

# “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД

## ОБЩИ УСЛОВИЯ

### ЗА ДОБРОВОЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

#### I. ОБЩИ ОБСТОЯТЕЛСТВА

1. Доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на здравни услуги и стоки, въз основа на здравноосигурителни договори срещу заплащане на здравноосигурителни премии.

2. “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД, наричана по-нататък Осигурител, сключва индивидуални, семейни и групови здравноосигурителни договори гарантиращи грижа за здравословното състояние на осигурените лица, чрез абонаментно осигуряване в лечебни заведения за опазване, лечение, възстановяване и подобряване на здравето на осигурените от Осигурителя лица, както и чрез възстановяване на разходи (възстановяване на разходите на пациентите, възстановяване на разходите на изпълнителите на медицинска помощ).

/1/ Доброволното здравно осигуряване чрез абонаментно обслужване е форма, при която Осигурителят при настъпване на предвидените в здравноосигурителния договор случаи обезпечава предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Осигурените лица от определени Изпълнители на медицинска и стоматологична помощ, с които Осигурителят има сключен договор за медицинско обслужване. Разходите за предоставените здравни услуги и стоки на Осигурените лица се обезпечават финансово от Осигурителя, съгласно настоящите Общи условия. Финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и стоки при тази форма на здравно осигуряване се уреждат директно между Осигурителя и изпълнителя на медицинска и стоматологична помощ.

/2/ Доброволното здравно осигуряване чрез възстановяване на разходи е форма, при която Осигурителят частично или изцяло възстановява разходите за здравно обслужване на Осигурените лица в лечебни заведения, с които Осигурителя няма сключен договор за медицинско и стоматологично обслужване, при настъпване на предвидените в здравноосигурителния договор случаи. Разходите могат да се възстановяват, както на изпълнителите на медицинска помощ, така и на Осигурените лица за предоставянето или за заплатените здравни услуги и стоки.

3. Здравното осигуряване по тези Общи условия е доброволно и се осъществява на принципите на солидарност сред осигурените, споделен риск, на лична отговорност за собственото им здраве, равнопоставеност, ефикасност, ефективност, достъпност при свободен избор на специалисти и лечебно заведение.

4. Осигурителят по тези Общи условия извършва здравно осигуряване на основата на сключени здравноосигурителни договори за съответни здравноосигурителни пакети за абонаментно обслужване и/или възстановяване на разходи, за които се лицензира по реда на Закона за здравното осигуряване.

5. По смисъла на тези Общи условия Осигуряващ е лице, което сключва здравноосигурителен договор и се задължава да плаща здравноосигурителна премия. Осигурен е лицето, чието здравословно състояние е в отговорност на Осигурителя. Осигуряващия и Осигурения могат да бъдат едно и също лице или различни лица,

6. Осигурените лица или Осигуряващия избират осигурителни покрития и здравноосигурителни пакети, предлагани от и договорени с Осигурителя.

7. Осигурителят се задължава да обезпечи финансово предоставянето на здравни стоки и услуги, включени в здравноосигурителни пакети на “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД за които е сключен конкретния здравноосигурителен договор и/или да възстанови

разходите направени от Осигурените лица за такива здравни услуги и стоки.

#### II. ПРЕДМЕТ И СТРАНИ НА ОСИГУРЯВАНЕТО

8. Предмет на здравното осигуряване по настоящите Общи условия е

финансовото обезпечаване и осигуряване на ползването на здравни услуги и стоки от Осигурените лица, в обхвата на договорените здравноосигурителни пакети.

9. Страна по здравноосигурителния договор е физическо или юридическо лице - Осигуряващ, което внася здравноосигурителна премия за сметка на Осигурено лице.

10. Страна по здравноосигурителния договор са едновременно Осигуряващ и Осигурен, когато внасят съвместно части от здравноосигурителната премия.

11. Взаимоотношенията между Осигуряващия или Осигурения и “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД се уреждат със здравноосигурителен договор при тези общи условия и всички приложения към тях.

#### III. ОСИГУРИТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

12. Видовете здравни услуги и стоки са обособени в здравноосигурителни пакети и осигурителни покрития касаещи:

/1/ Подобряване на здравето и предпазване от заболяване (Профилактика), описани в Приложение 1;

/2/ Извънболнична медицинска помощ, описани в Приложение 2 и Приложение 3;

/3/ Извънболнична медицинска помощ - Дентална медицина (Стоматология), описани в Приложение 4

/4/ Болнична медицинска помощ, описани в Приложение 5 и Приложение 6;

/5/ Услуги свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ, описани в Приложение 7;

/6/ Възстановяване на разходи, описани в Приложение 8;

/7/ Комбинирана медицинска помощ, описани в Приложение 9 и Приложение 10.

13. В зависимост от вида и обема на предлаганите здравни услуги и стоки, на Осигурените лица се предлагат различни видове на осигурително покритие в рамките на всеки здравноосигурителен пакет, които са неразделна част от настоящите Общи условия.

/1/ Покритията по пакет т.12/3/ се предлагат в комбинация с пакет, описан в т.12/2/;

/2/ Покритията по пакет т.12/6/ се предлагат в комбинация с пакети, описани в т.12/2/ и/или т.12/4/.

#### IV. ОСИГУРИТЕЛНИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

14. Осигурителят не обезпечава финансово и не възстановява разходи по тези Общи условия за следните здравни услуги и стоки:

/1/ спешна медицинска помощ;

/2/ хемодиализа и хемотрансфузия;

/3/ трансплантация на органи;

/4/ фертилитет in vitro и лечение на стерилитет;

/5/ лечение на СПИН;

/6/ извънболнична и болнична медицинска помощ на психиатрично и онкологично болни;

/7/ лечение на алкохолизъм и наркомания или наранявания в пияно състояние;

/8/ задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за народно здраве;

/9/ пластични козметични операции и други козметични медицински услуги;

/10/ операция за смяна на пола;

/11/ лечение с методите на нетрадиционната медицина, психотерапия и акупунктура.

**15.** Осигурителят не обезпечава финансово и не възстановява разходи по тези Общи условия за следните стоматологични услуги

/1/ ортопедия (зъбопротезиране);

/2/ щифтово и безщифтово изграждане на зъби;

/3/ реплантанти и имплантанти;

/4/ ортодонтска дейност

**16.** Осигурителят не обезпечава финансово здравни услуги и стоки и не възстановява разходи на Осигурения, потребност от които е възникнала поради:

/1/ диагностични и лечебни процедури за които няма медицински показания, за тяхното прилагане, неспазване на предписан режим и/или лечение, при умишлено увреждане на собственото здраве, установено по съдебен ред;

/2/ участие в спортни състезания или в подготовка за такива;

/3/ сбиване, опит или извършване на самоубийство и престъпление от общ характер;

/4/ увреждане на здравето или смърт, настъпили докато Осигуреният е задържан от органи на властта или се намира в място за лишаване от свобода или следствените арести;

/5/ увреждане на здравето в резултат на употреба на алкохол, наркотични, упойващи вещества и медикаментозна зависимост;

/6/ при форсмажорни обстоятелства, военни действия, аварийни и бедствени ситуации;

/7/ участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно-изследователска цел.

**17.** Не се възстановяват суми за предписани лекарства, които спадат към посочените групи: слабителни средства и средства за отслабване, витамини и мултивитаминови; контрацептиви; хомеопатични лекарства; нестероидни противовъзпалителни средства, с изключение на случаите, в които те са средство на избор за лечението на определено заболяване на Осигурения; хранителни добавки; медицинска козметика; лекарства, които се закупуват със средства от републиканския бюджет и общинските бюджети съгласно Закона за народното здраве и Правилника за неговото прилагане; лекарства напълно заплащани от други финансови източници и нерегистрирани в Република България лекарства.

**18.** Не се възстановяват суми за:

/1/ разходи изцяло или частично поети от застрахователни или други здравноосигурителни дружества, обществена или частна медицинска програма, както и суми определени в Закона за здравно осигуряване, в частта му за задължително здравно осигуряване.

/2/ за ползвано рехабилитационно и санаториално лечение, в случаите когато осигуреното лице е без направление от лекар-координатор.

/3/ когато не е спазен срока за подаване на документите по чл. 61, когато ползваните стоки и услуги са без предписание от лекар-координатор, в случаите на чл. 60 ал. /1/ до /7/ от настоящите Общи условия.

**19.** По преценка на осигурителя някои от изключенията в раздел IV могат да бъдат покрити при специални условия и срещу заплащане на допълнителна премия.

## V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ДОГОВОР

**20.** Здравноосигурителния договор е писмен договор между Осигурения/Осигуряващия и Осигурителя за финансово обезпечаване на предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Осигурения за определен срок, обем и обхват, срещу заплащане на здравноосигурителни премии.

**21.** Здравноосигурителните договори са индивидуални, семейни и групови.

/1/ Индивидуален здравноосигурителен договор е този, съгласно който Осигурен е физическо лице.

/2/ Семейен здравноосигурителен договор е този, съгласно който осигурени са членовете на едно семейство.

/3/ Групов здравноосигурителен договор е този, съгласно който осигурени са 10 или повече лица.

**22.** Осигурителят сключва индивидуални, семейни и групови здравноосигурителни договори с български и чужди

граждани пребиваващи в страната, с нормален здравноосигурителен риск, при следните възрастови ограничения:

/1/ при индивидуално и семейно здравно осигуряване – от 0 до 65 години;

/2/ при групово здравно осигуряване до 50 лица- от 18 до 65 години;

/3/ при групово здравно осигуряване над 50 лица - без ограничения на възрастта.

**23.** Здравноосигурителният договор се сключва в писмена форма въз основа на:

/1/ здравна декларация - за индивидуално, семейно и групово здравно осигуряване (по списък) на по-малко от 50 лица;

/2/ списък на лицата - при групово осигуряване на 50 и повече лица и здравна декларация по искане на Осигурителя.

**24.** Здравноосигурителния договор влиза в сила от 00.00 часа на деня следващ плащането на здравноосигурителната премия или на първата вноса от нея.

**25.** Здравноосигурителния договор се сключва за срок от една до пет години. Когато договорът е сключен за срок по-голям от една година, след изтичането на първата година Осигурителят има право да преизчисли размера на здравноосигурителната премия за всяка следваща година в съответствие с настъпилите промени в действащите тарифи на Осигурителя и в съответствие с промените във възрастта на Осигурения.

## VI. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ОСИГУРЕН/ ОСИГУРЯВАЩ

**26.** Осигуреният има право на свободен избор на лекар и лечебно заведение в случаите на доброволно здравно осигуряване под формата на възстановяване на разходи.

**27.** Осигуреният може да ползва здравни услуги и стоки, съгласно избраното осигурително покритие и здравноосигурителен пакет, в избрани от него лечебни заведения и специалисти, с които Осигурителят е сключил договор, в случаите на доброволно здравно осигуряване чрез абонаментно обслужване.

**28.** Осигуреният може да ползва здравни услуги и стоки и при специалисти и/или лечебни заведения, с които Осигурителят не е сключил договор. В тези случаи Осигурителя възстановява направените разходи.

**29.** При сключване на здравноосигурителния договор Осигуреният получава списък с изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключени договори.

**30.** Осигуреният има право да избере лечебно заведение от посочените в списък от Осигурителя (Приложение към конкретния здравноосигурителен договор).

**31.** Разходите за здравни услуги и стоки извън договорените се поемат от Осигурения.

**32.** Осигуряващият, страна по договор е длъжен да разясни на Осигурения условията и реда за получаване на здравни услуги и стоки, които се ползват по договора, да предостави списък с изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителят има сключени договори.

**33.** Осигуряващият /Осигуреният/ е длъжен да извършва плащанията на здравноосигурителната премия или вноските от нея, в случаите на разсроченото ѝ плащане, в сроковете и при условията, определени в здравноосигурителния договор.

**34.** Осигуреният се задължава да не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на здравни услуги и стоки, обезпечени от Осигурителя.

**35.** Осигуряващият и Осигуреният лица са длъжни при сключване на здравноосигурителния договор да информират Осигурителя за съществуването на хронични заболявания и/или минали заболявания в личната здравна декларация, да уведомяват Осигурителя за промяна в обстоятелствата за здравното състояние, местоработата, упражняваната професия и домашния адрес, в срок до 10 работни дни след настъпване на промяната.

**36.** Осигуреният се задължава при всяко посещение при изпълнител на медицинска помощ, с който Осигурителят има сключен договор, да се легитимира с лична карта, да представя здравноосигурителна карта с валиден срок на действие.

**37.** Осигуреният има право лично да ползва здравните услуги и стоки договорени в здравноосигурителния договор.

**38.** В случай на необходимост от хоспитализация осигуреният представя „Направление за хоспитализация“ от личен лекар.

**39.** При възстановяване на разходи, осигуреният е длъжен да представи на осигурителя точно, вярно и четливо

попълнен формуляр "Искане за възстановяване на медицински разходи" и да го завери с всички необходими подписи и печат на съответното медицинско заведение.

**40.** Осигуреният представя на осигурителя формуляра, по предходната точка, "Искане за възстановяване на медицински разходи", заедно с всички изискуеми документи, не по-късно от 10 работни дни след фактическото извършване на медицинските разходи и/или ползването на здравните стоки и услуги.

**41.** В случай на загубване или унищожаване на здравноосигурителния документ, осигуреният уведомява осигурителя, за да му бъде издадено копие. Осигуреният получава копието срещу декларация за невалидност на изгубения/унищожения документ.

## **VII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ОСИГУРИТЕЛЯ**

**42.** Осигурителят обезпечава финансово получаването на здравните услуги и стоки, включени в избраните от Осигуряващия пакети и опции в рамките на пакетите.

**43.** Осигурителят покрива здравни услуги и стоки, потребността от които е възникнала в резултат на минали заболявания, с изключение на случаите, когато е уговорено с анекс към здравноосигурителния договор те да не бъдат покрити.

**44.** Осигурителят има право да проверява качеството и обхвата на предоставените здравни услуги и стоки на Осигурения от изпълнителите на медицинска и стоматологична помощ, чрез свои или независими експерти.

**45.** Осигурителят има право да прекрати едностранно здравноосигурителния договор с писмено уведомление в случай на:

/1/ измама или съучастие, извършена от Осигуряващия или Осигурения при ползване на здравните услуги и стоки, предмет на здравноосигурителния договор;

/2/ груба небрежност или преднамерено пропускане на някакъв известен на Осигурения факт, писмено поискан от Осигурителя или направено невярно изявление от съществено значение за определяне на поетия от Осигурителя риск;

/3/ невнасяне на дължимата здравноосигурителна премия, съгласно Здравноосигурителния договор.

**46.** Осигурителят е длъжен да предостави на Осигурения индивидуален здравноосигурителен номер и здравноосигурителен документ в момента на влизане на здравноосигурителния договор в сила. Здравноосигурителният документ съдържа трите имена на Осигуреното лице, здравноосигурителния му номер, номера и срока на действие на здравноосигурителния договор. Здравноосигурителният документ легитимира Осигурения с правата по здравноосигурителния договор пред лекарите - координатори, лекарите - специалисти и лечебните заведения, с които Осигурителят има сключен договор за медицинско и стоматологично обслужване.

**47.** Осигурителят води регистър на Осигурените лица, който съдържа информация за здравното им състояние, за установяване на правото им на здравни услуги и стоки, за внесените здравноосигурителни премии и за размера на ползваните от Осигурения здравни услуги и стоки.

**48.** Осигурителят има право да откаже здравни услуги и стоки на Осигурен, укрив в момента на сключване на здравноосигурителен договор известни нему факти и обстоятелства в попълнената от него документация, свързани със здравното му състояние, ако тези укривни факти са във връзка с възникването или с увеличаването на потребността от здравни услуги и стоки.

**49.** Осигурителят гарантира на всеки Осигурен правото на тайна, разпространява се върху фактите и обстоятелствата, свързани с неговото здравно състояние, освен ако със закон е разрешено или разпоредено да се съобщава на определени органи или институции/ на друго място/.

**50.** Осигурителят е длъжен да информира Осигурения за настъпили промени в обстоятелствата по реда на ползване на здравните услуги и стоки по здравноосигурителния договор в рамките на 10 работни дни от настъпването на промяната, включително и за промени във връзка с изпълнителите на медицинска помощ, с които Осигурителят е сключил договор. При семейно или групово здравно осигуряване е достатъчно уведомяването на Осигуряващия, който в този случай е длъжен да уведоми Осигурените.

## **VIII. ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПРЕМИИ**

**51.** Размерът на здравноосигурителната премия се определя от Осигурителя по тарифа, действаща към момента на сключване на здравноосигурителния договор.

**52.** Здравноосигурителната премия се плаща в пълен размер, освен в случаите, когато е уговорено разсрочено плащане.

**53.** При възстановяване на медицински разходи осигурителят удържа всички свои вземания, в това число и неплатените вноски от разсрочената осигурителна премия.

**54.** Осигурителят не дължи връщане на здравноосигурителната премия при прекратяване на здравноосигурителния договор, при следните причини:

/1/ едностранно по желание на Осигурения, когато са извършвани или предстои да бъдат извършени услуги и плащания, предоставени на Осигурения;

/2/ при изтичане на срока на договора,

/3/ при смърт на Осигурения.

**55.** При неплащане на дължимата вноска от здравноосигурителната премия в определения срок, Осигурителят изпраща предупреждение за уреждане на финансовите взаимоотношения с Осигуряващия и определя крайния срок за получаване на вноската. След този срок действието на договора се прекратява и Осигурените губят право на договорените здравни услуги и стоки.

**56.** Удължаване на срока на здравноосигурителен договор или промени на условията на сключен договор се правят с анекс.

## **IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ОСИГУРИТЕЛНО СЪБИТИЕ**

**57.** Осигурените лица за здравни услуги и стоки, включени в избраното от тях осигурително покритие, нямат парични взаимоотношения с изпълнителите на медицинска помощ, когато са избрали лекар или лечебно заведение, с които Осигурителят има сключен договор.

**58.** В случаите по предходната точка Осигурителят заплаща стойността на извършените здравни услуги и стоки на специалистите или лечебните заведения по цени договорени между тях.

**59.** При възстановяване на разходи се прилага самоучастието на Осигурения от стойността на ползваната здравна услуга или стока, в размер посочен в Приложение към договора.

**60.** Осигурителят е длъжен да възстанови на Осигурения разходите за здравни стоки и услуги, не по-късно от 10 календарни дни след постъпване на молбата по образец на Осигурителя.

**61.** Молбата се придружава от следните документи:

/1/ за лекарства и помощни средства: рецепта, епикриза, документ за извършен медицински преглед, издаден от изпълнител на медицинска помощ, фактура и фискален бон;

/2/ за медицински прегледи: амбулаторен лист, фактура и фискален бон;

/3/ за медицински изследвания: амбулаторен лист, искане за изследване, резултат от проведеното изследване, фактура и фискален бон;

/4/ за болнично лечение: епикриза, фактура и фискален бон;

/5/ за санаториално лечение: епикриза, картон с проведените физиотерапевтични процедури, медицинско направление за санаториално лечение, фактура и фискален бон;

/6/ за услуги, свързани с битови и други допълнителни условия при предоставяне на медицинска помощ: медицински документ, удостоверяващ необходимостта от услугата, издаден от лекуващия лекар, фактура и фискален бон.

/7/ за стоматологични услуги: амбулаторен лист, фактура, фискален бон и рентгенова снимка за пулпит, периодонтит и хирургични услуги.

**62.** Набавянето на необходимите документи е за сметка на Осигурения и срокът за представянето им на Осигурителя е 10 работни дни от издаването им.

## **X. ПРЕКРАТЯВАНЕ**

**63.** Здравноосигурителните договори се прекратяват при следните условия:

/1/ по взаимно съгласие на страните

/2/ при изтичане срока на договора.

/3/ при смърт на осигуряващия или обявяване несъстоятелност, ликвидация на юридическото лице.

/4/ с едномесечно писмено предизвестие от страна на Осигурения.

## XI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**64.** Всички съобщения, които Осигурителят прави до Осигуряващ или до Осигурен, се адресират на посочения от тях адрес, който съответства на адресната регистрация в личната карта или съдебната регистрация за юридическите лица, с което Осигурителят се освобождава от по-нататъшна отговорност за не получаването им, както и за произтичащите от това последици, ако това е стар адрес и не е бил уведомен.

**65.** Определянето на възрастта по тези Общи условия се извършва в цели години, като период до шест месеца не се взема предвид, а шест и повече месеца се счита за цяла година.

## XII. ПОДСЪДНОСТ

**66.** Правата по здравноосигурителния договор се погасяват с изтичане на пет години от изтичане края на срока на договора.

**67.** Споровете между Осигурителя и Осигуряващия или осигурените лица се уреждат чрез преговори въз основа на сключения договор и настоящите Общи условия.

**68.** Споровете по здравноосигурителните договори са подсъдни на съдилищата. Споровете на Осигурителя с чуждестранни физически и юридически лица са подсъдни на Международен арбитраж при БТПП.

## ИЗПОЛЗВАНИ ПОНЯТИЯ

По смисъла на тези Общи условия:

“**Осигурено лице**” е всяко физическо лице, за което има сключен здравноосигурителен договор;

“**Осигурител**” е: “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД;

“**Осигуряващ**” е юридическо или физическо лице, което сключва здравноосигурителен договор и плаща здравноосигурителните премии в полза на трети лица. Осигуреният и Осигуряващият могат да бъдат едно и също лице;

“**здравноосигурителен пакет**” е група от регламентирани по вид и обхват здравни услуги и стоки, които се покриват изцяло или частично от “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД при условия и по ред регламентирани от здравноосигурителните договори;

“**възстановяване на разходи**” са парични плащания на Осигурителя за здравни услуги и стоки, които са ползвани и заплатени от Осигуреното лице, включени в осигурителното покритие за срока на здравноосигурителния договор и в рамките на лимита за една осигурителна година;

“**здравноосигурителна премия**” е сумата, която Осигуреният/Осигуряващият заплаща по здравноосигурителен договор със “ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ” АД за доброволно здравно осигуряване;

“**здравноосигурителен договор**” е договор между Осигурения/Осигуряващия и Осигурителя за покриване на здравни услуги и стоки за определен срок и в обем, определен със здравноосигурителния пакет;

“**изпълнител на медицинска помощ**” е физическо или юридическо лице, което в съответствие със Закона за лечебните заведения и Закона за народното здраве има право да предоставя здравни услуги и стоки;

“**лекар - координатор**” е изпълнител на медицинска помощ в договорни отношения с компанията, осъществяващ първични прегледи и медицинска експертиза;

“**осигурителна сума /лимит**” е максималният размер на отговорността на Осигурителя за обезпечаване на ползването от Осигурения на здравните услуги и стоки, за които е сключен здравноосигурителния договор. Минималният и максималният размер на осигурителната сума се определят от Осигурителя, а конкретният размер на осигурителната сума се избира от Осигуряващия или от Осигурения и се записва при сключване на здравноосигурителния договор. Лимитът се прилага и при двете форми на доброволно здравно осигуряване – възстановяване на разходи и абонаментно обслужване;

“**хронично заболяване**” е заболяване на Осигурения с прогресивен ход и чести обостряния, което е било диагностицирано преди сключване на здравноосигурителния договор и за което Осигурителят е поставил въпрос в образеца на лична здравна декларация;

“**минало заболяване**” е заболяване и/или телесно увреждане на Осигурения изискващо медицинско лечение, вкл. предписване на лекарства, диагностицирано преди началото на

здравноосигурителния договор, за което Осигурителят е поставил въпрос в образеца на лична здравна декларация, без оглед на това дали Осигурения го е упоменал при попълването на тази декларация.

„**самоучастие**“ е тази част от разходите за здравни стоки и услуги, която осигуреният заплаща за своя сметка и която не подлежи на възстановяване от осигурителя. Размерът на самоучастието се определя в здравноосигурителния договор.