

**ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР**  
**за здравна (медицинска) застраховка по смисъла на чл. 427 от КЗ**

№ 100153002121, 17.04.2019

Днес, 17.04..... 2019 година, между страните:

1. **"Овергаз Мрежи" АД**, със седалище и адрес на управление: гр. София, 1407, район „Лозенец“, ул. „Филип Кутев“ № 5, вписано в Търговския регистър при Агенция по вписванията с ЕИК 130533432, представлявано от **Светослав Рашев Иванов - Изпълнителен директор**, от една страна, наричан в документацията за обществената поръчка „Възложител“, а в договора по – долу за краткост **„ЗАСТРАХОВАЩ“**, от една страна,

и

2. **„Ф. Хелт Застраховане...“ АД**, с ЕИК 200103397, със седалище и

адрес на управление: гр. София, ул. „Проф. Александър Фол“ №2 ет. 2

представлявано от Никола Христов Баханов - изпълнителен директор и Цветелина Маринова Карангайска - Прокурор, наричано в документацията за обществената поръчка „Изпълнител“, а в договора по-долу

за краткост **„ЗАСТРАХОВАТЕЛ“**,

на основание чл. 183, във връзка с чл. 112 и във връзка с чл. 20, ал. 2, т. 2 от ЗОП и чл. 69 от ППЗОП и в изпълнение на Решение № ОМ-ИД-685...../22.03.2019 на **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ** за определяне на изпълнител на обществена поръчка, възложена чрез процедура „пряко договаряне“, проведена на основание чл. 182, ал. 1, т. 2 от ЗОП, с предмет: „Избор на застраховател за сключване на здравна (медицинска) застраховка за служителите на „Овергаз Мрежи“ АД“, се сключи настоящият договор за следното:

### I. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА

**Чл. 1. /1/ ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** възлага, а **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** приема и се задължава срещу възнаграждение да покрие финансово, съгласно клаузите на настоящия Договор, както и в съответствие с условията, съдържащи се в **Техническата спецификация** (Приложение №1), **Техническото предложение** (Приложение №2) и **Ценовото предложение** (Приложение №3), разходите, свързани с профилактика и/или лечение на служителите на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ (ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА). ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** са посочени поименно в списък (Приложение №5) към настоящия договор. Страните се съгласяват, че броят **ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА** няма да бъде константен и той обхваща всички служители и работници на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, намиращи се в трудово правоотношение с него за времето на действие на настоящия договор.

**/2/ Обхватът на закупените пакети** е подробно описан в Техническа спецификация (Приложение №1) и Техническо предложение (Приложение №2) към настоящия договор за здравна (медицинска) застраховка, които са неразделна част от настоящия договор. Списъкът на лечебните заведения, с които **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** има подписани договори, със съответните координатори е оформен като Приложение №4 към настоящия договор и е неразделна негова част.

**Чл. 2. /1/ ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** закупува следните пакети здравни услуги:

Описание на ЗП	Тип на пакета	Лимит за ползваните средства лв./годишно на служител
Подобряване на здравето и предпазване от заболяване Пакет А	пълен	ВЕДНЪЖ ГОДИШНО
Извънболнична медицинска помощ Пакет Б	пълен	Без лимит
Стоматологична помощ с възстановяване на разходи без самоучастие Пакет В	пълен	200
Възстановяване на разходи без самоучастие Пакет Г	пълен	160

**/2/ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** осигурява възстановяване на разходи на всяко от застрахованите лица до лимитите, посочени по ал. 1 по-горе. Посочените лимити са за едно лице и в рамките на един застрахователен период.

**Чл. 3.** В списъка на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** от Приложение №5 се посочват: трите имена, ЕГН, място на работа и подпис.

## II. СРОК НА ДОГОВОРА

**Чл.4. /1/** Договорът за **здравна (медицинска) застраховка по смисъла на чл. 427 от КЗ** се сключва за 3 (три) последователни застрахователни периода, всеки от по 12 (дванадесет) месеца, и влиза в сила от 00.00 часа на 01.05 2019 г. Договорът изтича в 24.00 часа на 30.04 2022 г.

**/2/** Първата дължима застрахователна премия се изплаща до края на месеца, в който влиза в сила първия застрахователен период, като за този едномесечен период, **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** имат всички права по този договор и Общите условия на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**.

**/3/** Ако до посочената в предходната алинея дата не е постъпила по банковата сметка на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** застрахователната премия или договорената част от нея, за начална дата на договора се счита денят, в който съответната сума постъпи в банковата сметка на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**, а срокът на договора изтича в 24.00 часа на последния ден от тридесет и шестия месец.

## III. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

**Чл. 5. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** е задължен:

**/1/** Да осигурява договорените здравни услуги своевременно и в обема, предвиден в Пакетите здравни услуги, съгласно Техническа спецификация (Приложение №1) и Техническото предложение (Приложение №2) към настоящия договор;

**/2/** Да осигури за **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** постоянно и достъпно телефонно информационно обслужване минимум в рамките на работния ден, позволяващо своевременно и изчерпателна информация и съдействие във връзка с правата им по този Договор, включително, но без да се ограничава, до искания за възстановяване на разходи;

**/3/** Да организира предоставянето на здравните услуги от лечебни заведения, изпълнители на медицинска помощ, наричани по-нататък за краткост **ИЗПЪЛНИТЕЛИ**, в съответствие с правилата на добрата медицинска практика;

/4/ Да упражнява непрекъснат и ефективен контрол върху своевременността и качеството на предоставяните здравни услуги от **ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ**;

/5/ Да спазва тайната на информацията, отнасяща се за здравословното състояние на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА**, както и цялата лична информация за тях, и да не я предоставя без тяхно писмено съгласие на трети лица, с изключение на случаите, предвидени в закон;

/6/ Да създаде за всеки от **ЗАСТРАХОВАНИТЕ** „Здравно досие“ и в срок от 10 дни от сключването на настоящия договор да издаде „Здравноосигурителна карта“ за всички **ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА**, с която последните да се легитимират пред **ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ** и пред представителите на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**;

/7/ Да застрахова всички служители на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** съобразно Приложение №5, без оглед на тяхното индивидуално здравословно състояние, включително за предходни и хронични заболявания;

/8/ Да обезпечи извършването на профилактичните прегледи и изследвания по предоставен от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** график в подходящо лечебно заведение на територията на съответните райони на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** с цел предоставяне услугите по пакет „Подобряване на здравето и предпазване от заболяване“;

/9/ След приключване на профилактичните прегледи да представи на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** обобщена (без конкретни имена) информация за състоянието на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ**;

/10/ В края на всеки застрахователен период да представи на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** обобщена (без конкретни имена) информация за здравното състояние на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ**, придружена от препоръки за подобряването му;

/11/ Да предоставя на тримесечие отчет за използваните от служителите услуги и техния брой, както и стойността им;

/12/ Да издаде полица със срок на валидност 12 месеца за всеки застрахователен период. Полицата за първия застрахователен период се издава с подписването на настоящия договор, а полицата за последващи такива – в 5-дневен срок преди изтичане на предходната полица;

/13/ Да издадат магнитни карти на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** в срок от 10 дни от легитимацията им със списък по чл. 8, ал.6, представен от страна на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**.

**Чл. 6. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** има право:

/1/ Да изисква от **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** да изнема Застрахователните карти от лицата, които отпадат от списъците на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ**, поради прекратяване на трудовите им правоотношения, както и при предсрочно прекратяване на настоящият Договор;

/2/ Да изисква своевременна информация от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** за промени в списъчния състав на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА**, като до 30-то число на месеца изпраща в писмен вид всички промени от настоящия месец.

/3/ Да изиска от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** неустойка в размер на законната лихва при забавяне на плащанията на дължимата премия съгласно условията по чл. 12, ал. 1.

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

**Чл. 7. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** е задължен:

/1/ След подписване на Договора да сведе до знанието на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** съдържанието на Техническа спецификация (Приложение №1) към настоящия договор, да им предостави информация за организацията на предоставянето на здравните услуги, както и да разясни на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** правата и задълженията им, произтичащи от настоящия Договор;

**/2/** Да получи от **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА**, в съответствие с разпоредбите на Закона за защита на личните данни, писменото им съгласие за предоставяне на личните им данни на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** и да им предостави необходимата предварителна информация за целите, за които ще се обработват личните им данни с оглед изпълнение на настоящия договор;

**/3/** Новопостъпилите лица на работа при **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, включени в списъка на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** на мястото на напуснали лица, не се считат за **ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА** за извършването на годишни профилактични медицински прегледи, освен след допълнително заплащане на застрахователна премия за пакет „Профилактика и предпазване от заболяване“, в случай че на напусналите е извършен такъв преглед.

**/4/** Своевременно да актуализира списъка на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ**, като при промяна изпраща в писмен вид на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** измененията в списъците (напуснали и новоназначени);

**/5/** Да предаде срещу подпис на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** застрахователните карти и екземпляр от списъка с подписите да предостави на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**;

**/6/** Да изнемва застрахователните карти от лицата, които отпадат от списъците на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ** и да ги предава на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** по опис;

**/7/** При предсрочно прекратяване на Договора да изнеме от **ЗАСТРАХОВАНИТЕ** застрахователните карти с неизтекъл срок и да ги предаде на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** по опис;

**/8/** Да изплаща дължимата застрахователна премия в посочения срок в раздел VI.

**Чл. 8. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** има право:

**/1/** Да изисква пълно, точно и своевременно изпълнение на задълженията на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** лично или чрез **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** по този договор;

**/2/** Да избира подходящо лечебно заведение на територията на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, в което на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** да бъдат извършени профилактичните прегледи и изследвания, както и да се предоставят останалите услуги, предмет на настоящия договор;

**/3/** Да изисква от **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** в срок от един месец да сключи договор с посочено от него здравно заведение;

**/4/** След приключване на профилактичните прегледи, да получи обобщена (без конкретни имена) информация за състоянието на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ** в срок до 30 /тридесет/ работни дни от приключването им;

**/5/** В срок до 15 /петнадесет/ работни дни след края на всеки застрахователен период да получи обобщена (без конкретни имена) информация за здравното състояние на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ**, придружена от препоръки за подобряването му.

**/6/** Да подава ежемесечно на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** в срок до 30-то число на предходния месец актуален списък на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** за следващия месец.

#### **V. УСЛОВИЯ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ УСЛОВИ ОТ ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА**

**Чл. 9.** При ползване правата по този договор **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** са длъжни:

**/1/** Да спазват реда за получаване на здравни услуги, съгласно настоящия Договор и приложенията към него;

/2/ Да съхраняват Застрахователната карта и да ги предпазват от унищожаване или повреда;

/3/ В случай на изгубване на картата незабавно да уведомяват **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** за това;

/4/ Да върнат Застрахователната си карта при изтичането ѝ или при отпадане на основанието за ползване на правата по този Договор.

**Чл. 10. ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** имат право:

/1/ Да ползват здравните услуги, предмет на настоящия Договор, съгласно условията и реда, отразени в Техническата спецификация (Приложение № 1) и Техническото предложение (Приложение №2) към настоящия договор и в обем и обхват съгласно закупените от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** Пакети здравни услуги;

/2/ Да получават медицинска и стоматологична помощ, без да заплащат сами получените медицински услуги в лечебно заведение, с което **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** има подписан договор включено в списъка (Приложение № 4), съобразно условията и лимитите на този Договор и неговите приложения;

/3/ Да получават медицинска и стоматологична помощ в лечебно заведение, с което **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** няма подписан договор, като сами заплащат всички разходи за получените медицински услуги. В този случай **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** възстановява разходите на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** след представяне на медицинска документация, удостоверяваща заболяването и фактура с фискален бон от съответното лечебно заведение. Документите по предходното изречение се представят от **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** в рамките на сроковете, предвидени в Общите условия (Приложение № 6 към Договора);

/4/ Да се легитимират със здравноосигурителната карта и личната си карта пред **ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ**, с които **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** има подписани договори за здравни услуги и пред техни представители;

/5/ Да отправят жалби до **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** при несъответствие между договорените обем, обхват и качество на медицинската помощ и тези, предоставени му от **ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ** на здравни услуги;

/6/ Да получават своевременно и достъпно информационно обслужване съобразно чл. 5, ал.2.

/7/ Да получи безвъзмездно дубликат на здравноосигурителната си карта в случай на изгубване и след писмено уведомление на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**.

## **VI. ЦЕНИ И ПЛАЩАНИЯ**

**Чл. 11. /1/** Размерът на застрахователната премия е определен според Тарифата на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** в зависимост от избраните пакети за един **ЗАСТРАХОВАН** за три години, съгласно Ценовото предложение (Приложение №3) към настоящия договор.

/2/ Застрахователната премия на **ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ** се заплаща месечно (Приложение №8 – Планов график на плащанията за изпълнението ) въз основа на техния брой по предоставен списък на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** съгласно чл. 8, ал. 6.

/3/ Дължимата премия не се променя за целия срок на договора.

**Чл. 12. /1/** Дължимата месечна премия по чл.11 ал. 1 се изплаща в 15 – дневен срок от получаване на сметка за плащане от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, която се издава въз основа на списък на **ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА** по чл. 8, ал. 6.

/2/ Сумите се превеждат по банковата сметка на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** след получаването на сметка издадена от **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**. Банковата сметка на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** е, както следва:

Банка: Първа инвестиционна банка "АД"  
IBAN: BG41FINV91501004438268  
BIC: FINVBGSF

## VII. ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ

Чл. 13. /1/ **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** гарантира изпълнението на задълженията си по настоящия договор с гаранция за добро изпълнение в размер на 2023,76 (двеста хиляди бresta седмдесет ч.три и 76 ц.) лева, представляващи **5% (пет процента)** от общата стойност на поръчката без ДДС. Предоставената гаранция следва да е валидна за срока на действие на настоящия Договор и един месец след датата на изтичането на срока на същия.

/2/ Гаранцията за изпълнение се предоставя в една от посочените по-долу форми:

1. Паричен депозит в размер на сумата по чл. 13, ал.1 по следната банкова сметка на **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ:**

IBAN: BG3121NCR96601009140010  
BIC: 21NCRBGSF  
Банка: Уникредит Булбанк АД  
или

2. Безусловна и неотменяема банкова гаранция в полза на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, на стойност, определена по чл. 13, ал.1. Банковата гаранция трябва да съдържа задължение на банката – гарант да извърши плащане при първо писмено искане на бенефициента (**ЗАСТРАХОВАЩИЯ**), деклариращо, че **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** не е изпълнил свое задължение по този договор. Гаранцията следва да бъде издадена от българска банка или клон на чуждестранна банка. Банковата гаранция следва да бъде открита най-късно при подписване на настоящия Договор.

3. Застраховка, която обезпечава изпълнението чрез покритие на отговорността на изпълнителя, на стойност, определена по чл. 13.1. **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** следва да бъде посочен като трето ползващо се лице по тази застраховка. Застраховката не може да бъде използвана за обезпечение на отговорността на изпълнителя по друг договор.

/3/ В случай че банката, издала банковата гаранция за изпълнение на договора, е обявена в несъстоятелност, изпадне в неплатежоспособност, свръхзадължнялост, отнеме ѝ се лиценза или откаже да заплати предявената от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** сума, последният има право да поиска, а **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** е длъжен да предостави в срок до 15 (петнадесет) дни от направеното искане съответната заместваща банкова гаранция от друга банка или да предостави като гаранция парична сума или застраховка, равняващи се по размер със сумата по банковата гаранция.

/4/ Застраховка, която обезпечава изпълнението чрез покритие на отговорността на изпълнителя, на стойност, определена по т. 5.1. **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** следва да бъде посочен като трето ползващо се лице по тази застраховка. Застраховката не може да бъде използвана за обезпечение на отговорността на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** по друг договор.

/5/ **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** не дължи лихва върху сумата по гаранцията за времето, през което тя е на негово разположение в изпълнение на настоящия Договор.

/6/ Когато **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** предоставя банкова гаранция или застрахователна полица, същата се приобщава като **Приложение №7** към настоящия Договор. Ако **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** е внесъл гаранцията като паричен депозит, документът за извършено плащане следва да се представи в оригинал и приобщи като **Приложение №7** към настоящия Договор.

/7/ **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** задържа и се удовлетворява от гаранцията по предходния член, когато **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** не изпълни някое от задълженията си по договора,

както и когато прекъсне или забави, или се отклони от изпълнението на задълженията си по договора.

**/8/ ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** има право да усвоява суми от гаранцията за изпълнение, без това да го лишава от правото да търси обезщетение и/или неустойки за претърпените вреди над размера на усвоената гаранция.

**/9/** В случай на усвояване от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** на суми от гаранцията за изпълнение, когато същата е под формата на паричен депозит или банкова гаранция, **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** се задължава да възстанови незабавно първоначалния размер на гаранцията, но не по-късно от 7 (седем) дни от усвояването.

**/10/** За усвояване на суми от гаранцията не се изисква безспорност на вземането. В случай че по съдебен ред бъде установена неоснователност на извършено усвояване на суми от гаранцията, **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** дължи възстановяване на усвоената сума, но без да дължи лихва върху нея.

**/11/** Гаранцията за изпълнение не се освобождава от **ЗАСТРАХОВАНИЯ**, ако в процеса на изпълнение на настоящия договор е възникнал спор между страните относно неизпълнение на задълженията на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** и въпросът е отнесен за решаване пред съответния съд. Гаранцията за изпълнение се задържа от **ЗАСТРАХОВАНИЯ** до разрешаване на спора с влязло в сила решение.

**/12/** Ако гаранцията за изпълнение е представена под формата на банкова гаранция и възникне спор между страните относно неизпълнение на задълженията на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**, **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** има право да поиска от **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** представяне на нова банкова гаранция с нов срок на валидност или своевременното ѝ подновяване до доброволното уреждане на спора между страните. В случай че спорът бъде отнесен за решаване пред съответния съд **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** разполага с правото по предходното изречение. В случай че не му бъде представена нова банкова гаранция с нов срок на валидност или същата не бъде своевременно подновена **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** има право да усвои банковата гаранция, преди да изтече срокът ѝ на валидност и да задържи получената сума до разрешаването на спора, съответно до произнасяне на компетентния съд с окончателно съдебно решение.

**/13/** Всички разноси във връзка с поддържането и управлението на избрания от **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** вид гаранция, включително разноси за усвояване на суми по нея, са за сметка на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**.

**/14/** В 30 (тридесет) дневен срок от подписване на приключвателен протокол, установяващ надлежното изпълнение на Договора, **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** възстановява цялата сума или остатъка от сумата по гаранцията за изпълнение, която не подлежи на усвояване съобразно настоящия Договор.

## VIII. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА И САНКЦИИ

**Чл. 15.** Настоящият Договор се прекратява:

1. По взаимно съгласие на страните, изразено в писмена форма;
2. С изтичането на срока на договора;
3. С предизвестие от някоя от страните, отправено до другата страна – едномесечен за **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** и четиримесечен за **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**;
4. На други основания, предвидени в закона или договора.

**Чл. 16.** В случай на прекратяване по чл. 15, т. 3 **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** дължи застрахователна премия до датата на изтичане срока на предизвестieto. След тази дата **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** не извършва плащания за здравни услуги и стоки на застрахованите лица.

**Чл. 17. /1/** При неизпълнение (забавено, непълно или неточно) на задължение, произтичащо по силата на този договор, **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** дължи на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** неустойка в размер на 0.5 % (нула цяло и пет процента) от стойността на платената обща стойност за застрахователна премия през месеца, през

който е извършено нарушението, за всеки ден от неизпълнението, но не повече от 15 % (петнадесет процента) от тази стойност.

**/2/ Стойността на неустойките по ал.1 се прихващат от дължимите суми, изплащани от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**.**

**/3/ Ако **ЗАСТРАХОВАЩИЯТ** забави дължимото плащане на премията, той дължи законно установената лихва за времето на забавата.**

## **IX. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ**

**Чл. 18. /1/ С подписването на настоящия Договор страните се съгласяват, че ще третират всяка информация обменена между тях при и по повод изпълнението на предмета на последния, независимо от носителя на който е обективизирана, като конфиденциална за неопределен срок от време и няма да разкриват или оповестяват същата по какъвто и да е начин на трети лица.**

**/2/ Страните се задължават да полагат всички необходими и разумни мерки за да ограничат достъпа на трети неоторизирани лица до информацията и да опазват конфиденциалния ѝ характер.**

**/3/ Задължението за опазване на конфиденциалността на информацията не обхваща информация, която е била известна на страните преди сключването на настоящия Договор, поради факта, че е публично известна, или е придобита от трето лице без да е нарушено сключено споразумение за конфиденциалност, или е получена на друго законно основание от страната. Страната е длъжна да предостави доказателства за приложимостта на изключенията по настоящата алинея.**

**/4/ Страните имат право да разкриват части от или цялата конфиденциална информация след получаване на писмено съгласие от другата страна, в следните случаи:**

- във връзка с изпълнението на настоящия Договор - на свои професионални консултанти и/или съветници или други свързани лица, които са обвързани от ангажимент за конфиденциалност;
- във връзка с искане, отправено до нея от съдебен, административен или друг официален държавен орган.

## **X. ОБРАБОТВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРА**

**Чл. 19. /1/ **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** декларира, че всички данни, които ще му бъдат предоставени от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** и които имат характер на лични данни, **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** ще обработва изключително и само във връзка с изпълнението на настоящия Договор и за срока на действието му, от името на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** и под негово ръководство.**

**/2/ За да предотврати всякакъв незаконен или случаен достъп до личните данни, промяната на същите, унищожаване или загубата им, незаконно прехвърляне и всякакво друго незаконно обработване, **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** декларира, че ще прилага подходящи организационни и технически мерки, които да не позволят злоупотреба с личните данни и да дадат гаранция, че обработването ще протича в съответствие с изискванията на европейското и националното законодателство в областта на защитата на физическите лица при обработването на личните им данни.**

**/3/ **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** гарантира, че предоставените по силата на този договор лични данни ще бъдат съхранявани и обработвани отделно от всякакви други бази данни.**

**/4/ **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** се задължава да не предоставя достъп до личните данни на трети лица, освен когато е задължен да го направи по силата на законово изискване, прилагано спрямо него или по писмено нареждане на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**. В тези случаи **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** се задължава да информира **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** за законовото изискване преди обработването. **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** се задължава да информира незабавно **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** и в случаите, когато счита, че някое от получените от него указания е в противоречие с приложимите законови разпоредби, като има право да не**



изпълнява съответните нареждания, докато то не бъде изрично потвърдено или променено от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**.

**/5/** В случай че настоящият договор бъде прекратен, **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** се задължава да унищожи всички съхранявани от него лични данни и други свързани записи и данни, предоставени му от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, и/или да ги предаде в подходящ вид на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, и/или по писмено указание на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** да ги използва за други определени от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** цели.

**/6/** Страните се съгласяват, че настоящият договор може да бъде прекратен без предизвестие от страна на **ЗАСТРАХОВАЩИЯ** при нарушение от страна на **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** на разпоредбите на настоящия раздел от този договор.

## XI. ДРУГИ УСЛОВИЯ.

**Чл. 20.** При изпълнението на настоящия договор **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** ще ползва услугите на трето, упълномощено от него лице - **„ЗБ ИНС ПЛЮС“ ООД**.

**Чл. 21. /1/** Всяка от страните по Договора определя свой упълномощен представител за координиране изпълнението на договорните задължения, както следва:

### За **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**:

Име и Ф: Заличено  
факс: на основание  
адрес: чл.36а, ал. 3 от ЗОП.

### За **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**:

Име и Фамилия: Заличено  
факс: на основание  
адрес: чл.36а, ал. 3 от ЗОП.

### За третото, упълномощено от **ЗАСТРАХОВАЩИЯ**, лице: **„ЗБ ИНС ПЛЮС“ ООД:**

Име и Фамилия: Заличено  
факс: на основание  
адрес: чл.36а, ал. 3 от ЗОП.

**/2/** Всички уведомления, изявления и известия, отнасящи се до настоящия договор, следва да бъдат направени в писмена форма и ще се смятат за получени, ако се доставят лично, с препоръчана поща с обратна разписка на адресите на страните, посочени в настоящия договор, по факс или по електронна поща. Съобщенията, изпратени по електронна поща, ще се считат за получени от деня на изпращане на потвърждение за тяхното получаване.

**/3/** Всяка страна се задължава да уведомява другата писмено за промени в правния си статут, адреса за съобщения и телефоните си за връзка.

**Чл. 22. /1/** Страните могат да изменят срока на действие на настоящия договор на основание чл. 116 от ЗОП в случай че **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** не е сключил друг договор със същия предмет като настоящия и изменението не води до промяна на предмета му.

**/2/** Договорът може да се продължи за срок до сключването на нов договор от **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** със същия предмет, но за не повече от 6 /шест/ месеца, считано от датата, на която изтича първоначално уговорения срок по чл. 4.

**/3/** При изменение на договора по смисъла на предходната алинея, общата му стойност не може да надвишава стойностния праг по чл. 20, ал. 2, във връзка с чл. 20, ал. 1, т. 3, б. Б от ЗОП.

**/4/** В случаите на такова изменение, **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** представя нова гаранция или удължава срока на действие на вече предоставената по чл. 13 по ред и при условията на същия член.

**/5/** За изменението на договора страните подписват допълнително писмено споразумение.

**Чл. 23.** При противоречие между клаузите на този договор и Общите условия приоритет имат клаузите на Договора.

**Чл.24.** Всички условия и изисквания, предвидени в техническата спецификация (Приложение №1), както и представената оферта и приложения към нея от **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ**, са неразделна част от Договора.

**Чл.25.** Всички спорове между страните, възникнали във връзка с влизането в сила, действието, изпълнението и/или прекратяването на настоящия договор ще се решават в дух на добра воля чрез преговори между страните. В случай че това се окаже невъзможно, споровете ще бъдат разрешавани от Арбитражния съд при Българската стопанска камара съобразно неговия Правилник.

**Чл. 26.** За неуредените в настоящия договор въпроси се прилагат разпоредбите на действащото българско законодателство.

**Приложения:**

Приложение №1 – Техническа спецификация;

Приложение №2 – Техническо предложение;

Приложение №3 – Ценово предложение;

Приложение №4 – Списък с изградената мрежа от лечебни заведения за профилактика и извънболнична медицинска помощ, в това число списък на дентални клиники и оптики за безкасово ползване на услугите;

Приложение №5 – Списък на застрахованите лица;

Приложение №6 – Общи условия;

Приложение №7 – Гаранция за изпълнение;

Приложение №8 – Планов график на плащанията за изпълнението.

Настоящият договор ведно с приложенията към него се състави и подписа в два еднообразни екземпляра, по един за всяка страна.

**За ЗАСТРАХОВАЩИЯ:**



**Светослав Иванов**

**Изпълнителен директор**

**„Овергаз Мрежи“ АД**

Светослав Иванов  
В. Василев

**За ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:**



Увелимира Коротанска  
прокурис

## I. ТЕХНИЧЕСКА СПЕЦИФИКАЦИЯ

### 1. Описание на поръчката – предмет и обхват

„Овергаз Мрежи“ АД на основание чл. 18, ал. 1, т. 13 и чл. 20, ал. 2, т. 2, и във връзка с чл. 182, ал. 1, т. 2 от Закона за обществените поръчки (ЗОП), и чл. 64 от Правилника за прилагане на ЗОП (ППЗОП), открива процедура на пряко договаряне за възлагане на обществена поръчка с предмет **„Избор на застраховател за сключване на здравна (медицинска) застраховка за служителите на „Овергаз Мрежи“ АД“**.

Поръчката включва избор на застраховател за извършване на услугата по здравно (медицинско) застраховане на служителите на „Овергаз Мрежи“ АД чрез сключване на договор за здравно застраховане по смисъла на чл. 427 от Кодекса за застраховането (КЗ).

Договорът се сключва за три застрахователни периода<sup>1</sup> (общо 36 календарни месеца) като приблизителният брой на застрахованите лица на Възложителя е около 500 служители.

Застрахователният договор се обслужва и администрира от „ЗБ Инс Плюс“ ООД, застрахователен брокер, упълномощен от Възложителя.

Здравноосигурителните услуги/дейности в зависимост от вида си, са разпределени по отделни пакети - А, Б, В и Г, обхватът на които е представен в табличен вид, както следва:

<b>ПАКЕТ А</b>
<b>ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО И ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБОЛЯВАНЕ</b>
<p><b>1. Задължителни профилактични прегледи в рамките на една осигурителна година, включващи:</b></p> <p>1.1. Преглед от специалист интернист/кардиолог:  а/ анамнеза и физикално изследване от лекар интернист;  б/ ръст и тегло с определяне на BMI (индекс на телесната маса);  в/ измерване на кръвно налягане (RR);  г/ електрокардиограма (ЕКГ).</p> <p>1.2. Преглед от специалист очни болести:  а/ измерване на зрителната острота, определяне на цветоусещане;  б/ измерване на очно налягане.</p> <p>1.3. Акушер-гинеколог (АГ) /за жени/:  а/ скрининг за рак на шийката на матката;  б/ цитонамазка.</p> <p>1.4. Невролог.</p> <p>1.5. УНГ (аудиометрия – по показания).</p> <p>1.6. Мамолог.</p> <p>1.7. Уролог /за мъже/.</p>

<sup>1</sup>Застрахователен период е времето от 12 календарни месеца, като първият застрахователен период започва да тече от датата на сключване на договора с избрания за изпълнител участник.

### **ПАКЕТ А**

#### **ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО И ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБОЛЯВАНЕ**

##### **2. Клинична лаборатория:**

###### **2.1. Кръв:**

- а/ пълна кръвна картина с диференциално броене;
- б/ кръвна захар;
- в/ СУЕ;
- г/ креатинин;
- д/ холестерол;
- е/ триглицериди;
- ж/ пикочна киселина;
- з/ урея;
- и/ билирубин;
- й/ чернодробни ензими – АСАТ, АЛАТ, ГГТ;
- к/ PSA – скрининг за рак на простатата (за мъже над 45 г.).

###### **2.2. Урина:**

- а/ химично изследване на рН;
- б/ специфично тегло;
- в/ белтък;
- г/ глюкоза;
- д/ кетони;
- е/ билирубин;
- ж/ уробилиноген;
- з/ кръв;
- и/ седимент.

##### **3. Остеоденситометрия (за жени над 45 г.).**

##### **4. Ехография на коремни органи.**

##### **5. Рентгенография – по медицински показания.**

##### **6. Ехография на млечни жлези.**

### **ПАКЕТ Б**

#### **ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

##### **1. Първични прегледи при възникване на заболяване:**

- а/ от лекар специалист от всички специалности;
- б/ от хабилитиран специалист.

##### **2. Вторични прегледи от лекари специалисти – по медицински показания и консултация при необходимост от второ мнение:**

- а/ от лекари специалисти от всички специалности;
- б/ от хабилитиран специалист;
- в/ консултация с две и повече хабилитирани лица или специалисти.

##### **3. Съвети и консултации, включително и по телефон от специалист на ЗАД<sup>2</sup>.**

<sup>2</sup> „ЗАД“ е застрахователно акционерно дружество - участник в процедурата.

**ПАКЕТ Б**

**ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

**4. Клиничко-лабораторни изследвания - пълен обем:**

- а/ хематологични;
- б/ биохимични;
- в/ микробиологични;
- г/ хормонални;
- д/ туморни маркери;
- е/ имунологични;
- ж/ вирусологични;
- з/ серологични.

**5. Клиничко-инструментални изследвания - пълен обем:**

- а/ функционални, ултразвукови, рентгенови, ендоскопски, радиоизотопни, ангиографски;
- б/ компютърна томография (скенер) и ЯМР - по медицински показания, се правят в лаборатории, в които ЗАД има договори, без допълнително разрешение от ЗАД, **но не повече от 2 пъти в осигурителна година.**
- в/ нативи.

**6. Морфологични изследвания по лекарско назначение:**

- а/ цитологични;
- б/ хистологични.

**7. Подготовка за планова хоспитализация**

- а/ прегледи и консултации;
- б/ лабораторни, функционални, ултразвукови и рентгенови изследвания.

**8. Физиотерапия и рехабилитация назначени от лекар специалист – до два курса по 10 дни в рамките на една осигурителна година.**

**9. Медицинско освидетелстване:**

- а/ за шофьори на МПС;
- б/ за работа;
- в/ с административна цел.

**10. Наблюдение на бременна (вкл. с рискова бременност) и родилка в АГ кабинет (до 300 лв.):**

- а/ кръв;
- б/ урина;
- в/ кръвна група;
- г/ RH;
- д/ ултразвук;
- е/ следене на тонове.

**8. Биохимични изследвания /скрининг/:**

- а/ за онкологично заболяване - по медицински показания;
- б/ за диабет;
- в/ за исхемична болест на сърцето, инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт;
- г/ за хипертония.

**ЗАДЪЛЖИТЕЛНО (по пакет Б):** Без отказ на диагностика и лечение на остри, хронични, епидемични и обществено значими заболявания, както и на травматологични заболявания, породени от всякакви причини.

**ПАКЕТ В**

**Стоматологична помощ с възстановяване на разходи без самоучастие – 200 лв.  
на осигурителна година**

**Здравни дейности**

**1. Стоматологично лечение:**

- профилактичен преглед и зъбен статус
- почистване на зъбен камък;
- лечение на зъбни кариеси;
- лечение на пулпит;
- анестезия – 2 пъти за осигурителна година;
- секторна рентгенология – 2 пъти за осигурителната година.
- лечение при заболявания на венците и лигавицата (включително с лазер);
- изработване и поставяне на коронка.

**1.1. Хирургическа стоматологична помощ:**

- зъбна екстракция – един път за осигурителна година;
- усложнена зъбна екстракция – един път за осигурителна година.

**1.2. Неотложна стоматологична помощ:**

- екстракция при остри болеви симптоми;
- лечение на болката при пулпит;
- репониране на луксация на челюстна става;
- оперативна репозиция и фиксация при фрактура на долна челюст;
- оперативна репозиция при фрактура на горна челюст.

**ПАКЕТ Г**

**Възстановяване на разходи без самоучастие - 160 лв.  
на осигурителна година**

**1. Лекарствени средства и консумативи (вкл. контраст и анестетик) при  
извънболнична помощ (без сумите, възстановявани от НЗОК).**

**2. Хомеопатични лекарствени средства (по лекарско назначение)**

**3. Превързочни материали при извънболнична помощ.**

**4. Помощни средства при извънболнична помощ:**

- а/ патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички;
- б/ диоптрични стъкла за очила за корекция на зрението – 2 стъкла (без рамка);
- г/ контактни лещи за корекция на зрението;
- д/ един брой витамини или противогрипна ваксина (по избор от служителя, еднократно в осигурителната година, с годишен лимит до 20 лв. с ДДС).

**Забележка:** При закупуване на ваксини и витамини, средствата се възстановяват само с фактура и касова бележка.

## 2. Изисквания за изпълнение

### **Общи изисквания:**

**2.1.** Услугите, изписани в пакети А, Б, В и Г, са задължителни – участник, който не предложи задължителния брой услуги в своята оферта, се дисквалифицира.

**2.2.** Всеки участник следва да предложи ИНДИВИДУАЛНА цена като задължително посочи месечна застрахователната премия по пакет (нетна стойност без данък застрахователна премия „ДЗП“) за един служител.

### **Изисквания по отделните пакети:**

#### **Пакет А – ПОДОБРЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО И ПРЕДПАЗВАНЕ ОТ ЗАБОЛЯВАНЕ**

##### *Изисквания:*

**2.3.** Ползване на здравноосигурителни услуги/дейности по *Пакет А* един път за всеки едногодишен застрахователен период.

**2.4.** Наличие на мобилни екипи за провеждане на профилактика по *Пакет А*. Профилактиката да се провежда веднъж годишно за всяка осигурителна година, след заявка от Възложителя. Възложителят има право да определя здравни заведения за провеждане на профилактиката.

#### **Пакет Б – ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

##### *Изисквания:*

**2.5.** Безлимитно ползване на здравноосигурителните услуги/дейности по *Пакет Б*;

**2.5.1. Списък на медицинските центрове и лечебни заведения**, които са в договорни отношения със застрахователя, приложен в електронен вид към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката.

**2.6. Задължително възстановяване на разходите** на служителите, по *Пакет Б*, (при посещение при специалист, извършване на изследвания и др.) и в случаите, в които ЗАД няма сключен договор;

**2.6.1.** Възстановяване на разходите на служителите за проведени изследвания, назначени от специалист, без значение в кои клинични лаборатории са направени.

**2.7.** При избран вариант „Възстановяване на разходи“, участникът да има изградена **система за електронно автоматизирано уведомление при щети**;

**2.7.1.** За удостоверяването на изискването по т. 2.7, участникът да представи **декларация** свободен текст, приложена към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката.

**2.8.** При избран вариант „Възстановяване на разходи“, срокът за обработка на застрахователни претенции и възстановяване на разходи за ползване на медицински услуги да бъде в рамките на 10 работни дни.

**2.9. Списък с лечебни заведения за извънболнична помощ**, регистрирани по *Закона за лечебните заведения*, които предоставят услугите по посочения пакет- предоставен в EXCEL-формат на CD или DVD и приложен към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката. Списъкът да съдържа:

**2.9.1.** минимум 10 (десет) лечебни заведения за извънболнична помощ в гр. София (с посочени адреси); и

**2.9.2.** минимум по 1 (едно) лечебно заведение в градовете, където има подразделения на Възложителя (с посочени адреси).

**2.10. Списък с лаборатории**, регистрирани по Закона за лечебните заведения, които предоставят услугите по посочения пакет - предоставен в EXCEL-формат на CD или DVD и приложен към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката. Списъкът да съдържа:

**2.10.1.** минимум 2 (две) самостоятелно регистрирани лаборатории в гр. София (с посочени адреси); и

**2.10.2.** минимум по 1 (една) самостоятелна регистрирана лаборатория и/или лечебно заведение, в които може да се вземе материал за биохимични изследвания - в градовете, където има подразделения на Възложителя (с посочени адреси).

Пакет В – СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ С ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ БЕЗ САМОУЧАСТИЕ

*Изисквания:*

**2.11. Безкасово ползване** на услугата при дентални клиници/стоматолози, имащи договори със ЗАД;

**2.11.1. Списък на денталните клиници/стоматолози**, имащи договори със ЗАД, приложен в електронен вид към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката.

**2.12. Свободно ползване** (без ограничения) на стоматологична помощ с възстановяване на разходите.

**2.13. Безплатно сваляне на зъбен статус** от дентални клиници/стоматолози, които имат договори със ЗАД;

**2.13.1.** При възстановяване на разходи по *Пакет В* (касово ползване), да се счита за достатъчен за срока на договора предоставеният зъбен статус с първото искане за възстановяване;

**2.13.2.** Възстановяване на разходите - в срок до 10 работни дни.

Пакет Г – ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ БЕЗ САМОУЧАСТИЕ

*Изисквания:*

**2.14. Безкасово ползването** на услугата за закупуване на диоптрични стъкла за очила и контактни лещи (и двете за корекция на зрението) в оптиките, имащи договори със ЗАД;

**2.14.1. Списък на оптиките**, имащи договори със ЗАД (с посочени адреси), приложен в електронен вид към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката.

**2.15.** Признание на рецептите за закупуване на диоптрични стъкла за очила и контактни лещи (и двете за корекция на зрението) по рецепти, издадени и от офталмолозите на оптиките, имащи договори със ЗАД, без предварително да се изисква преглед от друг лекар-офталмолог.

**2.16. Свободно ползване** (без ограничения на оптики) с възстановяване на разходите;

**2.16.1.** Възстановяване на разходите - в срок до 10 работни дни.

**2.17. При закупуване на витамини или ваксини** (по списък, предоставен от ЗАД) - възстановяване на средствата само с фактура и касова бележка;

**2.17.1. Списък на витамините или ваксините** (които могат да бъдат закупени от служителите на Възложителя), включващ минимум 5 (пет) витаминни препарати и 3 (три) противогрипни ваксини - приложен към *Техническото предложение* за изпълнение на поръчката.

**Други изисквания за изпълнение на поръчката:**

**2.18.** Във времето на изпълнение на договора, ЗАД се задължава да сключи договор със здравно заведение, изискано от Заявителя, в срок не по късно от един месец след подаване на заявката.



**2.19.** Осигуряване на членове на семействата на служителите при същите условия (без пакет А).

При противоречия в условията между изискванията по договора и общите условия на изпълнителя, важат условията по договора.

**2.20.** Изготвяне на всеки 3 месеца на справки (към Възложителя) за **“Платени премии и изплатени обезщетения”**.

**Срок и място за изпълнение:**

**2.21.** Договорът за извършване на услугата по здравно (медицинско) застраховане на служителите на „Овергаз Мрежи“ АД се сключва с избрания за Изпълнител участник за три застрахователни периода (общо 36 календарни месеца от датата на сключване на договора).

**2.22.** Мястото за изпълнение предмета на поръчката са следните градове по местоработата на служителите на Възложителя (градовете, в които Възложителя има подразделения): Асеновград; Банско; Бургас; Варна; Велико Търново; Видин; Враца; Горна Оряховица; Исперих; Кюстендил; Карнобат; Кубрат; Левски; Ловеч; Лясковец; Мездра; Монтана; Нова Загора; Нови пазар; Павликени; Пазарджик; Петрич; Перник; Пещера; Попово; Първомай; Разград; Разлог; Русе; София; Стара Загора; Ямбол.

ДО:

„Овергаз Мрежи“ АД  
ул. „Филип Кутев“ №5  
1407 София  
(ВЪЗЛОЖИТЕЛ)

**ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**  
за  
изпълнение на обществена поръчка,  
възлагана чрез пряко договаряне

**НАИМЕНОВАНИЕ НА ПОРЪЧКАТА:** Избор на застраховател за сключване на здравна (медицинска) застраховка за служителите на „Овергаз Мрежи“ АД

**Наименование на участника:** Фи Хелт Застраховане АД;

**Точен адрес за кореспонденция** (град, пощенски код, улица, №): 1700, гр. София, ул. Проф. Ал. Фол 2, вх. Б, ет. 2;

**Телефон/факс:** 024456664/024456665;

**e-mail:** fihealth@fihealth.bg;

**вписано в Търговския регистър при Агенцията по вписванията с ЕИК: 200103397, представлявано от Никола Христов Бакалов в качеството си на Изпълнителен директор и Цветомира Маринова Карапчанска в качеството си на Прокуррист**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДА,**

С настоящото Ви представяме нашето *Техническо предложение (Предложение)* за изпълнение на горепосочената обществена поръчка, както следва:

**I. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА**

**1.** Предметът на обществената поръчка предлагаме да изпълним в пълно съответствие с *Техническата спецификация* и изискванията на Възложителя в *Решението и Поканата* за обществената поръчка.

**2.** Предлаганите от нас здравни пакети включват пълната номенклатура от здравни услуги съгласно посочените в *Техническата спецификация* и са съобразени с изискванията на последната.

**3.** В съответствие с изискванията на *Техническата спецификация*, към настоящото *Предложение*, прилагаме следните документи:

**3.1. Списък на медицинските центрове и лечебни заведения** (по пакет Б), които са в договорни отношения със застрахователя (приложен в електронен вид).

**3.2. Декларация** (свободен текст, съгласно изискванията по пакет Б) в уверение на

това, че при избран вариант „Възстановяване на разходи“, имаме изградена **система за електронно автоматизирано уведомление при щети** като приемаме срокът за обработка на застрахователни претенции и възстановяване на разходи за ползване на медицински услуги да бъде в рамките на 10 работни дни.

**3.3. Списък с лечебни заведения за извънболнична помощ** (по пакет Б), регистрирани по Закона за лечебните заведения - предоставен в EXCEL-формат на CD/DVD, съдържащ:

**3.3.1.** минимум 10 (десет) лечебни заведения за извънболнична помощ в гр. София (с посочени адреси); и

**3.3.2.** минимум по 1 (едно) лечебно заведение в градовете, където има подразделения на Възложителя (с посочени адреси).

**3.4. Списък с лаборатории** (по пакет Б), регистрирани по Закона за лечебните заведения - предоставен в EXCEL-формат на CD/DVD, съдържащ:

**3.4.1.** минимум 2 (две) самостоятелно регистрирани лаборатории в гр. София (с посочени адреси); и

**3.4.2.** минимум по 1 (една) самостоятелна регистрирана лаборатория и/или лечебно заведение, в които може да се вземе материал за биохимични изследвания, в градовете по месторабота на служителите на Възложителя, с посочени адреси.

**3.5. Списък на денталните клиники/стоматолози** (по пакет В), имащи договори със ЗАД.

**3.6. Списък на оптиките** (по пакет Г, с посочени адреси), имащи договори със ЗАД (приложен в електронен вид).

**3.7. Списък на витамините или ваксините** (по пакет Г), които могат да бъдат закупени от служителите на Възложителя, включващ минимум 5 (пет) витаминни препарати и 3 (три) противогрипни ваксини.

**4.** В случай че бъдем избрани за Изпълнител, ние приемаме и се задължаваме:

**4.1.** във времето на изпълнение на договора, да сключим договор със здравно заведение, изискано от Заявителя, в срок не по късно от един месец след подаване на заявката;

**4.2.** да осигурим членове на семействата на служителите на Възложителя при същите условия (без пакет А);

**4.3.** да осигурим възможност на дружества от групата на ОВЕРГАЗ (различни от Възложителя), да сключат договор по групова здравна (медицинска) застраховка при същите условия и цена, както предложените на Възложителя в настоящата процедура.

**5.** Всички дейности по изпълнение предмета на поръчката, посочени в нашата оферта, са отчетени и включени в предложената от нас цена в *Ценовото предложение (Образец О-4)*.

## **II. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ С КЛАУЗИТЕ НА ПРИЛОЖЕНИЯ ПРОЕКТ НА ДОГОВОР**

**6.** Декларираме, че сме запознати и приемаме съдържанието на *проекта на договора* за изпълнение на обществената поръчка и сме съгласни с клаузите на същия. В случай че бъдем определени за Изпълнител, ние сме готови да сключим договора в уговорения с Възложителя за това срок и при изискванията на чл. 112 от ЗОП.

## **III. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СРОКА НА ВАЛИДНОСТ НА ОФЕРТАТА**

**7.** Декларираме, че сме запознати с посочения от Възложителя в *Поканата* срок на валидност на офертата. С подаване на настоящото *Техническо предложение*, направените от нас предложения и поети ангажименти са валидни за период от 6 (шест) месеца, считано от датата, посочена в *Поканата* като краен срок за

представяне на оферти и ние ще сме обвързани с нея, и тя може да бъде приета във всеки един момент преди изтичане на този срок.

**Приложения:** съгласно текста и *Описа* на представените документи (*Образец О-1*), представляващ неразделна част от нашата оферта.

**ПОДПИС И ПЕЧАТ:**

  
**Никола Христов Бакалов**  
**Изпълнителен директор**

  
**Цветомира Карапчанска**  
**Прокурис**

**„Фи Хелт Застраховане“ АД**  
**Дата: 28.01.2019 г. / София**







**Списък на витамините или ваксините (по пакет Г), които могат да бъдат закупени от служителите на Възложителя, включващ минимум 5 (пет) витаминни препарати и 3 (три) противогрипни ваксини**

Долуподписаните:

Никола Христов Бакалов в качеството си на Изпълнителен директор и Цветомира Маринова Карапчанска в качеството си на Прокурист на „**Фи Хелт Застраховане**” АД, със седалище и адрес на управление гр. София, район Студентски, ул. „Проф. Александър Фол” № 2, вх. Б, ет. 2, вписано в Търговския регистър към Агенцията по вписванията с ЕИК 200103397,

във връзка с участие в обществена поръчка за **Избор на застраховател за сключване на здравна (медицинска) застраховка за служителите на „Овергаз Мрежи” АД**

**ПРЕДЛАГАМЕ**

Следните витамини и ваксини (по пакет Г), които могат да бъдат закупени от служителите на Възложителя:

**Витаминни препарати, основно моновитамини и мултивитами:**

- Supravit
- Supradyn
- Doppelherz active vitamins
- Ce Te Be
- Centrum


**Противогрипни ваксини:**

- Vaxigrip
- Influvac
- Fluarix

**Дата: 28.01.2019 г.**

Град: София

**ПОДПИС И ПЕЧАТ:**

  
Никола Христов Бакалов  
Изпълнителен директор

  
Цветомира Карапчанска  
Прокурист

„Фи Хелт Застраховане” АД



## ДЕКЛАРАЦИЯ

за притежаване на изградена система за електронно автоматизирано уведомление при щети при избран вариант „Възстановяване на разходи“

Долуподписаните:

**Никола Христов Бакалов** в качеството си на **Изпълнителен директор** и **Цветомира Маринова Карапчанска** в качеството си на **Прокуррист** на „**Фи Хелт Застраховане**“ АД, със седалище и адрес на управление **гр. София, район Студентски, ул. „Проф. Александър Фол” № 2, вх. Б, ет. 2,** вписано в Търговския регистър към Агенцията по вписванията с ЕИК **200103397,**

и във връзка с участие в обществена поръчка за **Избор на застраховател за сключване на здравна (медицинска) застраховка за служителите на „Овергаз Мрежи” АД**

### ДЕКЛАРИРАМЕ, ЧЕ:

„**Фи Хелт Застраховане**“ АД притежава изградена система за електронно автоматизирано уведомление при щети при избран вариант „Възстановяване на разходи“.

Приемаме срокът за обработка на застрахователни претенции и възстановяване на разходи за ползване на медицински услуги да бъде в рамките на 10(десет) работни дни.

Дата: **28.01.2019 г.**  
Град: **София**

Декларатори:

  
.....  
Никола Христов Бакалов  
Изпълнителен директор

  
.....  
Цветомира Карапчанска  
Прокуррист

„**Фи Хелт Застраховане**“ АД







ДО:  
„Овергаз Мрежи“ АД  
ул. „Филип Кутев“ № 5  
1407 София  
(ВЪЗЛОЖИТЕЛ)

**ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**  
за  
изпълнение на обществена поръчка,  
възлагана чрез публично състезание

**НАИМЕНОВАНИЕ НА ПОРЪЧКАТА:** *Избор на застраховател за сключване на здравна (медицинска) застраховка за служителите на „Овергаз Мрежи“ АД*

**Наименование на участника:** „Фи Хелт Застраховане“ АД

**Точен адрес за кореспонденция** (град, пощенски код, улица, №): **гр. София, п.к. 1700, ул. „Проф. Александър Фол“ № 2, ет. 2,**

**Телефон/факс: 024456664 / факс: 024456665; e-mail: fihealth@fihealth.bg**

**вписано в Търговския регистър при Агенцията по вписванията с ЕИК: 200103397, представлявано от Никола Христов Бакалов в качеството си на Изпълнителен директор и Цветомира Маринова Карапчанска в качеството си на Прокурист**

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДА,**

С настоящото Ви представяме нашето *Ценово предложение* за изпълнение на горепосочената обществена поръчка, както следва:

**I. ЦЕНА И УСЛОВИЯ НА ФОРМИРАНЕТО ѝ**

**1.** Изпълнението на поръчката ще извършим по цени, съгласно таблицата към настоящото *Ценово предложение* при следните условия:

**а)** предложените цени са определени при пълно съответствие с условията от *Решението и Поканата* за обществената поръчка;

**б)** всички посочени цени са в лева **без ДЗП** (данък застрахователна премия) и са закръглявани до втория знак след десетичната запетая;

**в)** цените в нашето предложение са окончателни и не подлежат на промяна за срока на договора;

**г)** посочените цени включват всички разходи по изпълнение предмета на поръчката.

**2.** Предлаганите от нас цени и тяхното формиране са представени в табличен вид, както следва:

### Цени на здравноосигурителните пакети (без ДЗП)

№	Застрахователен пакет	Застраховани лица (бр.)	Месечна застрахователна премия за едно застраховано лице (лв. без ДЗП)	Общо за 36 месеца (застрахователна премия за срока на договора, лв. )
(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3)x(4)x36
1.	<b>ПАКЕТ А:</b> Подобряване на здравето и предпазване от заболяване	500	1.25	22500
2.	<b>ПАКЕТ Б:</b> Извънболнична медицинска помощ	500	10.86	195 480
3.	<b>ПАКЕТ В:</b> Стоматологична помощ с възстановяване на разходи без самоучастие – 200 лв. на застрахователен период	500	6.58	118 440
4.	<b>ПАКЕТ Г:</b> Възстановяване на разходи без самоучастие - 160 лв. на застрахователен период	500	4.11	73 980
<b>ОБЩО за пакети А, Б, В и Г</b>		<b>500</b>	<b>22.80</b>	<b>410 400</b>

За изпълнение предмета на поръчката в съответствие с условията на настоящата процедура, предлагаме **ОБЩА цена за изпълнение на поръчката** в размер на:

(цифром) 410 400 лв.

(словом) Четиристотин и десет хиляди и четиристотин лева

(посочва се словом стойността на валутата)

Потвърждаваме, че предлаганата от нас **ОБЩА цена** е формирана въз основа на единичните цени от предложението в таблицата по-горе.

#### II. НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ

**При изпълнение на поръчката предлагаме следния начин на плащане:** разсрочено, на равни месечни вноски в зависимост от актуалния брой служители, до 20<sup>то</sup> число на текущия месец.

#### III. ДРУГИ

(попълва се по преценка на участника)

С оглед на по-детайлното описание на услугата, към настоящия образец на ценово предложение са приложени допълнителни листове, а именно:

.....  
(описват се, ако има такива и по преценка на участника)

**ПОДПИС И ПЕЧАТ:**

Никола Христов Бакалов  
Изпълнителен директор

Цветомира Карапчанска  
Прокурист

„Фи Хелт Застраховане“ АД

Дата: 28.01.2019 г. / София

#### Забележка:

Изготвеното Ценово предложение се слага в отделен непрозрачен плик с надпис „Предлагани ценови параметри“, който се прилага в ОПАКОВКАТА, съдържаща цялостното предложение на участника.



**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, притежаваща лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

1.1.2. Договорител (Застраховач) - 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. 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 вноса 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 обезпечават 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 обезпечават финансово определени 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, обезпечават 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, обезпечават финансово (възстановяват в пари) разходите на Застрахован за определени здравни услуги и стоки, съобразно избора от Договорителя застрахователен пакет и опция, които здравни услуги и стоки се предоставят от свободно избран от Застрахования Изпълнител на медицинска помощ.

3.3. Покритието 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 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 ортодонтични 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, бърнджи 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;

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 реален 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.

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 ѝ 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 дължимата 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 предизвестие 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.

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 ѝ 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 вноската, 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 вноската 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 Застрахования, 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 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 допълване се определя пропорционално на остатъка от Застрахователния период. Ако през Застрахователния период настъпи промяна в риска, Застрахователят може да поиска предоговаряне на приложените коефициенти.

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 вноската 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 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 прилошване 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 заявления е-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

върчени 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 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.

### 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.

За Застрахователя:

  
\_\_\_\_\_  
Никола Бакалов  
Изпълнителен директор


  
\_\_\_\_\_  
Цветомира Карапчанска  
Прокурист

## ПЛАТЕЖНО НАРЕЖДАНЕ ЗА КРЕДИТЕН ПРЕВОД

 **Документ:** IBD20190417012449196


 **Референция:** 000PCWU191072334

 **Дата на статус:** 17/04/2019


 **Статус:** Одобрен

### НАРЕДИТЕЛ

 **Имена:** ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ АД


 **Сметка:** BG41FINV91501004438268

 **Валута:** BGN

 **BIC:** FINVBGSF


 **Банка:** ПЪРВА ИНВЕСТИЦИОННА БАНКА

### ПОЛУЧАТЕЛ

 **Имена:** Овергаз Мрежи

 **Сметка:** BG31UNCR96601009140010

 **Валута:** BGN

 **BIC:** UNCRBGSF

 **Банка:** УНИКРЕДИТ БУЛБАНК АД

**СУМА И ВАЛУТА НА ПРЕВОДА**

**20,273.76 BGN**

Основание за превод:

гаранция за изпълнение ОП

Платежна система:

Бисера

Дата на изпълнение:

17/04/2019

Уведомен/и съм/сме, че ПИБ АД осигурява на разположение на клиентите в банковите салони и на интернет страницата си на адрес: [www.fibank.bg](http://www.fibank.bg) действащите Общи условия за ползване на Електронно банкиране Моята Fibank, Общи условия за откриване и водене на банкови сметки и за предоставяне на платежни услуги и Тарифата за такси и комисиони, като с подписване на настоящия документ потвърждавам/е, че предварително съм/сме запознат/и с тях и ги приемам/е. Данните и информацията, посочени по-горе, са верни, точни и пълни.

Статус	Дата на статус	Роля	Потребител
Създаден	17/04/2019 08:09:35		АННА ИВОВА АТАНАСОВА
Подписан	17/04/2019 12:29:34	A	НИКОЛА ХРИСТОВ БАКАЛОВ

Схема за подпис: A

## Планов график на плащанията за изпълнението

№	Прогнозен брой служители	Месечна застрахователна премия (лв.)	Плащане в текущия месец
1	494	22.80	до 30.05. 2019
2	494	22.80	до 15.06. 2019
3	494	22.80	до 15.07. 2019
4	494	22.80	до 15.08. 2019
5	494	22.80	до 15.09. 2019
6	494	22.80	до 15.10. 2019
7	494	22.80	до 15.11. 2019
8	494	22.80	до 15.12. 2019
9	494	22.80	до 15.01. 2020
10	494	22.80	до 15.02. 2020
11	494	22.80	до 15.03. 2020
12	494	22.80	до 15.04. 2020
13	494	22.80	до 15.05. 2020
14	494	22.80	до 15.06. 2020
15	494	22.80	до 15.07. 2020
16	494	22.80	до 15.08. 2020
17	494	22.80	до 15.09. 2020
18	494	22.80	до 15.10. 2020
19	494	22.80	до 15.11. 2020
20	494	22.80	до 15.12. 2020
21	494	22.80	до 15.01. 2021
22	494	22.80	до 15.02. 2021
23	494	22.80	до 15.03. 2021
24	494	22.80	до 15.04. 2021
25	494	22.80	до 15.05. 2021
26	494	22.80	до 15.06. 2021
27	494	22.80	до 15.07. 2021
28	494	22.80	до 15.08. 2021
29	494	22.80	до 15.09. 2021
30	494	22.80	до 15.10. 2021

31	494	22.80	до 15.11. 2021
32	494	22.80	до 15.12. 2021
33	494	22.80	до 15.01. 2022
34	494	22.80	до 15.02. 2022
35	494	22.80	до 15.03.2022
36	494	22.80	до 15.04. 2022

**За ЗАСТРАХОВАЩИЯ:**

.....  


**Светослав Иванов**

**Изпълнителен директор**

**„Овергаз Мрежи“ АД**

**За ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:**

.....  
  
 Никола Болев  
 Изп. директор  
 Овергаз Застраховане АД  
 Установище Каратевска  
 Прокурица

