай на загуба или увреждане на личната здравна карта издаваме дубликат на същата в срок до 7 /седем/ работни дни от уведомяването му, без да изискваме заплащане на дубликата.
- 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;

- 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.
- 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 заявилите 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 заявилите 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.
- 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.
- 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 застрахователя. 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 наша банкова сметка.
- 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

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

на новите ли а на изтичане на съответния едногодишен /12-месечен/ застрахове

• Новопост тници и служители на Възложителя могат да се присъединяват към покритието по застраховката без ограничение в рамките на съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.

• Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите работници и служители се прекратява с прекратяването на трудовото правооотношение на съответния работник или служител с Възложителя.

• Застрахователното покритие по медицинска застраховка за застрахованите от работниците и служителите на Възложителя членове на техните семейства се прекратява с прекратяването на трудовото правооотношение на съответния работник или служител с Възложителя или при писмено заявление от страна на застраховащия служител или работник за прекратяване на покритието за застрахованите членове на техните семейства.

• Задължаваме се да осигурим 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 нас и съответните лекари, като информацията относно стойността на договора бъде заличена.

• Задължаваме се да информираме писмено Възложителя за настъпилите промени в списъка на изпълнителите на здравни услуги, с които имаме договори за здравно обслужване /добавяне на нови или изключване от списъка/, в 5 /пет/ - дневен срок от настъпване на промяната.

• Задължаваме се през целия срок на договора да поддържаме функционираща информационна система с осигурен онлайн достъп, даваща възможност на застрахованото лице да проверява статуса на подадена от него претенция за възстановяване на разходи.

III. Провеждане на профилактични прегледи

1. Приемаме да осигурим 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 Техническата 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, приемаме да обезпечим 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 ни се предават в срок от 15 дни от окончателното предаване на ваксините. Приемаме да информираме 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

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Възложителя е възможно провеждането им да се осъществи и в помещения на Възложителя с наши мобилни лекарски екипи.

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 нас и Възложителя 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, представяме 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. Задължаваме се да осигурим 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. Задължаваме се в срок до 7 /седем/ календарни дни, след приключване на всеки 15 (петнадесет) календарни дни от годишните профилактични прегледи, да предадем 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 нас на Възложителя се извършва с приемо-предавателен протокол.

10. Задължаваме се в срок до 30 /тридесет/ календарни дни, след окончателното приключване на годишните профилактични прегледи да предадем 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. Задължаваме се в срок до 30 /тридесет/ календарни дни, след окончателното приключване на годишните профилактични прегледи да предоставим 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. Задължаваме се за провеждането на годишните профилактични прегледи да осигурим минимум по 2 броя ехографи и съответните специалисти за градове Варна и Горна Оряховица.

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

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

- Задължаваме се 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 предоставяме на застрахователния брокер справка за щетимост по договора, която обхваща всички плащания, извършени от нас във връзка с внесени от застрахованите лица претенции за възстановяване на разходи, както и плащания, извършени от нас във връзка с ползвани от застрахованите лица здравни услуги, предоставени от изпълнители на здравни услуги, с които имаме 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 нас 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 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 се предоставя на застрахователния брокер в електронен формат (EXCEL).
- 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.

V. Срокове за предоставяне на здравни услуги и възстановяване на разходи.

- Срокът за предложение на конкретни дата и час за изпълнение на заявка за здравна услуга от застраховано лице, отправена към нас по телефон [чрез наш координатор или единен телефонен център (кол център)] 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.
- При неизпълнение от наша страна на заявена по телефон здравна услуга всяко застраховано лице има право да отправи същата чрез e-mail директно към нас. 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 нас по телефон и нашият отговор, друга необходима информация по преценка на застрахованото лице.
- Задължаваме се 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 изпратим писмен отговор на получената заявка, който съдържа предложение относно нейното изпълнение или отказ за изпълнението.
- Неизпълнението на задължението ни 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.
- 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,

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

зас лица подават при нас претенция по наш образец, съгласуван с Въз и застрахователния брокер. Подаването на претенция от зас лице в сроковете, посочени в т. 8 от настоящия раздел на Техническата спецификация, се счита за уведомяване за настъпилото застрахователно събитие.

- 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 нас списък с документите и нашите изисквания към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи, представляващ неразделна част от застрахователния договор. Задължаваме се да не изискваме 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. Нямаме право да отказваме изплащане на суми по предявени претенции за възстановяване на разходи, при условие че същите са доказани по основание и размер.
- Претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица се събират, регистрират и входират при нас от обслужващия застрахователен брокер на Възложителя. Претенциите за възстановяване на разходи могат да се регистрират и входират при нас и директно от застрахованите лица.
- 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 нас 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 нас, следва да са извършени през съответния едногодишен /12-месечен/ застрахователен период.
- Задължаваме се в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при нас 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 изплатим 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.
- В случай че застрахованото лице не представи всички изискуеми документи съгласно застрахователния договор и приложения към него списък с необходими документи и нашите изискваниякъм тях в своята претенция и/или представените документи не ни дават достатъчно данни за преценка на основанието и размера на внесената претенция, в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при нас на претенцията писмено уведомяваме застрахованото лице и го поканваме да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените документи.
- 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.
- Задължаваме се да уведомяваме писмено застрахованото лице в срок до 1 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при нас на претенция з

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

[redacted]

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 възстановим извършените разходи, като посочваме писмено своите аргументи за взетото решение съгласно условията на застрахователния договор, Общите условия и/или приложения списък с необходими документи и нашите изискваниякъм тях, представляващи неразделна част от застрахователния договор.

- Връщаме 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, връщаме на застрахованото лице всички оригинали на внесените медицински и финансови документи. Задължаваме се да върнем документите по реда и при условията на настоящата точка, без да искаме 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 нас (в случай че се изисква нотариална заверка), са за наша сметка.

15. Задължаваме се да не поставяме 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. Приемаме да обезщетяваме 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. Задължаваме се да възстановяваме 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. НЕ възстановяваме 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 наша сметка.
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 нямаме право да прихващаме от одобрения размер на претенцията оставащи неплатени вноски от разсрочената годишна застрахователна премия, дължима от Възложителя по отношение на това лице.

VI. Специални условия:

- 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. Нямаме право да обвързваме 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 имаме сключен договор за абонаментно обслужване.
- Приемаме да възстановяваме разходи за медицински прегледи при хабилитирани лица, без да поставяме изискване за наличие на насочване на застрахованите лица към преглед при хабилитирано лице от лекар специалист.
- Приемаме да обезпечим финансово и да възстановяваме разходи за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и/или стоки поради възникнало заболяване

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

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.

- Приемаме да обезпечим финансово и да възстановяваме 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.
- При сключване на застрахователния договор приемаме да подготвим 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 ще 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. нашите изискваниякъм формата и съдържанието на представяните от застрахованите лица медицински и финансови документи. Инструкцията ще е в съответствие със сключения договор и приложенията към него и няма 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 й с Възложителя, тя става приложение - неделима част от договора за обществена поръчка.
- В случай на противоречие или несъответствие между Общите и/или Специалните условия на Изпълнителя и клаузите на застрахователния договор, приложими са условията, договорени и заложени 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.

VII. Декларираме, че при изготвяне на офертата са спазени задълженията, свързани с данъци и осигуровки, опазване на околната среда, закрила на заетостта и условията на труд.*

VIII. Като неразделна част от настоящото предложение прилагаме:

1. Общи условия и/или Специални условия по „Медицинска застраховка";
2. Списък на лечебните заведения, който задължително включва лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, с които кандидатът има сключени договори на територията на Република България;
3. Декларация със списък на лечебни заведения за болнична помощ (регистрирани по Закона за лечебните заведения) на територията на градовете Варна, Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Русе, Разград, Силистра, Търговище и Шумен, с които кандидатът има сключени договори – Образец №6;
4. Декларация със списък на лечебни заведения за извънболнична помощ (регистрирани по Закона за лечебните заведения) на територията на градовете Варна, Габрово, Горна Оряховица, Добрич, Русе, Разград, Силистра, Търговище и Шумен, с които кандидатът има сключени договори - Образец №7;

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

5. Вътрешни правила на кандидата за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, актуални към датата на подаване на технчиекото предложение;
6. Списък на всички документи и изискванията на кандидата към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи;
7. Списък с координаторите на кандидата
8. Декларация за наличие на информационна система, осигуряваща достъп за онлайн проверка от застрахованите лица на статуса на подадени от тях претенции за възстановяване на разходи – *свободен текст*, **с изрично посочване, че кандидатът се задължава да поддържа информационната система за онлайн достъп за проверка през целия срок на договора, в случай че бъде избран за Изпълнител**;
9. Разпечатка от информационната система на кандидата с осигурен онлайн достъп за проверка на статуса на подадена от застраховано лице претенция за възстановяване на разходи.

Дата: 30.12.2020 год.
Град: София

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

.....
д-р МИ....
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

.....
ЦВЕ.....НСКА
ПРОКУРИСТ
(име,подпис и печат)

Име и подпис (и печат) на представляващия кандидата. Когато кандидатът се представлява от повече от едно лице, документите се подписват от лицето, което може самостоятелно да представлява съответния стопански субект.

**Кандидатите могат да получат необходимата информация за задълженията, свързани с данъци и осигуровки, опазване на околната среда, закрила на заетостта и условията на труд, които са в сила в Република България и относими към услугите, предмет на поръчката, както следва:*

Относно задълженията, свързани с данъци и осигуровки:
Национална агенция по приходите:
Информационен телефон на НАП - 0700 18 700;
интернет адрес: http://www.nap.bg" www.nap.bg
Национален осигурителен институт (НОИ)
Контактен център: 0700 14 802
Адрес: гр. София, 1303, бул. „Александър Стамболийски" № 62-64
Интернет адрес: www.noi.bg
Относно задълженията, свързани с опазване на околната среда:
Министерство на околната среда и водите:
Информационен център на МОСВ; работи за посетители всеки работен ден от 14 до 17 ч.;
Адрес: 1000 София, бул. „Мария Луиза" № 22, телефон 02/940 60 00
Интернет адрес: http://www.moew.government.bg/
Относно задълженията, свързани със закрила на заетостта и условията на труд:
Министерство на труда и социалната политика:
Интернет адрес: http://www.mlsp.government.bg
София 1051, ул. Триадица №2 Телефон: 02/8119 443

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Приложение № 3

Приложение 1

№	Описание	Финансово предложение в лева	Финансово предложение в лева след договаряне
1.	Брой подлежащи на застраховане работници и служители на Електроразпределение Север АД	1 670	1 670
2.	Месечна застрахователна премия за 1 /едно/ застраховано лице, без включен данък по ЗДЗП, разпределена по пакети, както следва:	**23,90**	**21,99**
2.1.	Подобряване на здравето и предпазване от заболяване /профилактика/	7,00	6,44
2.2.	Извънболнична медицинска помощ	6,90	6,35
2.3.	Болнична медицинска помощ	2,90	2,67
2.4.	Медицински услуги по време на бременност и раждане	0,90	0,83
2.5.	Възстановяване на разходи за лекарствени и помощни средства, други медицински стоки и услуги	5,10	4,69
2.6.	Услуги, свързани с битови и други допълнителни условия	1,10	1,01
3.	Дължим данък (ЗДЗП) върху застрахователната премия по т. 2 в размер на 2 /две/ на сто.	0,48	0,44
4.	Обща месечна застрахователна премия за всички работници/служители (т. 1 х т. 2)	39 913,00	36 723,30
5.	Дължим данък върху застрахователната премия по т. 4, в размер на 2 /две/ на сто	798,26	734,47
6.	ОБЩО дължима месечна застрахователна премия за всички работници/служители, с включен данък по ЗДЗП (т. 4 + т. 5)	40 711,26	37 457,77

Електроразпределение Север АД

1...
2...
3...
4...
5...

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Фи Хелт Застраховане АД

1

Заличено на основание чл.37 от ЗОП

Приложение №5

Списък на лечебните заведения на територията на Република България за болнична и извънболнична помощ, с които "Фи Хелт Застраховане" АД има сключени договори

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
1	Айтос	МБАЛ - Айтос	Болнична помощ	ул. "Шейново" №4
2	Ардино	МБАЛ Ардино ЕООД	Болнична помощ	ул. "София" №14
3	Асеновград	МБАЛ - Асеновград ЕООД	Болнична помощ	ул. "Ал. Стамболийски" №28
4	Асеновград	МЦ I - Асеновград ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ал. Стамболийски" №28
5	Асеновград	МЦ Евромед Център ООД	Извънболнична помощ	ул. "Оборище" №66
6	Балчик	МБАЛ - Балчик ЕООД	Болнична помощ	ул. "Д-р Златко Петков" №1
7	Балчик	Медицински Център 1 Балчик ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д-р. Зл. Петков" №1
8	Банкя	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул. "Шейново" № 8
9	Банско	МЦ Свето Благовещение ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Луи Пастьор" №1
10	Баня	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул. "Липите" № 1
11	Белене	МБАЛ - Белене ЕООД	Болнична помощ	ул. "Гео Милев" №47
12	Белене	МЦ Белмедик ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Христо Ботев" №11
13	Белово	МЦ I Белово ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Освобождение" №115
14	Белово	Хигия - Диагностично консултативен център ООД	Извънболнична помощ	бул. "Освобождение" №115
15	Белоградчик	МЦ I - Белоградчик ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Христо Ботев" №34
16	Берковица	МБАЛ - Берковица ЕООД	Болнична помощ	ул. "Александровска" №65
17	Берковица	МЦ I Берковица ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Александровска" №65
18	Благоевград	МБАЛ Пулс АД	Болнична помощ	ул. "Славянска" №62
19	Благоевград	МДЦ Рубидент - Медика ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Трети Март" №42
20	Благоевград	МЦ Пулс АД	Извънболнична помощ	ул. "Славянска" №62
21	Благоевград	Д-р Весела Аврамова-Султова - ИПСМПАГ ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Славянска" №60, каб. 410
22	Божурище	МДЛ Д-р Филефски ЕООД	Извънболнична помощ	29 ДКЦ "Георги Измирлиев" №8 кабинет 18
23	Божурище	МДЛ Д-р Филефски ЕООД	Извънболнична помощ	пл. "Първи май" №1
24	Ботевград	МБАЛ-Ботевград ЕООД	Болнична помощ	ул. "Божко Божилов" №1
25	Бургас	УМБАЛ - Бургас АД	Болнична помощ	ул. "Стефан Стамболов" №73
26	Бургас	МБАЛ Дева Мария ЕООД	Болнична помощ	кв. "Ветрен", ул. "Александър Стамболийски"
27	Бургас	ДКЦ II Бургас АД	Извънболнична помощ	бул. "Демокрация" №94
28	Бургас	МЦ Света София ООД	Извънболнична помощ	ул. "Възраждане" №13
29	Бургас	МЦ Свети Николай Чудотворец ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Стефан Стамболов" №73
30	Бургас	МДЛ - Русев ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Демокрация " №94 /бившата трета поликлиника / ет.1 вляво
31	Бургас	ДКЦ Свети Георги Победоносец ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ванче Михайлов" №1
32	Бургас	ИПСМП Д-р Паунова	Извънболнична помощ	бул. "Стефан Стамболов" №132, к-т №7
33	Бургас	Медицински център I - Бургас ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Хан Крум" №28
34	Бяла	МБАЛ Юлия Вревска - Бяла ЕООД	Болнична помощ	ул. "Васил Левски" №62
35	Варна	СБАГ Проф. Д-р Д. Стаматов Варна ЕООД	Болнична помощ	бул. "Цар Освободител" №150
36	Варна	Болнична база за активно лечение към ВМА-Варна	Болнична помощ	бул. "Христо Смирненски" №3
37	Варна	СБОБАЛ - Варна ЕООД	Болнична помощ	ул. "Дойран" №15
38	Варна	МБАЛ Света Анна - Варна АД	Болнична помощ	бул. "Цар Освободител" №100
39	Варна	МЦ Клиника Нова ЕООД	Извънболнична помощ	кв. Възраждане, ул. Блян №2
40	Варна	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК МЦ ВАРНА ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Брегалница" №1
41	Варна	МЦ Света Анна ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Цар Освободител" №100
42	Варна	МЦ Младост Варна ООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Младост", бул. "Република" №15
43	Варна	МЦ Младост Варна ООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Аспарухово", бул. "Народни будители" №7
44	Варна	ДКЦ Св. Иван Рилски - Аспарухово - Варна ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Народни будители" №5
45	Варна	МДЛ - Русев ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Цар Освободител" №100
46	Варна	МЦ Санита ООД - Варна	Извънболнична помощ	ж.к. "Младост" №163
47	Варна	ДКЦ I Света Клементина Варна ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Съборна " №40
48	Варна	ДКЦ Света Марина ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Христо Смирненски" №1
49	Варна	ДКЦ III - Варна ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к "Владислав Варненчик, бул. "Константин и Фружин"
50	Варна	ДКЦ IV Варна ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Цар Освободител" №100
51	Варна	ДКЦ Чайка ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Никола Вапцаров" №2
52	Варна	АМЦСМП Надежда ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Генерал Колев" №66
53	Варна	АМЦСМП Надежда ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Дойран" №6
54	Варна	СБОБАЛ - Варна ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Дойран" №15
55	Велико Търново	МОБАЛ Д-р Стефан Черкезов АД	Болнична помощ	ул. "Ниш" №1
56	Велико Търново	ДКЦ I - Велико Търново ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Марно поле" №21
57	Велико Търново	АМЦСМП Очна клиника Света Петка АД	Извънболнична помощ	ул. "Зеленка" №82
58	Велико Търново	МЦ Центромед - 2000 ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Марно поле" №21, ет.4
59	Велико Търново	МЦ Аркус Медикъл АД	Извънболнична помощ	ул. "Ниш" №2

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
60	Велико Търново	МЦ Авицена ООД	Извънболнична помощ	ул. "Ален Мак" №6 Б
61	Велинград	СБДПЛРПФЗ Св. Петка Българска	Болнична помощ	местност "Четвърти километър"
62	Велинград	МБАЛ - Велинград ЕООД	Болнична помощ	бул. "Съединение" №49
63	Велинград	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул."Гоце Делчев" № 38
64	Велинград	МЦ Асклепий ООД	Извънболнична помощ	ул. "Борислав" №13
65	Видин	МБАЛ Света Петка АД	Болнична помощ	ул. "Цар Симеон Велики" №119
66	Видин	МЦ Св. Иван Рилски ООД	Извънболнична помощ	ул. "Бдин" №16/4
67	Видин	МЦ Биомед - 99 ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Търговска" №2
68	Враца	МБАЛ Христо Ботев АД - Враца	Болнична помощ	бул. "Втори юни" №66
69	Враца	МЦ Алпико ООД	Извънболнична помощ	Бул. "Втори юни" №66
70	Враца	МЦ Нов медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Скакля" №6
71	Враца	МЦ Нов медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ген. Леомонов" № 93
72	Враца	МЦ Нов медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул."Ген. Леомонов" № 95
73	Враца	МЦ Нов медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Втори юни" №70
74	Враца	МЦ Нов медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Втори юни" №96А
75	Враца	МЦ Нов медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Стоян Заимов" № 2
76	Враца	ДКЦ I Враца ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Втори юни" №66
77	Враца	ДКЦ I Враца ЕООД (филиал)	Извънболнична помощ	ул. "Никола Вапцаров" № 4
78	Враца	МЦ Света Ана ООД	Извънболнична помощ	ул. "Демокрация" №17
79	Вълчедръм	ДКЦ 1 - Лом ЕООД (филиал)	Извънболнична помощ	Гр. Вълчедръм, област Монтана
80	Вълчи дол	ДКЦ I Света Клементина Варна ЕООД	Извънболнична помощ	Гл. Вълчи дол
81	Вършец	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	"Паркова зона"
82	Габрово	МБАЛ Д-р Тота Венкова АД	Болнична помощ	ул. "Д-р Илиев - Детския" №1
83	Габрово	ДКЦ I Габрово ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Трети март" №3
84	Габрово	Медицински център Свети Иван Рилски ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Райчо Каролев" № 2
85	Габрово	Болничен медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д-р Илиев - детския" №1
86	Генерал Тошево	МЦ - I Генерал Тошево ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Иван Вазов" №15
87	Горна Оряховица	МБАЛ Св. Иван Рилски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Отец Паисий" №72
88	Горна Оряховица	Диагностично - консултативен център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Отец Паисий" №72
89	Горна Оряховица	МЦ "Света Варвара" ООД	Извънболнична помощ	ул. "Македония" № 34
90	Гоце Делчев	МБАЛ Д-р Иван Скендеров ЕООД	Болнична помощ	ул. "Стара Планина" №54
91	Гоце Делчев	Медицински център I Гоце Делчев ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Стара Планина" №54
92	Гоце Делчев	МДЦ - Неврокоп ООД	Извънболнична помощ	ул. "Стара Планина" №7 В
93	Гулянци	МЦ I - Д-р Ал. Войников - Гулянци ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Г. С. Раковски" №4
94	Гълъбово	Многопрофилна болница за активно лечение ЕАД	Болнична помощ	ул. "Алеко Константинов" №10
95	Гълъбово	МЦ I Гълъбово ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Алеко Константинов" №10
96	Девин	МБАЛ Девин ЕАД	Болнична помощ	гр. Девин, ул. Явор № 3
97	Девин	Медицински център 1 - Девин ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Явор" №3
98	Девня	МБАЛ Девня ЕООД	Болнична помощ	ул. "Петрича" №10 А
99	Девня	ДКЦ I Девня ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Петрича" №10
100	Димитровград	МБАЛ Света Екатерина - Димитровград ЕООД	Болнична помощ	бул. "Христо Ботев" №29
101	Димитровград	МЦ Димитровград ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Христо Ботев" №29
102	Димитровград	МЦ Шанс ООД	Извънболнична помощ	Бул. "Христо Ботев" №29
103	Добрич	МБАЛ - Добрич АД	Болнична помощ	ул. "Панайот Хитов" №24
104	Добрич	Медицински център - Добрич ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Панайот Хитов" №24
105	Добрич	ДКЦ-1 Добрич ООД	Извънболнична помощ	ул. "Д.Петков" №3
106	Доганово	МЦ Скин Системс ЕООД	Извънболнична помощ	Общ. Елин Пелин, област София
107	Дряново	МЦ Света Петка ООД - Дряново	Извънболнична помощ	ул. "Шипка" №164
108	Дулово	МБАЛ - Дулово ЕООД	Болнична помощ	ул. "Розова долина" №37
109	Дупница	МБАЛ Св. Иван Рилски - 2003 ООД	Болнична помощ	ул. Иван Вазов №26
110	Дупница	МБАЛ Свети Иван Рилски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Свети Георги" №2
111	Дупница	МЦ Свети Иван Рилски - 2003 ООД	Извънболнична помощ	ул. "Свети Георги" №22
112	Елена	Медицински център I - Елена ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Х. Ю. Брадата" №69
113	Елин Пелин	МБАЛ Елин Пелин ЕООД	Болнична помощ	ул. "Здравец" №15
114	Елин Пелин	МЦ I Елин Пелин ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Здравец" №15
115	Елхово	МБАЛ Св. Иван Рилски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Чаталджа" №3
116	Етрополе	МБАЛ Проф. Александър Герчев ЕООД	Болнична помощ	ул. "Бригадирска" № 1
117	Етрополе	Медицински център I Етрополе ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Бригадирска" № 1
118	Златица	МЦ I -Златица ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ал. Стамболийски" №1
119	Златоград	МБАЛ Проф. Д-р Асен Шопов ЕООД	Болнична помощ	ул. "Хан Аспарух" №21
120	Златоград	МЦ Златоград ООД	Извънболнична помощ	ул. "Хан Аспарух" №21
121	Исперих	АПДМП "Д-р Снежана Дамянова"	Извънболнична помощ	Ул. "Ахинора" №39
122	Ихтиман	МБАЛ - Ихтиман ЕООД	Болнична помощ	ул. "Шипка" №30
123	Каварна	Медицински център I Каварна ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Васил Левски" №36
124	Казанлък	МБАЛ Д-р Христо Стамболски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Старозагорска" №16
125	Казанлък	СБНАЛ Свети Лазар ЕООД	Болнична помощ	ул. "Д-р баев" №15
126	Казанлък	ДКЦ Поликлиника - Казанлък ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Стара Планина" №12
127	Казанлък	МЦ Ескулап В ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Скобелев" №16
128	Карлово	МЦ Витамед ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Тодор и Ана Пулеви" №18, ет.1 и ет. 2

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
129	Карнобат	Медицински център I - Карнобат ООД	Извънболнична помощ	ул. "Стара Планина" №180
130	Козлодуй	МБАЛ Свети Иван Рилски Козлодуй ЕООД	Болнична помощ	ул. "Кирил и Методий" №1
131	Козлодуй	МБАЛ Свети Иван Рилски Козлодуй ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Кирил и Методий" №1
132	Козлодуй	МЦ Дарис ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "София" №13 ; ул. "Св. Св. "Кирил и Методий" №1
133	Козлодуй	МЦ Здраве ООД	Извънболнична помощ	ул. "Варна" №1
134	Козлодуй	ЕТ ВИН - Иван Башлиев	Извънболнична помощ	ж.к. - 2А, бл.79А, вх.Б, ап.27
135	Козлодуй	СМИП - ДБ Д-р Олга Николова - педиатър	Извънболнична помощ	ул. "Кирил и Методий" №1
136	Козлодуй	ЕТ Митко Гайдарски - УНГ	Извънболнична помощ	ж.к. 2А, бл.77, вх.А,ет.4, ап.27
137	Козлодуй	Д-р Камелия Цветанова Костова - дерматолог	Извънболнична помощ	ул. "Кирил и Методий" №1
138	Крумовград	МБАЛ Живот + ЕООД	Болнична помощ	ул. "Христо ботев" №2
139	Кубрат	АПДМП ЕТ "Д-р Евелин Алексиев"	Извънболнична помощ	Ул. "Ю. Гагарин" №30
140	Кърджали	МБАЛ Д-р Атанас Дафовски АД	Болнична помощ	бул. "Беломорски" №53
141	Кърджали	МБАЛ Д-р Атанас Дафовски АД	Извънболнична помощ	бул. "Беломорски" №53
142	Кърджали	МЦ Авицена ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Беломорски" №53 ет.2
143	Кюстендил	МБАЛ Д-р Никола Василиев АД	Болнична помощ	Пл. "17-ти януари" №1
144	Кюстендил	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул. "Цар Симеон I" № 28
145	Кюстендил	МЦ ЕвроМед - 2010 ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Яворов" №6
146	Кюстендил	МЦ "Д-р Никола Василев" ЕООД	Извънболнична помощ	Пл. "17-ти януари" №1
147	Левски	МБАЛ - Левски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Н. Вапцаров" №5
148	Левски	МЦ "АПЕКС" ООД	Извънболнична помощ	Ул. "Н. Вапцаров" №6
149	Ловеч	МБАЛ Проф. д-р Параскев Стоянов АД	Болнична помощ	ул. Съйко Съев №27
150	Ловеч	Медицински център - Ловеч ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Съйко Съев" №27
151	Лом	ДКЦ 1 - Лом ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Каблешков" №2
152	Лясковец	Медицински център 1- Лясковец ООД	Извънболнична помощ	ул. "Капитан Дядо Никола " №1
153	Мадан	МБАЛ Проф. д-р К. Чилов ЕООД	Болнична помощ	ул. Перелик №9
154	Мездра	МЦ Нов медицински център ЕООД (филиал)	Извънболнична помощ	ул. "Янко Сакъзов" № 33
155	Момин проход	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул."Христо Ботев" №6
156	Момчилград	МБАЛ Сергей Ростовцев ЕООД	Болнична помощ	ул. "Стефан Караджа" №1
157	Момчилград	Медицински център I - Момчилград ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Стефан Караджа" №1
158	Монтана	МБАЛ Д-р Стамен Илиев АД	Болнична помощ	ул. "Сирма Войвода" №2
159	Монтана	Медицински център Деница ООД	Извънболнична помощ	ул. "Алеко Константинов" №22, ет.2
160	Нова Загора	Медицински център - I ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Петър Бакалов" №1
161	Нови Пазар	Медицински център I - Нови Пазар ООД	Извънболнична помощ	ул. "Христо Ботев" №22
162	Омуртаг	МБАЛ - Омуртаг ЕАД	Болнична помощ	ул. "Търновска" №55
163	Оряхово	Д-р Дилян Гуленов - обща и детска хирургия	Извънболнична помощ	ул. "Архитект Цолов" №98
164	Оряхово	Д-р Грета Йорданова Петкова АИП за СИМП очни болести	Извънболнична помощ	ул. "Архитект Цолов" №98, Очен кабинет
165	Оряхово	ЕТ Д-р Милена Димитрова АСИМП - УНГ болести	Извънболнична помощ	ул. "9-ти ноември" №10, бл.5, вх.Б, ап.21
166	Оряхово	Д-р Митко Минчев Балев СИМП - АГ	Извънболнична помощ	ул. "Васил Левски" №12
167	Павел Баня	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	бул. "Освобождение" № 2
168	Павел Баня	МЦ Павел Баня ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Освобождение" №2
169	Павликени	Медицински център Медиана ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Цар Иван Асен Втори " № 15
170	Пазарджик	МБАЛ Пазарджик АД	Болнична помощ	ул. Болнична №15
171	Пазарджик	МБАЛ Хигия АД	Болнична помощ	ул. "Св. Иван Рилски" №3
172	Пазарджик	МБАЛ Света Екатерина ООД	Болнична помощ	ул. "Свобода" №17
173	Пазарджик	МБАЛ Здраве ООД	Болнична помощ	ул. "Константин Величков" №50
174	Пазарджик	Хигия - Диагностично консултативен център ООД	Извънболнична помощ	Пл. "Възраждане" №4
175	Пазарджик	ДКЦ Ескулап - Цитомед ООД	Извънболнична помощ	ул. "Св. Архангел" №19А
176	Пазарджик	ДКЦ I - Пазарджик ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Константин Величков" №50
177	Пазарджик	МЦ Света Екатерина ООД	Извънболнична помощ	ул. "Свобода" №17
178	Панагюрище	МБАЛ "Уни Хоспитал" ООД	Болнична помощ	ул. "Георги Бенковски" №100
179	Панагюрище	ДКЦ I - Панагюрище ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д-р Лонг" №3
180	Панагюрище	МЦ - Панагюрище ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Г. Бенковски" №100
181	Перник	МБАЛ Рахила Ангелова АД	Болнична помощ	ул. Брезник №2
182	Перник	Специализирана болница за активно лечение по кардиология Свети Георги-Перник ООД	Болнична помощ	ул. Св.Св. Кирил и Методий №77
183	Перник	ДКЦ I Перник ЕООД	Извънболнична помощ	ул."Брезник" №2
184	Перник	МЦ Медконсулт - 2011 ЕООД	Извънболнична помощ	кв. "Красно село", ул. Св. Св. Кирил и Методий N8
185	Перник	МЦ Св.Георги-ПерникООД	Извънболнична помощ	ул. Св.Св. Кирил и Методий №77
186	Петрич	МБАЛ Рокфелер ЕООД	Болнична помощ	ул. "Рокфелер" № 52
187	Петрич	МДЦ Доверие ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Отец Паисий" №13
188	Пещера	МБАЛ Проф. Димитър Ранев ООД	Болнична помощ	ул. "Д-р Петър Цикалов" №42
189	Пещера	ДКЦ Хипократ ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д-р Петър Цикалов" №42
190	Плевен	МБАЛ Авис-Медика ООД	Болнична помощ	ул. "Коста Пакев" №7
191	Плевен	МБАЛ Свети Панталеймон - Плевен ООД	Болнична помощ	ул. "Трите Бора" №24
192	Плевен	УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД - Плевен	Болнична помощ	бул. "Георги Кочев" №8А

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
193	Плевен	Болнична база за активно лечение към ВМА - Плевен	Болнична помощ	ул. "Георги Кочев" №6
194	Плевен	ДКЦ Авис - Медика ООД	Извънболнична помощ	ул. "Коста Пакев" №7
195	Плевен	Афидеа България - МДЛ ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ген. Владимир Вазов" №91
196	Плевен	ДКЦ Свети Пантелеймон ООД	Извънболнична помощ	Ж.к. "Дружба", ул. "Трите бора" №24
197	Плевен	МЦ Екзакта - Медика АД - Плевен	Извънболнична помощ	ул. "Георги Бенковски" №75
198	Плевен	ДКЦ II - Плевен ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Сан Стефано" №1
199	Плевен	ДКЦ Плевен ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Георги Кочев" №8А
200	Плевен	МЦ "АПЕКС" ООД	Извънболнична помощ	бул. "Русе" №1, ет.3
201	Пловдив	УМБАЛ Свети Георги ЕАД	Болнична помощ	бул. "Пещерско шосе" № 66
202	Пловдив	МБАЛ Каспела ЕООД	Болнична помощ	ул. "София" №64
203	Пловдив	МБАЛ Свети Пантелеймон - Пловдив ЕООД	Болнична помощ	бул. "Никола Вапцаров" №9
204	Пловдив	МБАЛ ПЪЛМЕД ООД	Болнична помощ	ул. "Перущица" №1А
205	Пловдив	Болнична база за активно лечение към ВМА - Пловдив	Болнична помощ	бул. "Христо Ботев" №81
206	Пловдив	МБАЛ Еврохоспитал Пловдив ООД	Болнична помощ	бул. "Коматевско шосе" №79
207	Пловдив	ДКЦ II - Пловдив ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Шести септември" № 110
208	Пловдив	ДКЦ Свети Георги ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Васил Априлов" №15 А
209	Пловдив	АСИП МДЦ Каспела ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "София " №64
210	Пловдив	Диагностично - консултативен център I - Пловдив ЕООД	Извънболнична помощ	Площад "Понеделник пазар" №5
211	Пловдив	МДЛ - Русев ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "България" №234 (самостоятелна сграда в двора на МБАЛ Пловдив)
212	Пловдив	Медицински център Фи Хелт АД - Пловдив	Извънболнична помощ	Бул. "България" №4
213	Пловдив	МЦ Евромед Център ООД	Извънболнична помощ	Бул. "Шести септември" № 112
214	Пловдив	АСИП - МЦ - Еврохоспитал Пловдив ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Коматевско шосе" №79
215	Пловдив	МЦ Хипоталамус ООД	Извънболнична помощ	ул. "В. Ихчиев" №56
216	Пловдив	МЦ Свети Йоан Рилски ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Чорлу" №4
217	Пловдив	СМДЛ Русев - 91 ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "София" №64, ет.1
218	Пловдив	СМДЛ Русев - 91 ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "София" №64, ет.1
219	Пловдив	АСИП МЦ Капана АД	Извънболнична помощ	ул. "Христо Дюкмеджиев" №32
220	Пловдив	АГПСМП по НБ Неврозправе ООД	Извънболнична помощ	бул. "Руски" №119
221	Пловдив	ДКЦ VII - Пловдив ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Тодор Александров" №16
222	Пловдив	ДКЦ VII - Пловдив ЕООД (филиал)	Извънболнична помощ	ул. "Георги Кондолов №43 А
223	Поморие	МБАЛ - Поморие ЕООД	Болнична помощ	ул. "Проф. П. Стоянов" №1
224	Поморие	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул. "Проф. Парашкев Стоянов" № 7
225	Попово	МЦ "Солигена 2017" ООД	Извънболнична помощ	кв. "Запад", в сградата на МБАЛ-Попово, партерен етаж, каб.№3
226	Приморско	Медицински център Приморско ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ропотамо" №25
227	Първомай	МБАЛ - Първомай ЕООД	Болнична помощ	ул. "Княз Борис I" №51
228	Първомай	МЦ I - Първомай ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Княз Борис I" №51
229	Раднево	МБАЛ Д-р Д.Чакмаков ЕООД	Болнична помощ	ул. "Г. Димитров" №42
230	Раднево	МЦ - I - Раднево ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Г. Димитров" №38
231	Разград	МБАЛ Свети Иван Рилски - Разград АД	Болнична помощ	ул. "Коста Петров" №2
232	Разград	МЦ РЕ СПИРО ООД	Извънболнична помощ	ул. "Кирил и Методий" № 2, вх.А, ет.1,ап.3
233	Разград	ДКЦ I Разград ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Васил Левски" №1
234	Разград	МЦ Вита Медика ЕООД	Извънболнична помощ	ул. Странджа №9
235	Разлог	МБАЛ - Разлог ЕООД	Болнична помощ	ул. "Св. Св. Кирил и Методий" №2
236	Раковски	МБАЛ - Раковски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Михаил Добромиров" №1
237	Раковски	МЦ Света Елисавета ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Васил Петлешков" №1
238	Русе	УМБАЛ - Канев АД	Болнична помощ	Ул. "Независимост" №2
239	Русе	Диагностично - консултативен център-1-Русе ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Независимост" №2
240	Русе	ДКЦ II - Русе ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Рига" №35
241	с. Нареченски бани	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	Обл. Пловдив, ул. "Родопи" № 1
242	с. Овча могила	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	Общ. Свищов, ул. "Детелина" №2
243	Самоков	МБАЛ - Самоков ЕООД	Болнична помощ	ул. "Македония" №49
244	Самоков	МЦ Сана 3 ООД	Извънболнична помощ	ул. "Македония" №49
245	Сандански	МБАЛ "Югозападна болница" ООД	Болнична помощ	Паркова Зона
246	Сандански	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	кв. "Смилово" /санаториум/
247	Сандански	Санлор - АСИМП - "Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ по Ушно-носни-гърлени болести" ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Свобода" №1
248	Сандански	ЕТ "д-р Димитър Попов-ИПСМП-хирург"	Извънболнична помощ	гр. Сандански, ул. Борис Сарафов №29, ет. 1
249	Свиленград	МБАЛ - Свиленград ЕООД	Болнична помощ	ул."Сан Стефано" №1
250	Свиленград	МЦ I - Свиленград ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "България" №137
251	Свищов	Медицински център Антива ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Трети Март" №52
252	Севлиево	МБАЛ Д-р Стойчо Христов ЕООД	Болнична помощ	ул. "Стефан Пешев" №147
253	Севлиево	Медицински център - I - Севлиево ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Стефан Пешев" №147

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
254	Силистра	МБАЛ - Силистра АД	Болнична помощ	ул. "Петър Мутафчиев" №80
255	Силистра	ДКЦ 1 Силистра ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д-р Анастас Янков" №2
256	Силистра	„Медицински център-Силистра" ЕООД	Извънболнична помощ	ул. Петър Мутафчиев № 80
257	Сливен	МБАЛ Д-р Иван Селимински АД	Болнична помощ	ул. "Христо Ботев" №1
258	Сливен	МБАЛ Хаджи Димитър ООД	Болнична помощ	ул. "Димитър Пехливанов" №5
259	Сливен	Болнична база за активно лечение към ВМА - Сливен	Болнична помощ	ул. "Пушкин" №2
260	Сливен	ДКЦ - Сливен ООД	Извънболнична помощ	ул. "Димитър Пехливанов" №5
261	Сливен	Групова практика за първична медицинска помощ-Сливен ООД	Извънболнична помощ	ул. "Димитър Пехливанов" №5
262	Слънчев Бряг	Медико - дентален център Вива ООД	Извънболнична помощ	к.к. Слънчев бряг - Запад, Вива клиник
263	Смолян	МБАЛ Д-р Братан Шукеров АД	Болнична помощ	бул. "България" №2
264	Смолян	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	ул. „Стефан Стамболов" №2
265	Смолян	МЦ - Смолян ООД	Извънболнична помощ	бул. "България" №2
266	София	МБАЛ АДЖИБАДЕМ ТОКУДА БОЛНИЦА СОФИЯ ЕАД	Болнична помощ	бул. "Никола Вапцаров" 51Б
267	София	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	бул. "Васил Левски" №54
268	София	МБАЛ Софиямед ООД	Болнична помощ	бул. "Г.М. Димитров" №16
269	София	МБАЛ Света София ЕООД	Болнична помощ	бул. "България" №104
270	София	V МБАЛ - София ЕАД	Болнична помощ	бул. "Н.Г.Столетов" №67 А
271	София	УМБАЛ Александровска ЕАД	Болнична помощ	ул. "Свети Георги Софийски" №1
272	София	УСБАЛЕ Акад. Ив. Пенчев ЕАД (Ендокринология)	Болнична помощ	ул. Здраве 2, (приемна-сутерен, ст. 2)
273	София	Медицински център по офталмология Андреев и Ко ЕООД	Болнична помощ	ул." Росица" №21
274	София	Втора САГБАЛ Шейново АД - София	Болнична помощ	ул. "Шейново" №19
275	София	МБАЛ Доверие АД	Болнична помощ	ж.к. "Овча Купел" №2, ул. "Фридрих Грюнангер" №2
276	София	"Университетска Първа МБАЛ - София св. Йоан Кръстител" ЕАД	Болнична помощ	бул. "Патриарх Евтимий" №37
277	София	МБАЛ Света Богородица ООД	Болнична помощ	ул. "Тракия" №46
278	София	МБАЛ Сердика ЕООД	Болнична помощ	ул. "Дамян Груев" №6
279	София	СБАЛББ Света София ЕАД (белодробна)	Болнична помощ	бул. "Акад. Иван Гешов" №19
280	София	Втора МБАЛ - София ЕАД	Болнична помощ	бул. "Христо ботев" №120
281	София	СБАЛО Визус ООД	Болнична помощ	ул. "Миле Попйорданов" №18
282	София	УМБАЛ Св. Иван Рилски ЕООД	Болнична помощ	бул. "Акад. Иван Гешов" №15
283	София	УМБАЛ Царица Йоанна - ИСУЛ ЕАД	Болнична помощ	ул. "Бяло море" №8
284	София	Първа САГБАЛ Света София - АД	Болнична помощ	ул. "Михалаки Ташев" №2
285	София	СБАЛ - Гръбначен център АД	Болнична помощ	ул. "Свети Георги Софийски" №3, ВМА - ет. 10
286	София	МБАЛ Люлин ЕАД	Болнична помощ	бул. "Д-р Петър Дертлиев" №81
287	София	МБАЛ Болница Европа ООД	Болнична помощ	бул "Пенчо Славейков" №3
288	София	Сити Клиник Кардиологичен център МБАЛ ЕООД	Болнична помощ	ул. "Околовръстен път" №127
289	София	МБАЛ Здравето 2012 ООД	Болнична помощ	кв."Овча купел", филиал "Маестро Кънев" № 4
290	София	СБАЛОБ Ден ЕООД	Болнична помощ	ул. "Росица" №21
291	София	МЕДИЦИНСКИ ИНСТИТУТ - МВР	Болнична помощ	бул. Ген. М. Скобелев 79
292	София	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК ДКЦ ТОКУДА ЕАД	Извънболнична помощ	бул. "Никола Вапцаров" 51Б
293	София	ДКЦ „Д-р Грийнберг" ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Дружба - 2", бул. "Копенхаген" 23А
294	София	ДКЦ „Д-р Грийнберг" ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Младост - 3", ул. "Атанас Москов" бл.325
295	София	Медицински център Хармония ООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Младост" 1, бул. "Цариградско шосе", бл.125
296	София	МЦ за СИМП по ББ ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Акад. Евстатиев Гешов" № 19
297	София	МЦ Младост Мед 1 ЕООД	Извънболнична помощ	Ж.к. "Младост - 1" бл.54А, вх.2
298	София	МЦ ПРО ВИТА ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Монтевидео" №66
299	София	СБАЛО Визус ООД	Извънболнична помощ	ул. "Миле Попйорданов" №18
300	София	ДКЦ Софиямед ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Г.М. Димитров" №16
301	София	ДКЦ Сърце и здраве ООД	Извънболнична помощ	Ж.к. "Лозенец", ул. "Лоботрън" №17, ет.1
302	София	МДЦ Медива ООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Люлин"6, ул.Джавахарлал Неру 33, срещу магазин Фантастико
303	София	IV МБАЛ - София ЕАД	Извънболнична помощ	Бул. "Македония" №38
304	София	ДКЦ Света София ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "България" №104
305	София	ДКЦ Света София ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Царица Йоана" бл. 775, ет.1 и 2
306	София	Хадаса - София - АИПСМП по кожни и венерически болести ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д. Груев"№6
307	София	Дженерали Закрила МДЦ ЕООД	Извънболнична помощ	Бул. "Дондуков" №79-81
308	София	МЦ за СМП - НКБ ЕООД	Извънболнична помощ	Р-н "Илинден", ул. "Коньовица" №65

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
309	София	МДЛ Д-р Ноневи ООД	Извънболнична помощ	ул. „Христо Станчев" № 13
310	София	МЦ Д-р Лонг ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Искър" №22
311	София	МЦ д-р Първова - очна амбулатория ЕООД	Извънболнична помощ	жк."Разсадника", ул."Хр.Благоев" 25-31, ет.2 в болницата на доц. Щерев
312	София	МДЛ - Русев ЕООД	Извънболнична помощ	ж. к. "Младост", ул. "Д. Моллов" №1 (в двора на МБАЛ Света)
313	София	МДЛ - Русев ЕООД	Извънболнична помощ	ж. к. "Света Троица", ул. "Коньовица" №65 (НКБ - III - та градска)
314	София	Национален профилактичен медицински център ООД	Извънболнична помощ	Бул. "М. Д. Скобелев" №4
315	София	ДКЦ Св. Врач и Св. Св. Кузма и Д	Извънболнична помощ	ж.к. "Иван Вазов", ул. "Д. Манов" №17
316	София	МЦ Медиком ЕООД - София	Извънболнична помощ	ул. "Княз Борис I" № 60 б
317	София	ДКЦ Александровска ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Свети Георги Софийски" №1
318	София	МЦ Академик Иван Пенчев ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Здраве" 2, ет.1 (приемна-сутерен)
319	София	Медицински център по офталмология Андреев и Ко ЕООД	Извънболнична помощ	ул." Росица" №21
320	София	ДКЦ II - София ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Хан Крум" №1
321	София	ДКЦ XX - София ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Ген. Стефан Тошев" №15-17
322	София	ДКЦ XXII - София ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Н. Коперник" №9
323	София	ДКЦ XVI - София ЕООД	Извънболнична помощ	общ. Кремиковци, ул. "Иван Шонев" №2
324	София	ДКЦ XIV - София ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Д-р Стефан Сарафов" 7
325	София	ДКЦ XIII - София ЕООД	Извънболнична помощ	кв. "Лозенец", ул. "Димитър Хаджикоцев" 20
326	София	ДКЦ XXV - София ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Младост" 3, бул. "Свето Преображение" №20
327	София	МЦ Доверие АД	Извънболнична помощ	ж.к. "Овча Купел" №2, ул. "Фридрих Грюнангер" №2
328	София	Университетска Първа МБАЛ - София св. Йоан Кръстител ЕАД	Извънболнична помощ	бул. "Патриарх Евтимий" №37
329	София	ДКЦ АСЦЕНДЕНТ ООД	Извънболнична помощ	ул. "Бачо Киро" №47
330	София	Медицински център Фи Хелт - София АД	Извънболнична помощ	ул. "Проф.Ал. Фол" №2
331	София	ДКЦ XVIII София ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Емануил Васкидович" №51
332	София	МЦ САНУС 2000 ООД	Извънболнична помощ	ул. "Георги Софийски" №3
333	София	МЦ САНУС 2000 ООД	Извънболнична помощ	ул. "Акад. Иван Гешов" №50
334	София	МЦ Професионално здраве ЕООД	Извънболнична помощ	р-н "Оборище", ул."Св.Св. Кирил и Методий" №42 А
335	София	МЦ Света Петка ООД	Извънболнична помощ	бул. Черни връх 156
336	София	МЦ Света Петка ООД	Извънболнична помощ	ул. "Дамян Груев" №6
337	София	МЦ Света Петка ООД	Извънболнична помощ	ул. "Георги Измирлиев" №8
338	София	СМДЛ МЕДИАРТ ЕООД	Извънболнична помощ	р-н "Оборище", бул. "Ген. Данаил Николаев" №26
339	София	ВМА-София МББАЛ София	Извънболнична помощ	ул. "Георги Софийски" №3
340	София	Национален онкологичен медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Пловдивско поле" №6
341	София	МДЦ Орион ООД	Извънболнична помощ	Ж.к."Люлин-10", ул."Майски ден" №9
342	София	МДЦ Еуровита ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Околовръстен път" №72
343	София	ДКЦ Борола ООД	Извънболнична помощ	р-н "Оборище", ул. "Цар Симеон" №52
344	София	СМИП МЦ Свети Пантелеймон ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Княз Борис" I №21
345	София	МЦ Ортомед ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Никола Петков" №56 (Горна баня)
346	София	Лора - Център за жената МЦ ООД	Извънболнична помощ	бул. "Христо Ботев" №10
347	София	Лора - Медицински център ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Позитано" №10
348	София	ДКЦ Света Анна ЕООД (Окръжна б-ца)	Извънболнична помощ	ул. "Димитър Моллов" №1
349	София	Втори Медицински Център - София ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Христо Ботев" №120
350	София	Медицински център за зрение Проф. К. Пашев ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Емануил Васкидович" №51
351	София	МЦ Здраве за всеки ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к "Младост" 1, бл. 54 А, вход 2 партер
352	София	МЦ Здраве за всеки ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Люлин" 9, бул. "Европа" №31
353	София	МЦ Детско здраве ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Ами Буе" № 27
354	София	МЦ - СИМП по ДБ ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Найден Геров" №2
355	София	МЦ Княгиня Клементина - 06 ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Столетов" №67а
356	София	ДКЦ Св. Иван Рилски ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Акад. Иван Гешов" №15
357	София	Ню Медикъл МДЦ ЕООД	Извънболнична помощ	Бизнес парк София, Сграда 2, ет.1
358	София	МЦ Слатина ООД	Извънболнична помощ	ул. "Слатинска" №101
359	София	МЦ Люлин - МЕД ООД	Извънболнична помощ	ул. "Добри Немиров" №5
360	София	М - ТЕХ МДЛ ООД	Извънболнична помощ	бул. "Патриарх Евтимий" №37
361	София	МДЦ ИСУЛ - Царица Йоанна ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Бяло море" №8
362	София	УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД	Извънболнична помощ	бул. "Тотлебен" №21
363	София	МЦ Н.И.Пирогов ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Тотлебен" №21
364	София	ДКЦ VII София ООД	Извънболнична помощ	бул. "Кн. Мария Луиза" № 191
365	София	МЦ ПСАГБАЛ Света София ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Михалаки Ташев" №2
366	София	МДЦ Лозенец ООД	Извънболнична помощ	р-н "Лозенец", ул. "Малуша" №10

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
367	София	МДЦ Лозенец ООД	Извънболнична помощ	ул. "Добри Войников" №29
368	София	Медицински център Артендо ООД	Извънболнична помощ	бул. "България" 81 В, ет. 1
369	София	ЕТ АИПСМП - Очни болести - Ирена Кьосева - Гечева	Извънболнична помощ	кв. "Борово" бл.224, вх.Г, ап.64
370	София	МДЦ Кристал АД	Извънболнична помощ	ул. "Осогово" №55, ет.1
371	София	Център за кожно - венерически заболявания ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Георги Измирлиев" №8
372	София	ЕТ Образна диагностика - АИПСМП	Извънболнична помощ	ул. "Поручик Пачев" №2
373	София	"МЦ Д-р Атанасов" ЕООД	Извънболнична помощ	Ул.Димитър Стефанов 11д, ет. 2, ап. 4а
374	София	Евроклиник ДКЦ ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Цар Борис III" №163
375	София	ДКЦ XVII - София ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Евлоги Георгиев" №108
376	София	МЦ Торакс - д-р Асен Бояджиев ЛЗИП ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Александър Стамболийски" №57
377	София	АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК ДКЦ ЕООД (ползването е на абонамент само за кардиология, останалите специалисти се ползват на възстановяване на разходи, 30 лв. на преглед)	Извънболнична помощ	ул. "Околовръстен път" №127
378	София	ДКЦ Вита ООД	Извънболнична помощ	ул. "Драговица" №9
379	София	Ин Витро АГМЦ Димитров ЕООД	Извънболнична помощ	ж.к. Младост 1, ул. д-р Стоян Чомаков 2
380	София	МЦ АмериМед ООД	Извънболнична помощ	Бул. "Ал. Малинов" №80
381	София	ДКЦ Дойче Клиник ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Стара планина" №10, ет.1, офис 5
382	София	МЦ Зора ЕООД	Извънболнична помощ	ул."Петър Протич" №4
383	София	МЦ Доверие СБТ ООД	Извънболнична помощ	ул. "Лъчезар Станчев"5
384	София	МЦ Неоклиник за СИП ЕАД	Извънболнична помощ	бул. "Петко Ю.Тодоров" №20
385	София	Медико - диагностична лаборатория Спектър ООД	Извънболнична помощ	Спектър се намира на територията на парк-хотел Москва
386	София	МЦ за СМП по Сърдечно-съдови заболявания ООД	Извънболнична помощ	пл. Преображение1, ет.1 (над партера)
387	София	Д-р Камелия Гърбева - ревматолог	Извънболнична помощ	ул."Хубча"16, кв. Красно село (зад пазара Красно село)
388	София	МЦ Визус-АСМП ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Миле Попйорданов"№18
389	София	МЦ Александра Хелф	Извънболнична помощ	ул. "Бачо Киро" №8, ет.1
390	София	УМБАЛ Лозенец	Извънболнична помощ	ул. "Козяк" №1
391	София	Пета МБАЛ - София ЕАД	Извънболнична помощ	кв. Банишора, бул. "Ген. Столетов" №67А
392	София	МЦ "Арго Медика" ООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Изток", ул. "Чарлз Дарвин", бл. 14Б, вх. Б, ет.3, ап.6
393	София	МЦ "Майчин-дом" ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Здраве" №2
394	София	МЦ "Кардио Плюс" ООД	Извънболнична помощ	ул. "Георги Софийски" №3
395	София	МЦ ПТБ-МЕД ООД	Извънболнична помощ	ж.к. Люлин 10, ул. "Петър Дертлиев" № 25, сгр. Б, ет. 2
396	София	Медицински център МЕДКРОС	Извънболнична помощ	гр. София, ул. Зайчар № 134
397	София	ГПСМП-ДЛЛОЗ "Светлина" ООД	Извънболнична помощ	в сградата на ДКЦ-7, бул. Мария Луиза 191, ет. 2
398	София	МЦ Сигмамед ЕООД	Извънболнична помощ	ул. Професор Христо Данов 11, Студентски град
399	София	МЦ "Медичек" ЕООД	Извънболнична помощ	Ул. Михаил Тенев 6-Б; До The Mall в Камарата на строителите на България
400	София	МЦ Евромедика България ЕООД	Извънболнична помощ	бул. Президент Линкълн 128, Овча купел 2 (до болница Сердика)
401	София	МЦ Ортомедика ЕООД	Извънболнична помощ	Г. Вашингтон 22
402	София	МЦ "Полимед" АД d.mihaylova@polimedad.com; statistika@polimedad.com	Извънболнична помощ	Брегалница 47
403	София	Медицински център ХЕРА ЕООД	Извънболнична помощ	Подуяне, ж.к. Хаджи Димитър, ул. Клисура № 20, ет. 2
404	София	ДКЦ "КОНВЕКС" ЕООД	Извънболнична помощ	София, р-н Витоша, ул. Синанишко езеро 11А
405	Средец	МБАЛ - Средец ЕООД	Болнична помощ	ул. "Тодор Николов" №10
406	Стамболийски	МЦ I Стамболийски ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Дунав" №43
407	Стара Загора	МБАЛ Свети Иван Рилски ЕООД	Болнична помощ	бул. "Патриарх Евтимий" №84
408	Стара Загора	МБАЛ Проф. д-р Ст. Киркович АД	Болнична помощ	ул. "Ген. Столетов" №2
409	Стара Загора	МЦ Проф. д-р Стоян Киркович ЕОО	Извънболнична помощ	ул. "Тодор Стоянович" №15
410	Стара Загора	СМДЛОД - Медискан ЕООД	Извънболнична помощ	в сградата на МБАЛ "проф. Стоян Киркович"
411	Стара Загора	ДКЦ "Ритъм ТР" ООД	Извънболнична помощ	ул. "Васил Априлов" №12А
412	Стара Загора	ЕТ ИПСМП Д-р Иван Балдаранов - дерматолог	Извънболнична помощ	ул. "Цар Калоян" №36, ап. 9
413	Стара Загора	ЕТ ИПСМП Д-р Катя Атанасова - невролог	Извънболнична помощ	ул. "Св. Княз Борис I" №15, кабинет 3
414	Стара Загора	МЦ Трета поликлиника ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Патриарх Евтимий" №84
415	Стара Загора	Медицински център Сано ООД	Извънболнична помощ	ул. "Св. Патриарх Евтимий" №154
416	Стара Загора	МЦ Ависта ООД	Извънболнична помощ	ул. "Ген.Столетов" № 107
417	Стара Загора	МЦ Света Анна - 2012 ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Руски" № 39
418	Стара Загора	МЦ Св. Пантелеймон	Извънболнична помощ	ул. П. Р. Славейков 58
419	Троян	СБАЛББ - Троян ЕООД	Болнична помощ	ул. "В. Левски" №253
420	Троян	МБАЛ - Троян ЕООД	Болнична помощ	ул. "Радецки" №30

No	Град	Лечебно заведение	Тип медицинска услуга	Адрес
421	Троян	Медицински център - Троян ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Радецки" №30
422	Тутракан	МБАЛ - Тутракан ЕООД	Болнична помощ	ул. "Трансмариска" №81
423	Тутракан	МЦ Свети Иван Рилски ООД	Извънболнична помощ	ул. "Трансмариска" №69
424	Търговище	МБАЛ Търговище АД	Болнична помощ	Кв."Запад"
425	Търговище	СХБАЛ - Папуров ООД	Болнична помощ	ж.к. "Запад", бл.20, вх.А
426	Търговище	ДКЦ Св.Иван Рилски ООД	Извънболнична помощ	бул. "Сюрен", п.к.7700
427	Търговище	МЦ Солигена 2007 ООД	Извънболнична помощ	ж.к. "Запад", бл.20, вх.А
428	Търговище	МЦ "Солигена 2017" ООД	Извънболнична помощ	ул. "Пирин" №16
429	Харманли	МБАЛ - Харманли ЕООД	Болнична помощ	ул. "В. Левски" №66
430	Харманли	Медицински център - I - Харманли	Извънболнична помощ	ул. "Васил Левски" №66
431	Хасково	МБАЛ - Хасково АД	Болнична помощ	бул. "Съединение" №49
432	Хасково	МБАЛ Хигия ООД	Болнична помощ	ул. "Стефан Стамболов" №2
433	Хасково	Медицински център Хасково ЕООД	Извънболнична помощ	бул. "Съединение" №49
434	Хисаря	СБР - НК ЕАД	Болнична помощ	бул. "Гурко" № 2
435	Царево	МЦ Общински медицински център -1- Царево ЕООД	Извънболнична помощ	обл. Бургас, ул. "Милин Камък" №1
436	Чирпан	МБАЛ - Чирпан ЕООД	Болнична помощ	бул. "Г. Димитров"
437	Чирпан	МЦ - Чирпан ООД	Извънболнична помощ	ул. "Димитър Благоев" №91
438	Шумен	МБАЛ - Шумен АД	Болнична помощ	ул. "Васил Априлов" №63
439	Шумен	МЦ Здраве ЕООД	Извънболнична помощ	пл. Възраждане №1 - Старата поликлиника
440	Шумен	ДКЦ - 1 Шумен ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Цар Освободител" №100
441	Ямбол	СБАЛК Ямбол ЕАД	Болнична помощ	бул. "Димитър Благоев" № 69
442	Ямбол	МБАЛ Свети Йоан Рилски ЕООД	Болнична помощ	ул. "Българка " №2
443	Ямбол	МБАЛ Свети Пантелеймон АД	Болнична помощ	ул. "Панайот Хитов" №30
444	Ямбол	ДКЦ - 1 - Ямбол ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Христо Смирненски" №2
445	Ямбол	МЦ Владимед ЕООД	Извънболнична помощ	ул. "Христо Смирненски" №10 А

Дата: 30.12.2020 год.
Град: София

Декларатори:

.....

д-р Милена Касапова
Изпълнителен директор

.....

Цветомира Карапчанска

Прокурист

Приложение № 6

Списък с координаторите на „Фи Хелт Застраховане" АД

Координатори в кол център с работно време 24 часа, 7 дни в седмицата

№	Име	Местоположение	Град	Телефон
1	Миглена Карабова	„Фи Хелт Застраховане" АД	София	0700-12127
2	Лили Белинска	„Фи Хелт Застраховане" АД	София	02/445-66-64
3	Йорданка Генчева	„Фи Хелт Застраховане" АД	София	02/445-66-64
4	Ива Чакърова	„Фи Хелт Застраховане" АД	София	02/445-66-64

Координатори с работно време от 8:00 ч. до 16:30 ч.

№	Име	Лечебно заведение	Град	Телефон
5	Анна Джелебска	ДКЦ Александровска	София	898,776,574
6	Ваня Кирова	ДКЦ Св. Анна ЕООД	София	884,085,775
7	Галина Богданова	УМБАЛСМ Н. И. Пирогов ЕАД	София	886,014,817
8	Дана Стоянова	МЦ СИМП по ДБ ЕООД	София	893,542,845
9	Станка Ангелова	ДКЦ XXV ЕООД	София	887,989,734
10	Вержиния Василева	ДКЦ XXV ЕООД	София	886,316,586
11	Ира Иванова	МЦ за СМП-НКБ ЕООД	София	898,723,614
12	Тотка Апостолова	ДКЦ XXII ЕООД	София	885,613,095
13	Керанка Иванова	МЦ Добрич ЕООД	Добрич	896,227,480
14	Галина Гинева	ДКЦ I - Велико Търново ЕООД	Велико Търново	876,872,504

Дата: 30.12.2020 год.
Град: София

д-р Милена Касапова
Изпълнителен директор

Цветомира Карапчанска
Прокурист

Приложение № 7

Списък на всички документи на участника и изискванията към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи

1. **Възстановяване на разходи за лекарствени средства.**

1.1. Попълва се молба по образец.

1.2. Прилага се Амбулаторен лист (копие), Рецепта (копие) и Фактура с касов бон (оригинал). Амбулаторният лист и рецептата трябва да са с фиксирана дата и изписаните лекарства в рецептата трябва да са показани за диагнозата и да отговарят на тези в амбулаторния лист. Той трябва да съдържа всички задължителни реквизити: име и печат на лекаря, УИН на лекаря, регистрационен номер на практиката, дата на издаване на документа, диагноза, МКБ, а рецептурната бланка – име и УИН код на лекаря,дата на издаване, име и години на пациента, както и изписаната терапия. Датата на фактурата и касовия бон трябва да са с една и съща дата /или фактурата да е издадена до 5 (пет) дни след издаването на касовия бон, съответно в деня или след деня на прегледа. Лекарствата трябва да са изписани по позиции във фактурата. Лекарствените средства при остри заболявания трябва да бъдат закупени до 7 (седем) дни от датата на издаване на рецептурната бланка. Когато се възстановават средства за лекарствени продукти, закупени и частично реимбурсирани от НЗОК се представя копие на първа и последна страница от рецептурната книжка, издадена по НЗОК, последната страница трябва да е със заверка от аптеката, отпуснала лекарствените продукти.

Документите се подават в офиса на „Фи Хелт Застраховане“ АД на адрес: ул. „Александър Фол“ 2, вх. Б, ет. 2, или по пощата.

Възстановяване на разходи за лабораторни изследвания

1.3. Попълва се молба по образец

1.4. Прилага се Амбулаторен лист (копие), с назначените лабораторни изследвания /с определена давност от лекаря/, копие на резултатите от направените лабораторни изследвания, Фактура с касов бон (оригинал).

2. **Възстановяване на разходи за извършени медицински прегледи:**

2.1. Попълва се молба по образец.

2.2. Прилага се Амбулаторен лист (копие) с попълнени задължителни реквизити и Фактура с касов бон (оригинал).

3. **Възстановяване на разходи за болничен престой.**

3.1. Попълва се молба по образец.

3.2. Прилага се епикриза (копие) и Фактура с касов бон (оригинал) с изписани поединично извършените медицински услуги .

4. **Възстановяване на разходи за санаториално лечение или физиотерапия.**

4.1. Попълва се молба по образец.

4.2. Прилага се направление за санаториално лечение от лекуващ лекар, епикриза или амбулаторен лист, в които са назначени съответните процедури и Фактура с касов бон (оригинал).

4.3. Прилага се копие на процедурния картон на извършените процедури.

Срок за подаване на документи при застрахователя – 30 (тридесет) работни дни от дата на издаване на фактурата.

Срок за подаване на допълнително изискани документи – 15 (петнадесет) работни дни.

Срок за възстановяване на средства при предявена молба за възстановяване на разходи – 15 (петнадесет) календарни дни.

Дата: 30.12.2020 год.
Град: София

За „Фи Хелт Застраховане" АД:

……..
д-р Милена Касапова
Изпълнителен директор

……..
Цветомира Карапчанска
Прокурист

FiHealth Застраховане

Приложение № 8

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА

I. Дефиниции

1.1. По смисъла на тези Общи условия, посочените по-долу термини имат следното значение:

1.1.1. Застраховател - „Фи Хелт Застраховане" АД, със седалище и адрес на управление: град София 1700, Столична община - район „Студентски", ул."Проф. Александър Фол" № 2, вх.Б, ЕИК: 200103397, притежаващо лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

1.1.2. Договорител (Застраховащ) - юридическо или физическо лице, което сключва застрахователен договор за медицинска застраховка със Застрахователя и поема задължение да плаща определената в застрахователния договор застрахователна премия. Договорителят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице.

1.1.3. Застрахован - физическо лице, на което се предоставя застрахователно покритие, и в полза на което е сключен застрахователния договор.

1.1.4. Застрахователен пакет - съвкупността от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, предоставяни на Застрахования, с цел възстановяване, опазване и подобряване на неговото здраве, които се обезпечават финансово от Застрахователя при условия и ред, определени в застрахователния договор, Общите условия и останалите споразумения и приложения към застрахователния договор.

1.1.5. Застраховка (Застрахователен договор) е застрахователната полица, писменото искане за сключване на застраховката на Договорителя, всички останали писмени изявления на Договорителя, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения към нея и останалите приложения и писмени съглашения.

1.1.6. Абонаментно обслужване - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпване на предвидени в застрахователния договор събития, обезпечава финансово, до лимита на отговорност, предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован, единствено чрез изпълнители на медицинска помощ, с които има сключен договор.

1.1.7. Възстановяване на разходи - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпване на предвидени в застрахователния договор събития, частично или изцяло възстановява в пари, до лимита на отговорност, разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, извършени от свободно избран от Застрахован изпълнител на медицинска помощ.

1.1.8. Застрахователна премия - сумата, която Договорителят заплаща на Застрахователя срещу поетите от последния рискове по застрахователния договор.

1.1.9. Лимит на отговорност - отговорността на Застрахователя по застрахователния договор за финансово обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, чрез предоставяне на здравните услуги и стоки чрез изпълнители на медицинска помощ и/или възстановяване на направените от Застрахования, през срока на застраховката, разходи за определени здравни услуги и стоки.

1.1.10. Самоучастие - определена в застрахователния договор част от разходите за здравни стоки и услуги, която Застрахованият заплаща за своя сметка и която не подлежи на покриване / възстановяване от Застрахователя.

1.1.11. Обем на здравни услуги и стоки - количеството здравни услуги и стоки, до които Застрахования има достъп, при условията определени от Общите условия и застрахователния договор.

1.1.12. Заболяване - съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение за първи път през срока на застрахователния договор и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на Заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

1.1.13. Хронично заболяване - заболяването се счита за хронично, ако е с продължителност 3 месеца или повече.

1.1.14. Злополука - внезапно и неочаквано събитие, причинено случайно, неумишлено, в резултат на внезапни и непредвидими въздействия от външен произход и довело до телесно нараняване на Застрахован.

1.1.15. Предходно състояние - Всяко състояние на Застрахован в резултат на Заболяване, Злополука или телесно увреждане, възникнало или причинено преди сключване на застрахователния договор, независимо дали е диагностицирано преди началото на застрахователното покритие по застраховката.

1.1.16. Изпълнител на медицинска помощ - изпълнител на медицинска помощ по смисъла на чл.58 от Закона за здравното осигуряване.

1.1.17. Болница - лечебно заведение за болнично лечение, лицензирано и функциониращо в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Не са Болници: лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение; специализирани болници, клиники и отделения за лечение на психично болни, на пристрастени към алкохол, наркотични или други упойващи вещества.

1.1.18. Лекар - законно оправомощено и регистрирано да практикува медицинска професия лице.

1.1.19. Извънболнично лечение - медицинско лечение на Застрахован, който не е хоспитализиран в Болница.

1.1.20. Срок на застраховката - период от време, започващ от посочената в Застрахователната полица начална дата на застраховката и завършващ на или преди крайната дата на застраховката, посочена в Застрахователната полица.

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

Застраховката може да се сключи и за неопределен срок.
1.1.21. Застрахователен период – период от време, за който се дължи застрахователната премия. Първият застрахователен период започва от датата, посочена в Застрахователната полица. Всеки следващ застрахователен период започва на датата, следваща изтичането на предходния, при условие че е платена застрахователната премия или съответната вноска от нея.
1.1.22. Период на застрахователното покритие - периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката. Периодът на застрахователните покрития по застраховката съвпада със застрахователния период.
1.1.23. Нормален здравен риск - състояние, при което Застрахованият е в добро физическо и психическо здраве, без Предходно състояние, налагащо продължаване на лечението.
1.1.24. Медицински координатор на Застрахователя-лице, оправомощено от Застрахователя, с което всеки Застрахован се свързва при настъпване на събитие, представляващо покрит по застраховката риск, за да получи указания за действията, които следва да предприеме.
1.1.25. Документ за извършен лекарски преглед-документ, който се съставя от Лекар при извършен преглед на Застрахован, който документ следва да съдържа информация за Застрахования, за неговото здравно състояние, както и за извършените от Лекаря медицински дейности, но не по-малко от: три имена и единен граждански номер (друг идентификационен номер) на Застрахования; три имена и идентификационен номер (код) на Лекаря; дата на извършване на прегледа и поставената диагноза, обозначена с код съгласно международния класификатор на болестите (МКБ); описание на обективното състояние; назначени изследвания и манипулации; предписаното лечение.

II. Общи положения

2.1. Застрахователят, съгласно тези Общи условия и на основание сключен застрахователен договор, срещу заплащане на застрахователна премия, поема рискове и осигурява покритие, свързано с финансовото обезпечаване на ползвани при необходимост определени здравни стоки и услуги.
2.2. Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования.
2.3. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва съгласно избран в Застрахователната полица застрахователен пакет за здравни услуги и стоки. Подробното описание на здравните услуги и стоки, включени в съответния застрахователен пакет избран от Застрахования, които са финансово обезпечени по застраховката, е приложение към застрахователната полица и е неразделна част от нея.
2.4. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва на основание сключен застрахователен договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) с Договорител.
2.5. Правата на Застрахования по застрахователния договор са лични и не могат да се преотстъпват.
2.6. Договорителят избира за всеки Застрахован застрахователен пакет, подробно описан в застрахователната полица, като всеки застрахователен пакет е в определена опция. Опциите на застрахователните пакети, включени в покритието на Застрахования могат да бъдат различни за всеки пакет.
2.7. Чрез предоставянето на застрахователно покритие по тази медицинска застраховка се обезпечава финансово ползването от Застрахования на здравни услуги и стоки, както в обхвата на задължителното здравно осигуряване, така и извън него.
2.8. Застрахователните покрития по тази застраховка се предоставят за рискове, разположени само на територията на Република България.

III. Предмет и обхват на застраховката. Застрахователни покрития

3.1. Застрахователят, съгласно тези Общи условия и срещу платена застрахователна премия, се задължава да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахован, в обхвата на договорените комбинации от застрахователни пакети. Застрахователят не предоставя и не осигурява лично здравни услуги и стоки.
3.2. Застрахователят обезпечава финансово определените здравни услуги и стоки, чрез следните две форми:
3.2.1. Абонаментно обслужване - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпване на предвидените в застрахователния договор събития, обезпечава финансово (заплаща) предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован, само чрез Изпълнители на медицинска помощ, по съответните застрахователни пакети и опции. Списъкът на Изпълнителите на медицинска помощ / доставчици на здравни стоки се предоставя от Застрахователя на траен носител чрез обявяването му на интернет страницата на Застрахователя.
3.2.2. Възстановяване на разходи - форма на медицинско застраховане, при която Застрахователят, при настъпването на предвидените в застрахователния договор събития, частично или изцяло, обезпечава финансово (възстановява в пари) разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, съобразно избрания от Договорителя застрахователен пакет и опция, които здравни услуги и стоки се предоставят от свободно избран от Застрахования Изпълнител на медицинска помощ.
3.3. Покритите по застраховката здравни услуги и стоки са групирани в застрахователни пакети, като конкретно избрания от Договорителя застрахователен пакет е подробно описан и е неразделна част от застрахователната полица.
3.4. В зависимост от вида и обема на покритите здравни услуги и стоки, Застрахователят предоставя

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

всеки застрахователен пакет в различни опции, като конкретно избраната от Договорителя опция на съответния застрахователен пакет се посочва в застрахователната полица. Всяка отделна опция включва различни по вид и обем здравни услуги и стоки. Предвидените лимити на отговорност на Застрахователя, съобразно различните опции на застрахователните пакети, за отделните групи здравни услуги и стоки, както и Самоучастието на Застрахования, са посочени в съответния застрахователен пакет.

3.5. Избраният от всеки Договорител застрахователен пакет и неговата опция, срокът, размерът и начинът за плащане на застрахователната премия, се определят в конкретния застрахователен договор (полица).

IV. Изключения

4.1. Отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не обезпечава финансово здравни услуги и стоки в следните случаи:

4.1.1. когато здравните стоки и услуги не са изрично включени в покритието по избрания застрахователен пакет и съответната опция на застраховката;

4.1.2. за спешна медицинска помощ;

4.1.3. за лечение на психични заболявания; венерически заболявания; заболявания, предавани по полов път; туберкулоза; вродени заболявания и малформации;

4.1.4. за диагностика и лечение на СПИН, ТОРС и други заболявания с епидемичен характер, вкл. пандемии;

4.1.5. за операции в обхвата на лицево-челюстната хирургия, освен ако здравните стоки и услуги не са покрити по застрахователен пакет „Дентална помощ";

4.1.6. за зъбопротезиране, включително и подготовка за зъбопротезиране;

4.1.7. за щифтово и безщифтово изграждане на зъби, реплантанти и имплантанти;

4.1.8. за ортодонтски услуги;

4.1.9. за избелване на зъби;

4.1.10. за трансплантация на органи;

4.1.11. за хемодиализа и хемотрансфузия;

4.1.12. за кардио- и невро-хирургични операции с много голям обем и сложност;

4.1.13. за прилагане на цитостатици, химиотерапия и лъчетерапия;

4.1.14. за извънболнична и болнична помощ, допълнителни грижи и специални услуги, при оказване на медицинска помощ на психиатрично и онкологично болни;

4.1.15. за задължителни имунизации по имунизационния календар;

4.1.16. за фертилитет, in vitro или асистирана репродукция - диагностика, подготовка, лечение, както и други дейности, свързани с диагностика и лечение на безплодие;

4.1.17. за пластични и козметични манипулации и операции;

4.1.18. за диагностика и лечение на козметични дефекти, вкл. косопад и акне;

4.1.19. за лазерна корекция на зрението;

4.1.20. за изследвания, манипулации и медикаменти, свързани със смяна пола;

4.1.21. за прилагане на методи на нетрадиционна медицина, психотерапия, акупунктура;

4.1.22. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето, следствие на остра и/или хронична алкохолна интоксикация, или на хронична употреба на алкохол, или следствие на употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;

4.1.23. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето в резултат или при участие във война, военни действия или военни операции (независимо дали са обявени или не); нашествие; вражески акт срещу Застрахован във връзка с неговата националност - или в страната, или по отношение на страната, където е осъществен този акт; гражданска война; бунт; размирици; метеж; революция; преврат; граждански безредици добиващи размерите на бунт; експлозия на военни оръжия; използване на оръжия за масово поразяване; убийство или покушение; терористични действия;

4.1.24. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето от радиоактивен източник;

4.1.25. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето при практикуване на екстремни спортове и занимания, включително но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, соло пещерно спускане, пещерно гмуркане или изследване на понори, спускане по каньони, гмуркане с акваланг до 30 м, надбягвания, планинско катерене, делтапланеризъм, хелиски, скокове във вода, лов/стрелба, конен лов, прескачания с коне, поло, конни надбягвания, жокейство или конни състезания от всякакъв род, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски и сноуборд извън пистите и определените за това места, парасейлинг, параски, парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бънджи скокове, летене или участие в други въздушни дейности, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, професионално спортуване, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, яхтинг извън териториални води или всякакви други опасни занимания или активност;

4.1.26. при прекъсване на бременност по желание;

4.1.27. за здравни стоки и услуги при увреждане на здравето при или в резултат на или от извършване на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или от деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато Застрахованият реализира административно-наказателен или наказателен състав в състояние на невменяемост;

4.1.28. за лечение по време, когато Застрахованият е лишен от свобода, изтърпява присъда или е на активна военна служба;

4.1.29. при самоубийство или опит за самоубийство на Застрахования, включително и когато е действал в състояние на невменяемост;

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

4.1.30. при умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от Застрахования;
4.1.31. при задържане на Застрахован от компетентните правоохранителни органи, както и при настъпили увреждания на здравето по време на задържането в затвор или друго специализирано заведение за принудително задържане;
4.1.32. при участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно - изследователска цел;
4.1.33. при ползване на медицински услуги, осигурявани от Министерство на здравеопазването, както и по национални или общински, или международни програми за превенция, профилактика, лечение и рехабилитация;
4.1.34. при увреждане на здравето следствие на химически замърсявания, производствени и други аварии;
4.1.35. при увреждане на здравето следствие на земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;
4.1.36. при неспазване от страна на Застрахован на предписан от Лекар режим и/или лечение, при ползване от Застрахован на лекарствени средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, извършване на манипулации, които поради естеството си следва да бъдат извършвани от Лекар, от Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за извършването им;
4.1.37. когато медицинските услуги и стоки са предоставени от лица, които не са оторизирани за съответната дейност, съгласно действащата нормативна уредба;
4.1.38. при симулиране на увреждане на здравето от Застрахован или извършване на действия от Застрахования или други лица, с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя за наличието на реализирал се покрит риск и извършени разходи за лечение на увреждане на здравето;
4.1.39. на подлежащ на диспансерно наблюдение / лечение на Застрахован;
4.1.40. когато е ползвана здравна услуга „болнична медицинска помощ" от лица, които не са задължително осигурени в НЗОК;
4.1.41. при ползване на здравни услуги и стоки от чужди граждани или лица без гражданство, които не са задължително осигурени в НЗОК;
4.1.42. при събития представляващи Предходно състояние или, настъпили пряко, или косвено в резултат на Предходни състояния;
4.1.43. при лечение на заболявания със стволови клетки и за всяка манипулация при извличане и съхранение на стволови клетки.

V. Сключване, действие и прекратяване на застрахователния договор. Видове

5.1. Застрахователният договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) се сключва във формата на застрахователна полица между Застрахователя и Договорителя и неразделна част от него са писменото искане за сключване на застраховката, списък на Застрахованите (когато има такъв), Общите условия на застраховката, допълнителни споразумения (анекси) и други писмени договорености между страните. Със застрахователния договор се определят покритите от Застрахователя рискове, при реализиране на които се обезпечават финансово конкретни здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахования, както и срока, обема и обхвата (съгласно избрания застрахователен пакет) на тези здравни услуги и стоки, дължимата застрахователна премия както и сумата на начисления данък върху застрахователната премия, когато такъв се дължи. Застраховката е в сила след подписване на застрахователния договор от двете страни, при условие наличен застрахователен интерес, платена застрахователна премия и начислен данък, съгласно договореното.
5.2. В застрахователната полица се вписват данните за Договорителя, както и данни за Застрахования/те - име и ЕГН (или други персонифициращи данни). Допълнително Застрахователят може да изиска писмено и друга информация, която според него има значение за оценката на риска по застраховката.
5.3. Корпоративен (групов) застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане на Договорителя, като персонифициращите данни (име и ЕГН) на Застрахованите не се посочват в застрахователната полица, а към искането се прилага и списък на лицата, по образец на Застрахователя. По преценка на Застрахователя, на основание решение на неговия управителен орган, в зависимост от броя на Застрахованите, Застрахователят може да изиска и прилагане на здравна декларация на кандидатите за застраховане (по образец).
5.4. Индивидуален или семеен застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане, към което се прилагат:
5.4.1. здравна декларация на кандидата за застраховане, по образец на Застрахователя; Здравната декларация на лицата под 18 годишна възраст се попълва и подписва от Договорителя или от законен представител (ако Договорителят не е такъв) на кандидата за застраховане;
5.4.2. становище на Лекар, оправомощен от Застрахователя, за здравословното състояние на кандидата въз основа на данните от здравната декларация и проведен предварителен медицински преглед (за сметка на кандидата за застраховане) в определено от Застрахователя лечебно заведение;
5.4.3. списък на лицата, по образец на Застрахователя.
5.5. Застрахователни договори за лица от 0 до 18 години, за лица над 65 години и други лица с повишен здравен риск, определен съгласно здравната декларация, заключението на лекаря, заверил съответната здравна декларация и становището на лекаря, провел предварителния медицински преглед, се сключват при условия за повишен здравен риск.
5.6. За лица, при които, по преценка на Застрахователя, е налице завишен здравен риск, Застрахователят може да откаже сключване на застрахователен договор.
5.7. Определянето на възрастта на кандидата за застраховане се извършва в цели години, като период до 6 (шест) месеца не се взима предвид, а над 6 (шест) месеца се приема за цяла година.

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, ех. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

5.8. Писменото искане за сключване на застрахователен договор е по образец на Застрахователя, като същото включва данни на Договорителя / Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, други идентификационни данни, списък на Застрахованите и избраните застрахователни пакети и съответни опции.
5.9. При попълване на здравната декларация, лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на здравния риск, и за които писмено е поставен въпрос, като лицата носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.
5.10. Ако лице, при попълване на здравната декларация, съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати застрахователния договор. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. При прекратяване на договора, Застрахователят задържа платената част от застрахователната премия и има право да иска плащането й за периода до прекратяването на договора.
5.11. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Договорителят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т.5.10.
5.12. Когато в случаите по т.5.10 или т. 5.11 застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелство по т.5.10 или т.5.11 е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
5.13. Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелство, имащо съществено значение за определяне на застрахователния риск, не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.
5.14. Ако договорът бъде прекратен съгласно т.5.13, Застрахователят възстановява частта от платената застрахователна премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.
5.15. При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на застрахователния договор съгласно т.5.13, Застрахователят не може да откаже финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки, но може да го намали, съобразно съотношението между размера на платената застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
5.16. По време на действието на застрахователния договор всеки Застрахован, попълнил здравна декларация, е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно, но не по-късно от 7 дни след узнаването им.
5.17. Застрахователният договор влиза в сила от 00.00 часа на деня, отбелязан в застрахователната полица, но само при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска, в случай на разсрочено плащане. Ако плащането се извършва по банков път, договорът влиза в сила от 00.00 ч. на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Застрахователя.
5.18. Подновяване на застрахователния договор, промени в избраните пакети и опции се извършват с допълнително споразумение между страните.
5.19. Застрахователният договор се прекратява:
5.19.1. с изтичане срока на договора;
5.19.2. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;
5.19.3. едностранно, с едномесечно писмено предизвестие от някоя от страните;
5.19.4. в случаите на т.5.10, т.5.11 и т.5.13 от тези Общи условия;
5.19.5. при смърт на Застрахован.
5.20. Застрахователят прекратява застрахователния договор с едномесечно предизвестие и отказва финансовото обезпечаване на съответните здравни услуги и стоки при:
5.20.1. измама, извършена от Договорителя / Застрахован или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна при ползването на здравни услуги и стоки, които са покрити по застрахователния договор;
5.20.2. неплащане в срок на дължима вноска от застрахователната премия при разсрочено плащане.
5.21. При прекратяване на застрахователния договор от Договорителя, той е длъжен в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на предизвестието да уведоми за прекратяването и Застрахованите по договора лица.
5.22. При предсрочно прекратяване и в случай че застрахователната премия е платена в пълен размер при условията на т.5.17, Застрахователят задържа тази част от премията, която съответства на изтеклия срок на застрахователния договор. Застрахователят има право да получи застрахователна премия за срока до прекратяване на договора, в случай на разсрочено плащане на премията. При прекратяване на застрахователния договор поради смърт на Застрахован, Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия.

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

5.23. При сключен корпоративен / групов застрахователен договор, включването на нов Застрахован се извършва при следните условия:
5.23.1. попълване на здравна декларация от кандидата и одобряването й от Застрахователя, в случаите когато здравна декларация е изисквана при сключване на застрахователния договор; и
5.23.2. в случаите на разсрочено плащане на застрахователната премия, представяне от Договорителя на данни за всеки нов Застрахован, в срок до 10 (десет) присъствени дни преди датата на падежа за плащане на вноска, като покритието по застраховката за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на падежа за плащане на вноската и наличието на платена застрахователна премия; или
5.23.3. в случаите на еднократно плащане на премията, представяне от Договорителя на данни за всеки нов Застрахован и плащане на допълнителна премия, като покритието по застраховката за всеки нов Застрахован започва от 00.00 часа на деня, следващ деня на плащане на допълнителната премия за съответния нов Застрахован.
5.23.4. В случай, че лицето, което се включва, ще ползва покритие по застрахователни пакети на Застрахователя за медицински стоки и/или дентални услуги, Застрахователят събира пълния размер на застрахователната премия за това лице, която съответства на премията за съответния застрахователен пакет, считано от началната дата на застрахователния договор.
5.24. Членове на семействата на Застраховани по корпоративен застрахователен договор се включват, когато това е договорено, най-късно до 2 (два) месеца след началната дата на застрахователния договор, като се спазват условията по т.5.23.
5.25. При сключен корпоративен / групов застрахователен договор прекратяване на застрахователното покритие по отношение на Застрахован, се извършва при следните условия:
5.25.1. Договорителят незабавно уведомява писмено Застрахователя за промените относно Застрахованите, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от съответната промяна;
5.25.2. покритието по застраховката за Застрахован е до 24.00 часа на деня на изключване от застрахователния договор; в този случай Договорителят уведомява Застрахователя по реда на предходната точка и връща съответните документи, като има право на възстановяване на премията за това лице пропорционално на оставащия срок на застрахователния договор, в случай че застрахователната премия е платена в пълен размер при условията на т.5.17 или не дължи останалата част от разсрочената премия.
5.25.3. В случай, че лицето, по отношение на което се прекратява застрахователното покритие, е изразходвало част от лимита по съответния застрахователен пакет, по който са покрити медицински стоки и/или дентални услуги, Застрахователят задържа тази част от годишната застрахователна премия за това лице, която съответства на съответния застрахователен пакет, ако е платена еднократно. Застрахователят има право на съответната част от разсрочена вноска на премията за лицето за периода до прекратяване на договора в случай на разсрочено плащане на премията.
5.26. Застрахователното покритие за член на семейство се прекратява при прекратяването на застраховането на съответния служител като се спазват условията по т.5.25.
5.27. При сключен индивидуален / семеен застрахователен договор, включването на нов Застрахован или прекратяване на застрахователното покритие по отношение на Застрахован, се извършва само при наличие на обективни обстоятелства (раждане, смърт, промяна на семеен статус).

VI. Права и задължения на Застрахователя

6.1. Застрахователят се задължава, срещу заплащане на застрахователна премия, да поеме рискове, свързани с финансовото обезпечаване, до лимита на отговорност, на здравни услуги и стоки, предоставени на Застрахован съгласно посоченото в застрахователния договор.
6.2. Застрахователят, в срок до 5 (пет) присъствени дни от влизане в сила на застрахователния договор, предоставя на Договорителя здравна карта, съдържаща трите имена номер на карта и срока на действие на застрахователния договор. При загубване или унищожаване на здравната карта Застрахованият незабавно, но не по-късно от 3 (три) присъствени дни от събитието, уведомява за това Застрахователя. Дубликат се издава от Застрахователя в срок до 7 (седем) присъствени дни от попълване на декларация за невалидност на изгубената / унищожената карта и заплащане на такса съгласно тарифата на Застрахователя.
6.3. Здравната карта легитимира Застрахования с правата по сключения застрахователен договор пред Изпълнителите на медицинска помощ, с които Застрахователят има сключен договор.
6.4. Застрахователят незабавно, не по-късно от 1 (един) присъствен ден от влизане в сила на застрахователния договор, предоставя на Договорителя, списък с Изпълнителите на медицинска помощ / доставчиците на здравни стоки, с които има сключен договор за обслужване на Застрахованите, в съответствие с покритите рискове по съответните застрахователни пакети и опции. Застрахователят уведомява Договорителя за промени в този списък, чрез предоставянето на актуализиран списък по реда на т.3.2.1 от тези Общи условия. При сключен корпоративен (групов) застрахователен договор, Договорителят е длъжен да уведоми Застрахованите за промените по предходното изречение.
6.5. Застрахователят изготвя здравно досие на Застрахования и води регистър, в който се съдържа информация за внесените застрахователни премии, ползваните здравни услуги и стоки и данни за възстановените разходи.
6.6. Застрахователят, при поискване от Застрахо вания, представя информация за ползваните здравни услуги и стоки и възстановените разходи. При корпоративни застрахователни договори Договорителят има право да получи само статистически обобщени и неперсонифицирани

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

данни за здравословното състояние на Застрахованите.
6.7. Застрахователят няма право, без изричното писмено съгласие на Застрахования, да разгласява станалите му известни лични данни, факти и обстоятелства, свързани със здравословното състояние на Застрахования, освен в случаите, предвидени със закон.

VII. Права и задължения на Договорителя / Застрахования

7.1. Договорителят, при сключване на застрахователния договор (във формата на застрахователна полица), избира застрахователния пакет, съответната опция, формата на медицинско застраховане - абонаментно обслужване и/или възстановяване на разходи, както и начина на плащане на застрахователната премия.
7.2. Здравните услуги и стоки, включени в избрания застрахователен пакет и съответната опция се ползват лично от Застрахования при възникнала необходимост и реализирал се покрит риск съгласно условията на застраховката. Разходи на Застрахования за ползвани здравни стоки и услуги, извън покритите по застрахователния договор, са за сметка на Застрахования.
7.3. В случаите, когато Договорителят е избрал абонаментно обслужване, той има право на свободен избор на Изпълнител на медицинска помощ от списъка с Изпълнители на медицинска помощ / доставчици на здравни стоки, с които Застрахователят има сключен договор за обслужване по съответните застрахователни пакети и съответните опции. Когато Договорителят е избрал като форма на медицинско застраховане „възстановяване на разходи", той има право на свободен избор на Изпълнител на медицинска помощ и/или доставчик на здравни стоки на територията на Република България, регистриран съобразно българското законодателство и имащ право да осъществява съответната дейност.
7.4. При абонаментно обслужване Застрахованият ползва съдействието на Медицинския координатор на Застрахователя при всяко събитие, представляващо покрит по застраховката риск, когато и съответното лечебно заведение има такъв, и съдействието на координатора на съответния Изпълнител на медицинска помощ, името и адреса за кореспонденция на който са включени в списъка с Изпълнителите на медицинска помощ.
7.5. Застрахованият, при всяко събитие, представляващо покрит по застраховката риск, в резултат на което се ползват здравни услуги и стоки, се свързва с Медицинския координатор на Застрахователя, който осъществява съдействие на и уведомява Застрахования за реда на ползване на медицински услуги в съответното Лечебно заведение и оказва съдействие при ползване от Застрахования на здравните услуги и стоки, когато това е необходимо.
7.6. Договорителят е длъжен да заплаща договорената застрахователна премия, съответно вноските по нея, в случай на разсрочено плащане, в сроковете и условията съгласно застрахователния договор.
7.7. Застрахованият / Договорителят е длъжен да не създава условия за неправомерно и недобросъвестно ползване на здравни услуги и стоки, ползването на които се обезпечава финансово по застраховката.
7.8. При всяко посещение при Изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен договор, Застрахованият се легитимира със здравната карта и документ за самоличност. Застрахованият няма право да преотстъпва на други лица своята здравна карта.
7.9. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно и не по-късно от 5 (пет) присъствени дни от прекратяване на застрахователното покритие или на застрахователния договор, да върне на Застрахователя здравната карта. При неизпълнение на задължението по предходното изречение и неправомерно ползване на здравната карта, се дължи възстановяване на стойността на съответната здравна услуга / стока.

VIII. Лимит на отговорност

8.1. Отговорността на Застрахователя по застрахователния договор е до лимита на отговорност по съответния застрахователен пакет и избраната опция, посочени в застрахователния договор (полица).
8.2. Лимитът на отговорност на Застрахователя може да бъде:
8.2.1. финансов (застрахователна сума) - определена парична сума, до която се обезпечават финансово ползвани от Застрахования здравни стоки и услуги; или
8.2.2. честотен - определени по брой здравни стоки и услуги, които се обезпечават финансово от Застрахователя и се предоставят на Застрахования от Изпълнител на медицинска помощ / доставчик на здравни стоки.
8.3. Отделни здравни услуги и стоки, както и определени групи от здравни услуги и стоки, могат да имат лимити, които са част от лимит на отговорност, определен за съответната опция на съответния застрахователен пакет.

IX. Застрахователна премия

9.1. Размерът на застрахователната премия се определя съобразно покритите рискове и осигуреното финансово обезпечение на съответните здравни услуги и стоки, включени в съответния застрахователен пакет и опция, и съгласно действащата към момента на сключване на застрахователния договор тарифа. Застрахователят, при определяне на премията, прилага определените в тарифите коефициенти, като преценява потенциалния риск за всеки Застрахован. Ако през съответния Застрахователен период е договорено разширяване на покритието и/или увеличаване на лимитите и/или на застрахователната сума, премията за доплащане се определя пропорционално на остатъка от Застрахователния период. Ако през Застрахователния период настъпи промяна в риска, Застрахователят може да поиска предоговаряне на приложените коефиценти.

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

9.2. Застрахователната премия се плаща при сключване на застрахователния договор в пълен размер, освен в случаите когато е уговорено друго. По договореност между страните, отразена в застрахователния договор или в приложение към него, премията може да бъде заплатена на разсрочени вноски през съответния Застрахователен период.
9.3. Застрахователната премия се плаща по банков път, като за дата на внесената премия се приема денят, в който е заверена банковата сметка на Застрахователя.
9.4. В случаите, когато е договорено разсрочено плащане, при неплащане на вноска от разсрочената премия, застраховката се прекратява след изтичането на 15 (петнадесет) дни от датата на падежа на разсрочената вноска.
9.5. Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия при смърт на Застрахован.

X. Действия при настъпване на застрахователно събитие. Възстановяване на разходи

10.1. В случай на събитие, представляващо покрит риск, Застрахователят обезпечава заплащането на стойността на предоставените от Изпълнител на медицинска помощ здравни услуги и стоки, посочени в опциите на съответния застрахователен пакет, избран от Договорителя със сключване на застрахователния договор, в случаите когато като форма на медицинско застраховане е избрано „абонаментно обслужване".
10.2. При избрана форма на медицинско застраховане „абонаментно обслужване", Застрахованият няма парични взаимоотношения с Изпълнителите на медицинска помощ, с изключение на случаите, когато се надхвърли лимита на отговорност по застраховката по повод ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки. При „абонаментно обслужване" Застрахователят възстановява, до лимита на отговорност, на съответния Изпълнител на медицинска помощ направените от Застрахования разходи за здравни услуги и стоки.
10.3. При форма на медицинско застраховане „възстановяване на разходи", Застрахователят възстановява на Застрахования, до лимита на отговорност, направените от Застрахования разходи въз основа на искане за възстановяване на разходи (по образец на Застрахователя) от Застрахования и на представени застрахователни, медицински и финансови документи, съответстващи на ползваните от Застрахования здравни услуги и стоки, както и на условията за тяхното предоставяне. Всички документи се представят от Застрахования за негова сметка.
10.4. Застрахованият е длъжен в срок от 1 (един) месец писмено да уведоми Застрахователя за извършените разходи за здравни услуги и стоки (при „възстановяване на разходи") и да подаде искане съгласно т.10.3. Срокът може да се удължи при наличието на обективни причини, които са възпрепятствали спазването му (престой в болнично заведение, тежко заболяване, отсъствие от страната и други подобни), удостоверени с надлежни документи.
10.5. За изплащане на застрахователно обезщетение (при „възстановяване на разходи") при подаване на искането по т.10.3, Застрахованият трябва да представи и разходооправдателни и платежни документи (фактура с касов бон / платежно нареждане / вносна бележка или фискална фактура) издадени на името на Застрахования, за ползваните здравни стоки и услуги, както и следните документи:
10.5.1. за закупени лекарствени средства: рецепти, издадени от съответния Лекар и Документ за извършен лекарски преглед; лекарствените средства трябва да са закупени в срок до 7 (седем) присъствени дни от датата на издадената рецепта / документа от лекарския преглед;
10.5.2. за закупени помощни средства: рецепти / документи за медицинско назначение, издадени от Лекар / Изпълнител на медицинска помощ;
10.5.3. за извършени медицински прегледи и/или манипулации: документ за лекарски преглед и/или манипулация;
10.5.4. за извършени медицински изследвания: документ от лекарски преглед, документ за назначаване на изследванията и копие от резултатите;
10.5.5. за болнично лечение: епикриза;
10.5.6. за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза и картон (физиотерапевтична карта) с описание на проведените физиотерапевтични процедури.
10.6. Съгласно разпоредбите на Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска от Застрахования представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на основанието, обстоятелствата и размера на предявената към него претенция.
10.7. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.
10.8. В случай, че представените с искането по т.10.3 документи са непълни или са необходими допълнителни доказателства съгласно т.10.6, Застрахователят уведомява Застрахования за това в срок до 15 дни от получаване на искането, като предоставя на Застрахования срок до 1 (един) месец за предоставяне на съответните доказателства.
10.9. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Договорителя и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.
10.10. Застрахователят, в срок до 15 (петнадесет) работни дни, от предоставяне от Застрахования на всички доказателства, установяващи основанието и размера на направените разходи включително и на допълнителните доказателства, изискани от Застрахователя съгласно Кодекса за застраховането, възстановява на Застрахования

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, *гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg*

направените разходи за здравни стоки и услуги или мотивирано отказва плащане, като уведомява Застрахования относно причините за отказа за цялостно или частично плащане.

10.11. В случай на смърт на Застрахования, след като е получил здравни услуги и стоки, покрити по застраховката, Застрахователят възстановява разходите за тях на законните наследници на Застрахования (при „възстановяване на разходи").

10.12. Ако претенцията по застраховката е измамлива, всички плащания по застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.

10.13. Застрахователят не обезпечава финансово ползвани от Застрахования здравни услуги и стоки в следните случаи:

10.13.1. при неспазване от Застрахования на предписан режим или лечение; при симулиране от Застрахования на събитие, представляващо покрит риск;

10.13.2. при извършени разходи за:

- слабителни лекарства, лекарства за отслабване;
- медикаменти против прилошаване при пътуване;
- противозачатъчни средства;
- имуномодулатори и ваксини, извън посочените в застрахователните пакети;
- хранителни добавки, медицинска козметика, фитопрепарати;
- стъкла за очила с диоптър под 0.5, цветни лещи, очила за работа с компютър, рамки за очила;
- лекарства, медикаменти и каквито и да било медицински изделия, нерегистрирани като лекарства в Република България по съответния нормативно установен ред.

10.13.3. разходи, покрити по други застрахователни договори с друг застраховател или покрити от държавни, общински, или обществени и частни медицински програми;

10.13.4. разходи за самолечение или за лечение от лице, което няма право да упражнява лекарска професия;

10.13.5. разходи за лечение, извършено при нарушаване разпоредбите на Закона за здравето и Закона за лечебните заведения.

XI. Съобщения

11.1. Всяко съобщение от Застрахования / Договорителя, свързано със застраховката трябва да бъде изпратено на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахователя и/или адрес на електронна поща (e-mail), освен ако Застрахователят писмено не се съгласи друго.

11.2. Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Договорителя се изпраща на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахования / Договорителя. При сключване на застраховката Застрахованият / Договорителят заявяват и адрес на електронна поща (e-mail), на който ще получават съобщения, включително за промени в условията на застраховката, относно размера на застрахователната премия и други. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес или в заявения e-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/e-mail. До получаване на съобщението за промяна на адрес/e-mail на Застрахования / Договорителя от страна на Застрахователя, съответните съобщения се изпращат до адреса/e-mail, посочени в застрахователния договор, като същите се смятат за връчени и получени от Застрахования / Договорителя с всички предвидени в закона или договора правни последици.

XII. Лични данни

12.1. С настоящото, съгласно приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Застрахования, че:

12.1.1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра на Комисията за защита на личните данни, като връзка със Застрахователя и определеното от него длъжностно лице по защита на личните данни може да бъде осъществена на посочения в т.1.1.1. адрес на управление;

12.1.2. Предоставените от Застрахования / Договорителя лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договор; и за целите на директния маркетинг, като правното основание за обработването им може да бъде или изрично съгласие на Застрахования / Договорителя, или изпълнението на застрахователния договор, или ако обработването е необходимо за спазването на законово задължение на Застрахователя, или ако обработването е необходимо целите на легитимните интереси на Застрахователя. Обработването на личните данни е за срок, който е съобразен с целите на обработването, без да нахвърля минимално необходимия срок за обработване на данните;

12.1.3. При наличие на изрично съгласие на Застрахования / Договорителя и спазване изискванията на приложимото в страната законодателство, личните данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни" по смисъла на §1, т.3 от ЗЗЛД; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба или е свързано с изпълнението на застрахователния договор; на трети лица за статистически цели;

12.1.4. предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за предоставянето им е основание Застрахователят да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не дава

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси или възпрепятства изпълнението на застрахователния договор;

12.1.5. Застрахованият / Договорителят има право на достъп до личните си данни, както и право да искате коригирането им или заличаването им по реда и условията на приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни;

12.1.6. Всяко лице, има право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг, като с настоящото е уведомено, че личните му данни могат да бъдат разкрити на трети лица или използвани от тяхно име за целите на директния маркетинг. Лицето има възможност да възрази срещу такова разкриване или използване посредством изявление, изпратено на адреса на Застрахователя.

12.2. С полагането на подпис за сключване на настоящата застраховка, Застрахованият / Договорителят дава изричното си съгласие личните данни, предоставени от него, да бъдат обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка, включително чрез извършването на всяка операция или съвкупност на операции с предоставените лични данни или с набора от лични данни, включващ предоставените от данни по време на процеса по сключване на застрахователния договор, чрез автоматични или други средства, които операции по преценка на Застрахователя се изразяват в събиране, записване, организиране, структуриране, съхранение, адаптиране или промяна, извличане, консултиране, употреба, разкриване чрез предаване, разпространяване или друг начин, по който данните стават достъпни, подреждане или комбиниране, ограничаване, изтриване или унищожаване. Обработването на лични данни може също така да включва и предоставяне на лични данни на трети лица (включително на лице, установено в държава, която не е държава - членка на Европейския съюз и държава - членка на Европейското икономическо пространство) за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка.

Подписването на застраховката също така означава потвърждение на факта, че Застрахованият / Договорителят е уведомен за Политиката за конфиденциалност на Застрахователя, която е публикувана на www.fihealth.bg.

XIII. Приложимо право и подсъдност

13.1. Споровете между страните се решават с преговори и по взаимно съгласие между тях, както и съгласно установеното във "Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „Фи Хелт Застраховане" АД. Уреждането на претенциите по реда на вътрешните правила на „Фи Хелт Застраховане" АД не ограничава правото на Застрахования да предяви претенцията си и пред съд. Всички спорове, нерешени по взаимно съгласие, породени от тази застраховка или отнасящи се до нея, включително споровете, породени или отнасящи се до нейното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в застраховката или приспособяването ѝ към нововъзникнали обстоятелства, ще бъдат разрешавани от компетентния съд.

13.2. За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство.

XIV. Допълнителни разпоредби

14.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство.

14.2. По решение на Застрахователя застрахователно обезщетение може да се плаща и след изтичане на давностния срок.

14.3. За погрешно или неправилно внесени застрахователни премии, както и за несвоевременно получени застрахователни обезщетения, Застрахователят не дължи лихви.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Фи Хелт Застраховане" АД на заседание, проведено на 16.05.2013 г. и са в сила от 14.06.2013 г., изм. с решение от 30.03.2015 г., в сила от 30.03.2015 г., изм. с решение от 01.02.2018 г., в сила от 01.03.2018 г., изм. с решение от 23.05.2018 г., в сила от 23.05.2018 г.

За Застрахователя:

Милена Касапова

Цветомира Карапчанска

"FiHealth Застраховане" АД, гр. София, п.к. 1700, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg