

ОБЩИ УСЛОВИЯ

ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ”

I. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

1. ЗАД „Здравноосигурителен институт” АД, наричано за краткост по-долу „ЗАСТРАХОВАТЕЛ”, срещу платена застрахователна премия от ЗАСТРАХОВАЩ или ЗАСТРАХОВАН, на базата на сключен застрахователен договор, се задължава да поеме рискове, произтичащи от заболяване, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и/или стоки.

2. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ може да се задължи да възстановява в пари извършени разходи от ЗАСТРАХОВАНИЯ или да предостави съответните стоки и/или услуги чрез изпълнители, с които е сключил договор до размера на застрахователната сума и покритите рискове по конкретния договор.

3. Възстановяване на разходи за ползвани от ЗАСТРАХОВАНИЯ здравни услуги и/или стоки се извършва на:

3.1. Изпълнителя на здравните услуги и/или доставчика на медицинските стоки, с който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключен договор. В този случай ЗАСТРАХОВАНИЯТ няма финансови задължения към изпълнителя на здравните услуги и/или доставчика на медицинските стоки за покритите рискове до размера на застрахователната сума.

3.1. ЗАСТРАХОВАНИЯТ, когато е заплатил същите на изпълнител на здравни услуги и/или доставчик на стоки, с който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключен договор. В този случай за ползването на здравни стоки и/или услуги се изисква предварителното съгласие на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. След представянето на всички документи доказващи вида, количеството и цените на ползваните здравни услуги и/или стоки, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява разходите на ЗАСТРАХОВАНИЯ, до размера на застрахователната сума, съгласно покритията на застрахователния договор.

4. Покриват се здравни услуги и/или стоки, предоставени от изпълнители на медицинска помощ, лицензирани по Закона за лечебните заведения и доставчици на лекарства и помощни средства, отговарящи на всички законови изисквания.

5. Застрахователния договор е валиден за територията на Р. България, освен ако не е договорено друго.

II. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

1. Предмет на застраховка „Заболяване” е възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки от застрахованите лица през срока на застраховката съгласно договорените застрахователни покрития и клаузи.

2. Застраховка „Заболяване” се осъществява на базата на сключен писмен застрахователен договор между ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и ЗАСТРАХОВАЩИЯ (ЗАСТРАХОВАНОТО) лице.

3. Застраховка „Заболяване” е поименна и правата по нея не могат да бъдат преотстъпвани.

4. Срещу платена от ЗАСТРАХОВАЩИЯ (ЗАСТРАХОВАНИЯ) застрахователна премия, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да обезпечи ползването на здравни услуги и/или стоки от страна на ЗАСТРАХОВАНИЯ в съответствие с покритите рискове в застрахователния договор и Общите или специални условия.

5. Застрахователните договори биват:

5.1. Индивидуални – ЗАСТРАХОВАНИЯТ е физическо лице;

- 5.2. Семейни – ЗАСТРАХОВАНИ са лицата на едно семейство – съпрузи и деца до 18 г., а ако продължават образованието си до 26-годишна възраст;
- 5.3. Групови – ЗАСТРАХОВАНИ са над две или повече лица, свързани по някакъв признак.
6. Обект на застраховката са здрави, дееспособни български или чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица на възраст от 18 години до 65 навършени години.
 - 6.1. При семейна застраховка – от 18 до 65 г. за родителите и от 0 до 18 г. за децата, а ако продължават образованието си до 26-годишна възраст;
 - 6.2. При групова застраховка – от 18 до 65 г., а за групи над 50 (петдесет) лица – без ограничение за възрастта.
7. При изтичане срока на договора, ЗАСТРАХОВАНИЯТ не следва да е по-възрастен от определената в предходната точка възраст.
8. Лица с хронични заболявания и инвалидност до 50 % се застраховат при условията на повишен риск, като дължат допълнителна застрахователна премия в размер, определен от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и посочен в тарифата.
9. Не подлежат на застраховане лица, които са: с намалена работоспособност (инвалидност) 50 и над 50 %, психично болни лица; лица, които имат установена епилепсия или са нарко - и алкохолно зависими; боледували и са лекувани или им е било известно да са имали едно от следните заболявания: мозъчен инсулт, сърдечен инфаркт, сърдечна операция (катетъризация, дилатация, байпас и др.); тежко сърдечно или белодробно заболяване; множествена склероза; онкологични заболявания; тежки чернодробни и бъбречни заболявания; СПИН, тежки автоимунни заболявания; тежки хронично-инфекциозни заболявания; всякакви трансплантации на органи. По тези условия не подлежат на застраховане лица, които са професионални спортисти и лица, които практикуват опасни спортни занимания.
10. Лица със заболявания, констатирани преди сключването на застрахователния договор, могат да се застраховат, но при специални условия, които се изразяват в изключване от застрахователно покритие на здравни услуги и/или стоки, свързани със заболяването, установено преди подписването на застрахователния договор. Разходи извършени от лицето във връзка с тези заболявания не се възстановяват от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

1. По условията на тази застраховка, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ ще обезпечава ползването на здравни услуги и/или стоки, при следните застрахователни покрития:
 - 1.1. „Предпазване от заболявания и подобряване на здравето” - Приложение № 1;
 - 1.2. „Извънболнична медицинска помощ” - Приложение № 2;
 - 1.3. „Болнична медицинска помощ” - Приложение № 3;
 - 1.4. „Възстановяване на разходи” - Приложение № 4;
 - 1.5. „Дентална медицина” - Приложение № 5;
2. В зависимост от обхвата и обема на покритите здравни услуги и/или стоки, включени във всяко застрахователно покритие, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ предлага следните застрахователни клаузи:
 - 2.1. клауза А - Приложение № 6;
 - 2.2. клауза Б - Приложение № 7;
 - 2.3. клауза В - Приложение № 8;
 - 2.4. клауза Г - Приложение № 9.
3. Застрахователните покрития и клаузите към тях представляват неразделна част от настоящите Общи условия.

4. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да обезпечи финансово всички здравни услуги и/или стоки, включени в избраното от ЗАСТРАХОВАЩИЯ (ЗАСТРАХОВАНИЯ) застрахователно покритие и клауза към него.

5. Застрахователният договор може да се сключи за едно или няколко застрахователни покрития.

6. Допуска се комбиниране на застрахователни покрития и клаузи между тях при взаимна договореност между страните по застрахователния договор.

7. Застрахователните покрития „Възстановяване на разходите” и „Дентална медицина” не се предлага самостоятелно, а в комбинация с останалите покрития.

8. Размерът на разходите, подлежащи на възстановяване от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е до размера на застрахователната сума, вида на застрахователното покритие и съответната застрахователна клауза или комбинация от застрахователни покрития и клаузи.

IV. ОБЩИ И СПЕЦИАЛНИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия не се включват следните здравни услуги, освен ако не е изрично записано в застрахователния договор, че ще бъдат включени:

- 1.1. Спешна и неотложна медицинска помощ;
- 1.2. Хемодиализа и хемотрансфузия;
- 1.3. Трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и вземането и съхранението на хемопоеични и стволови клетки;
- 1.4. Изследване и лечение на стерилитет, *in vitro* оплождане и подготовката за него, лечение на сексуална дисфункция, всички форми на изкуствено оплождане и всички диагностични и терапевтични процедури във връзка с тях;
- 1.5. Прекъсване на бременност, освен ако не е по лекарско предписание по медицински показания;
- 1.6. Операции свързани със смяна на пола;
- 1.7. Лечение на венерически болести, СПИН, болести, свързани със СПИН и HIV-антитела (HIV позитивни) Изследване и лечение свързани с човешки папиломен вирус;
- 1.8. Извънболнична и болнична помощ (изследване и лечение) на психиатрично и онкологично болни;
- 1.9. Лечение на зависимостта от алкохол, наркотици и медикаменти и заболявания и наранявания, възникнали в следствие от тяхното въздействие;
- 1.10. Задължителни имунизации и задължително лечение по Закона за здравето;
- 1.11. Лечение на заболявания, медикаментите за които се осигуряват по линия на Министерство на здравеопазването;
- 1.12. Пластични козметични операции и други козметични медицински услуги;
- 1.13. Лечение с методите на нетрадиционната медицина, психотерапия и акупунктура;
- 1.14. Всякакъв вид дейности с експериментална цел извън регламентираните от Министерство на здравеопазването медицински стандарти за лечение;
- 1.15. Лазерна корекция на зрението;
- 1.16. Лечение на умствена изостаналост, поведенчески проблеми и проблеми в развитието;
- 1.17. Лечение на смущения в съня като хъркане и апнея;
- 1.18. Лечение на наднормено тегло;
- 1.19. Лечение на менопауза, стареене, пубертет или предменструални състояния;
- 1.20. Лечение на заболявания, възникнали вследствие на участие на Застрахования в спортни прояви и състезания или в подготовка за такива;
- 1.21. Вродени аномалии и заболявания;
- 1.22. Настаняване и лечение в хосписи и домове за самотни хора;

- 1.23. Настаняване, медикаментозно, хирургично, санаториално и физиотерапевтично лечение, както и манипулации и изследвания, извън заведенията, регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 1.24. Химиотерапия и лъчелечение при онкологично болни.
2. По тези Общи условия не се включват следните стоки, освен ако не е изрично записано в застрахователния договор, че ще бъдат включени:
 - 2.1. Предписани витамини и минерали с изключение на случаите, в които те са средство на избор за лечението на заболяването на Застрахования;
 - 2.2. Нестероидни противовъзпалителни средства (НСПС), с изключение на случаите, в които те са средство на избор за лечението на заболяването;
 - 2.3. Ваксини, имуностимулатори, имуномодулатори и имunosупресори;
 - 2.4. Слабителни средства и лекарства за отслабване;
 - 2.5. Противозачатъчни средства;
 - 2.6. Хомеопатични лекарства;
 - 2.7. Лекарствени средства за лечение на психични и онкологични заболявания.
 - 2.8. Нерегистрирани в Република България лекарствени средства;
 - 2.9. Добавки към храните;
 - 2.10. Медикаменти срещу прилошаване при пътуване;
 - 2.11. Вещества стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;
 - 2.12. Медицинска козметика.
3. Не се включват покрития, потребността от които е възникнала поради:
 - 3.1. Неспазване на предписан режим и/или лечение;
 - 3.2. Симулиране на заболяване от ЗАСТРАХОВАНИЯ;
 - 3.3. Умишлено увреждане на собственото здраве на ЗАСТРАХОВАНИЯ;
 - 3.4. Сбиване, самоубийство или опит за извършване на самоубийство от ЗАСТРАХОВАНИЯ, включително и когато ЗАСТРАХОВАНИЯ е в състояние на невменяемост;
 - 3.5. Преднамерено излагане на опасност и/или опит за извършване на престъпление от ЗАСТРАХОВАНИЯ или друга дейност забранена със закон;
 - 3.6. Смърт или увреждане на здравето, настъпили докато ЗАСТРАХОВАНИЯ е задържан от органи на властта или се намира в затвор, или е на военна служба или призован в мобилизационния резерв на въоръжените сили;
 - 3.7. Увреждане на здравето на ЗАСТРАХОВАНИЯ в резултат на остра или хронична употреба на алкохол, лекарствени и други средства с упойващо или стимулиращо действие и на всякакъв вид наркотици и опиати или медикаментозна зависимост;
 - 3.8. Участие на ЗАСТРАХОВАНИЯ в дейности или мероприятия с експериментална и научно изследователска цел;
 - 3.9. Участие във война (обявена или не), агресия, враждебни действия, въстание, бунт, революция, метеж, пуч, терористични актове, стачка, локаут или други действия от подобно естество, вкл. аварийни и бедствени ситуации;
 - 3.10. Не се възстановяват суми за разходи частично или изцяло поети от други застрахователни дружества, НЗОК или по силата на държавни, общински и други здравни програми.
4. В покритието по тези Общи условия не се включват следните дентални услуги и стоки, освен ако не е изрично записано в застрахователния договор, че ще бъдат включени:
 - IV.1 Ортопедия (изработване и поставяне на мостови конструкции и частични и тотални протези) и подготовка за ортопедична дейност;
 - IV.2 Щифтово и безщифтово изграждане на зъби;
 - IV.3 Реплантанти и имплантанти;
 - IV.4 Ортодонтска дейност;
 - IV.5 Избелване на зъби.

5. В посочените в точки 1, 2, 3 и 4 случаи ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ не поема отговорност за извършените разходи и те остават за сметка на ЗАСТРАХОВАНИЯ.

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Застрахователния договор се сключва в писмена форма, въз основа на попълнено писмено предложение и здравна декларация от кандидата за застраховане, по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

2. Здравната декларация се попълва лично от кандидата за застраховане, а здравните декларации на деца до 18 г. (при семейни застраховки „Заболяване”) се попълват от родителите.

3. Здравна декларация се попълва при индивидуално, семейно или групово застраховане до 50 (петдесет) лица (по списък).

4. При групови застраховки на 51 и повече лица, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ може да не иска попълване на здравна декларация за здравословното състояние на застрахованите лица. Застраховката се сключва с приложен поименен списък, който представлява неразделна част от застрахователния договор.

5. При сключването на застрахователния договор кандидатът за застраховане попълва здравна декларация, като е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на поставените му въпроси. Той е длъжен да посочи достоверно всички известни му обстоятелства, които са от значение за риска.

6. Ако при сключването на застрахователния договор ЗАСТРАХОВАНИЯТ съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство или обстоятелства, при наличието на което ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не би сключил застрахователния договор, или би го сключил, но при други условия, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ може да прекрати или измени договора в 15 (петнадесет) дневен срок от узнаване на обстоятелствата.

6.1. В случай на прекратяване на договора, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да задържи платената застрахователна премия, както и да изиска от ЗАСТРАХОВАНИЯ плащането на премията за времето, през което е носил риска, до периода на прекратяването.

6.2. В случай, че застрахованият не приеме условията за изменение на застрахователния договор, той се прекратява, като се прилага т. 6.1.

6.3. При настъпване на застрахователно събитие ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ може да откаже изцяло или да възстанови частично разходите за ползваните здравни услуги и/или стоки, ако премълчаното или неточно обявено обстоятелство е оказало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху увеличаване размера претенцията;

6.4. При частично възстановяване на ползваните здравни услуги и/или стоки, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ използва съотношението между размера на платената премия и размера на премията, която би следвало да се плати според реалния риск.

7. Когато при сключването на договора, обстоятелствата по т. 6. не са били известни на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването да поиска писмено изменението на договора.

8. По време на действието на застрахователния договор ЗАСТРАХОВАЩИЯТ/ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да обявява пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ всички новонастъпили обстоятелства незабавно или след узнаването им, за които при сключването на договора ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е поставил писмено въпрос.

9. Въз основа на данните от попълнената здравна декларация, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да поиска допълнителни изследвания и преглед от съответен специалист, който да изготви заключение за здравословното състояние на лицето. Разходите по този преглед са за сметка на кандидата за застраховане.

10. Здравната декларация, попълнена от кандидата за застраховане, задължително се проверява от доверен лекар на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, който предлага при какви условия

(нормален или повишен риск) да се застрахова лицето или да му се откаже сключването на застраховка „Заболяване“.

11. В предложението за сключване на застраховка „Заболяване“, ЗАСТРАХОВАНИЯТ (ЗАСТРАХОВАЩИЯТ) посочва избраното от него застрахователно покритие и клауза, както и начина на заплащане на застрахователната премия – еднократно или разсрочено.

12. Лица със завишен застрахователен риск, съгласно критериите изброени в здравната декларация, се застраховат при условия, определени в застрахователния договор и срещу допълнително платена застрахователна премия, посочена в тарифата.

13. Застрахователният договор съдържа:

- 13.1. имената, съответно наименованията и адресите на страните, съответно ЕГН или ЕИК на страните по застрахователния договор;
- 13.2. предмета на договора;
- 13.3. покритите застрахователни рискове;
- 13.4. срока на договора, включително началото и края на периода на застрахователното покритие;
- 13.5. застрахователната сума или начина на определянето ѝ;
- 13.6. застрахователната премия или начина на определянето ѝ, както и сроковете и реда за нейното плащане;
- 13.7. размера на самоучастието, ако такова е уговорено между страните;
- 13.8. имената и адреса на застрахователния посредник, ако договорът е сключен чрез посредник, а за застрахователните агенти - и номера на легитимационния им документ;
- 13.9. датата и мястото на сключване на договора;
- 13.10. подписите на страните;

14. При сключването на застрахователен договор в полза на трето лице договорът трябва да съдържа и имената, съответно наименованието и адреса, на ползващото се лице или начина, по който то може да бъде определено.

15. Неразделна част от застрахователния договор са:

- 15.1. Общи условия по застраховка „Заболяване“;
- 15.2. приложение/я по избраните застрахователни покрития/клаузи;
- 15.3. предложение за застраховане;
- 15.4. личната декларация за здравословното състояние на кандидата за застраховане по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;
- 15.5. документ, служещ за легитимация на застрахованото лице пред съответните лекари в лечебните заведения, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори за предоставяне на здравни услуги и/или стоки;
- 15.6. документ за платена застрахователна премия или първа част от нея;
- 15.7. сключените от страните анекси към застрахователния договор;
- 15.8. списък с изпълнителите на медицинска помощ, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договор за медицинско обслужване;
- 15.9. поименен списък на застрахованите лица, съдържащ трите имена, ЕГН и длъжност (само за груповите застраховки);
- 15.10. други договорености в писмена форма.

VI. НАЧАЛО, ВРЕМЕТРАЕНЕ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Застрахователния договор се сключва за срок до една година, но не по-кратък от три месеца.

2. Срокът на индивидуалните и семейни застраховки се определя така, че при изтичането му ЗАСТРАХОВАНИТЕ да не бъдат по-възрастни от 65 години.

3. Застрахователния договор влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало при условие, че към този ден, застрахователната премия (или първата част от нея при разсрочено плащане) е платена в брой или по банков път и изтича в 24.00 часа на деня, означен за край на договора, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

4. Изменения през действието на застрахователния договор, в обема и обхвата на избраните клаузи, при които е сключен застрахователния договор се извършва с анекс. В случаите, когато ЗАСТРАХОВАЩИЯТ и ЗАСТРАХОВАНИЯТ са различни лица, право на промяна има ЗАСТРАХОВАЩИЯТ.

5. В случай, че ЗАСТРАХОВАНИЯТ или ЗАСТРАХОВАЩИЯТ искат да се извърши промяна на застрахователния договор, те попълват формуляр по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

6. При смърт на застрахованото лице през срока на застрахователния договор, същият се прекратява, като се съблюдават следните варианти:

6.1. В случай, че са изплащани или предстоят да се изплащат обезщетения и застрахователната премия е платена еднократно, на законните наследници не се връща премия.

6.2. В случай, че са изплащани или предстоят да се изплащат обезщетения и дължимата премия по договора е разсрочена, от полагащото се на законните наследници застрахователното обезщетение се удържат неплатените вноски.

6.3. В случай, че не са изплащани или не предстоят да се изплащат обезщетения и застрахователната премия е платена еднократно при сключването на договора, на законните наследници се връща част от премията, съответстваща на оставащия срок до края на договора, през който застрахователя не носи риска, намалена с калкулираните разноски на застрахователя.

6.4. В случай, че не са изплащани или не предстоят да се изплащат обезщетения и застрахователната премия е разсрочена, оставащите вноски за периода до края на договора не се дължат.

7. Действието на застрахователния договор може да бъде прекратено едностранно от всяка една от страните с 15 (петнадесет) дневно писмено предизвестие, като събраната застрахователна премия не се връща.

8. За начален срок на предизвестие се приема денят, следващ получаването му от насрещната страна.

9. До изтичане на срока на предизвестие, страните по застрахователния договор носят всички права и задължения по него.

10. При предсрочно прекратени застрахователни договори, по които са изплатени или предстоят да се изплащат обезщетения, неиздължената застрахователна премия се дължи от ЗАСТРАХОВАНИЯ.

11. При разсрочено плащане, ако се закъснее със заплащането на разсрочените части от застрахователната премия, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ може да прекрати застрахователния договор не по-рано от 15 (петнадесет) дни от деня, в който ЗАСТРАХОВАНИЯТ е получил писмено предизвестие за издължаване на застрахователната премия. Писменото предизвестие се смята за връчено и ако в застрахователната полица ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изрично е посочил, че застраховката ще се прекрати след изтичането на 15 (петнадесет) дневния срок от датата на падежа на разсрочената премия.

12. След изтичането на 15 (петнадесет) дневното писмено предизвестие, застрахователния договор се счита за прекратен, като ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ задържа платените премии.

13. На ЗАСТРАХОВАНИЯ се предоставя правото при заплащане на дължимите вноски (или разсрочени части от тях) застрахователния договор да се поднови от 00.00 часа на деня, следващ плащането.

14. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не носи отговорност и не покрива предявени към него искове по събития, покрити по условията на договора, настъпили през времето на прекратяване на застрахователния договор.

15. В случай, че ЗАСТРАХОВАНИЯ потърси медицинска помощ преди да е изтекъл 15 (петнадесет) дневния предупредителния период, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ носи отговорност за финансовото обезпечаване на ползваните от него здравни услуги и/или стоки.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ към ЗАСТРАХОВАЩИЯ по силата на застрахователния договор. Сумата по всяко застрахователно покритие зависи от избраната от ЗАСТРАХОВАНИЯ клауза.

2. Разходи над застрахователната сума, както и здравни услуги и/или стоки, включени в Раздел IV на настоящите Общи условия, освен ако не е договорено друго, са за сметка на ЗАСТРАХОВАНИЯ.

VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1. Застрахователната премия (вноска) е сумата, която ЗАСТРАХОВАЩИЯТ/ЗАСТРАХОВАНИЕЯТ дължи по застрахователния договор на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

2. Размерът на застрахователната премия зависи от тарифите на дружеството, вида на избраните покрития и клаузи и начина на плащане и броя на застрахованите лица.

3. При групови застраховки сключени за над 50 лица, в края на застрахователната година се извършва изравняване на застрахователната премия в зависимост от реалните изменения на персонала през срока на договора, като съобразно това изменение се връщат или досъбират премии. Изравняването на премията се извършва при изменения над 5 % в броя на застрахованите лица.

4. Застрахователната премия посочена в тарифите на дружеството е годишна и се заплаща еднократно при сключването на застрахователния договор. Допуска се разсрочване на годишната застрахователна премия, съгласно тарифата на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

5. Начинът на заплащането на застрахователната премия се определя със сключването на застрахователния договор.

6. Застрахователната премия може да се заплаща касово или безкасово, като при безкасовото плащане се зачита датата, на която сумата е постъпила по банковата сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

7. Промяна в начина на плащане на застрахователната премия през времетраенето на застрахователния договор може да се извърши с анекс между страните по договора.

8. При неиздължаване в срок на дължимата застрахователна премия ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ отправя 15 (петнадесет) дневно писмено предизвестие до насрещната страна за уреждане на финансовите отношения, като при изпълнение важат условията, посочени от т. 8 до т. 12 вкл. на раздел VI.

9. При възстановяване на разходи, за ползвани от ЗАСТРАХОВАНИЯ здравни услуги и стоки от изпълнители на медицинска помощ и доставчици, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключен договор, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ удържа от полагащото се застрахователното обезщетение всички свои взимания, в т.ч. и неплатените вноски при разсрочено плащане на застрахователната премия.

10. При наличие на разсрочено плащане на застрахователната премия и ползвани здравни услуги и/или стоки от ЗАСТРАХОВАНИЯ от изпълнители на медицинска помощ и доставчици, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори, то разсрочените вноски се дължат от ЗАСТРАХОВАНИЯ (ЗАСТРАХОВАЩИЯ).

IX. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

1. При сключването на застрахователния договор, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да отговори писмено на всички зададени му от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ въпроси и да посочи всички обстоятелства, които са му известни около здравословното му състояние и имат значение при оценката на риска и условията, при които да бъде сключена застраховка „Заболяване”.

2. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право на свободен избор на застрахователно покритие и клауза по него.

3. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право свободно да избира лекуващ лекар и лечебно заведение като:

3.1. При избор на изпълнител на медицинска помощ, с който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключен договор за медицинско обслужване, ЗАСТРАХОВАНИЯТ ползва здравни стоки и услуги до размера на застрахователната сума и избраните покрития и клаузи без да заплаща на лечебното заведение;

3.2. При избор на изпълнител на медицинска помощ, с който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма сключен договор за медицинско обслужване, ЗАСТРАХОВАНИЯТ заплаща на лечебното заведение ползваните здравни стоки и услуги.

3.2.1. ЗАСТРАХОВАНИЯТ (ЗАСТРАХОВАЩИЯТ) има право на възстановяване от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на извършените от него разходи напълно или при договореното самоучастие като процент от реално платените средства за лечение и/или от разходите за закупени стоки, заплатени прегледи и диагностика, след представяне на необходимите документи, доказващи цената на ползваните здравни услуги и/или стоки.

4. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право да получи от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ информация за изпълнителите на медицинска помощ и координаторите, с които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има сключени договори.

5. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право да получи квалифицирано и качествено лечение или обслужване, отговарящо на изискванията на добрата медицинска практика.

6. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право за запазване на тайна относно неговото здравословно състояние, ползваните от него здравни услуги и/или стоки, освен в случаите регламентирани със закон.

7. При настъпване на промяна в здравословното състояние на ЗАСТРАХОВАНИЯТ, той е длъжен в 3 (три) дневен срок от настъпване на промяната да уведоми ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ лично или чрез упълномощено от него лице.

8. ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да не ползва здравни услуги и/или стоки неправомерно и злонамерено.

9. ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да осигури достъп и информация на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ относно здравословното си състояние.

10. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ/ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да заплаща редовно застрахователните си вноски в сроковете и при условията определени в застрахователния договор.

11. При разсрочено плащане на дължимата застрахователна премия и ползвани здравни услуги и/или стоки, покрити по застрахователния договор, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да заплати дължимите разсрочени вноски.

12. При ползване на здравни услуги и/или стоки от изпълнител на медицинска помощ, с който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма подписан договор, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да се свърже със ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ на телефоните, които са му предоставени при подписване на застрахователния договор.

13. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право да прекрати застрахователния договор с 15 (петнадесет) дневно писмено предизвестие до ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

14. При промяна на адреса за кореспонденция ЗАСТРАХОВАНИЯТ се задължава след настъпване на промяната своевременно да информира ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

15. При групови застрахователни договори ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е длъжен да уведоми ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в рамките на 7 (седем) дни за настъпили промени, в групата, през периода на действие на застрахователния договор.

16. ЗАСТРАХОВАНОТО лице е длъжно при всяко посещение при лекар или лечебно заведение, с което ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има подписан договор, да се легитимира с лична карта и документ, издаден от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, за сключен застрахователен договор.

17. При загубване или унищожаване на застрахователния договор или документа за легитимация пред изпълнителите на медицинска помощ, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да уведоми незабавно ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за да му бъде издадено копие.

18. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право на възстановяване на извършените от него разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, покрити по застрахователния договор, в срок до 15 (петнадесет) дни след представянето на всички необходими документи, приведени в съответствие с изискванията на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

Х. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

1. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен срещу предварително заплатена застрахователна премия от ЗАСТРАХОВАЩИЯ (ЗАСТРАХОВАНИЯТ) да обезпечи финансово ползването на здравни услуги и/или стоки, съгласно договорените застрахователни покрития, клаузи и суми.

2. При уведомяване от страна на ЗАСТРАХОВАНИЯ за желанието му да ползва здравни услуги и/или стоки от изпълнител на медицинска помощ, с който ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма подписан договор, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има правото да предложи същите по вид и качество здравни услуги, предоставени от изпълнители на медицинска помощ, с които има сключени договори.

3. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен при сключването на застрахователния договор да изготви досие на ЗАСТРАХОВАНИЯ и регистър на всички застраховани лица, в който да се съдържа информация за:

- 3.1. здравословното състояние на застрахования;
- 3.2. внесените застрахователни премии;
- 3.3. ползваните здравни услуги и/или стоки;
- 3.4. размера на разходите по застрахователни покрития.

4. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ няма право да предоставя и разпространява информацията, свързана със сключените застрахователни договори, както и информацията, свързана с личните данни и здравословното състояние на застрахованите лица. Разкриването на такава информация може да стане само със съгласието на застрахованото лице, както и в случаите, изрично предвидени със закон.

5. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право при поискване от страна на застрахованото лице в края на всяка година (застрахователна) да му предостави информация относно ползваните здравни услуги и/или стоки и тяхната цена.

6. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен след сключването на застрахователния договор, да предостави на ЗАСТРАХОВАНИЯ списък с всички изпълнители на медицинска помощ, с които има подписани договори за медицинско обслужване.

7. Списъкът с изпълнителите на медицинска помощ, с които има сключен договор ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ, съдържа наименованието на лечебното заведение, адрес, телефон за контакт.

8. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен да уведоми ЗАСТРАХОВАНИЯ за всички промени настъпили в списъка с лечебните заведения, с които има сключени договори за медицинско обслужване в рамките на 7 (седем) дни след настъпване на промяната. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен по време на действие на срока на застрахователния договор да предостави на застрахованото лице информация за всяка промяна в общите условия, предмета на договор или закон, приложим към застрахователния договор.

9. При групови застрахователни договори, по които има промени, за които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е уведомен в срок, съгласно т.16 от Раздел IX той е длъжен писмено да отговори на ЗАСТРАХОВАЩИЯ в рамките на 7 (седем) дни, относно съгласието си (несъгласието си) за промените в застрахователния договор.

10. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да проверява видът, обхватът и качеството на предоставените здравни услуги и/или стоки чрез свои доверени лекари.

11. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ издава в рамките на 7 (седем) дни от сключване на договора документ, който легитимира застрахованото лице пред съответните лекари в лечебните заведения, с които има подписани договори за предоставяне на здравни услуги и/или стоки. Всеки документ има свой идентификационен номер и съдържа следните данни:

11.1. трите имена и идентификационен номер на ЗАСТРАХОВАНИЯ;

11.2. срок на валидност на застрахователния договор;

11.3. видът на избраното застрахователно покритие и клауза по него.

12. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да прекрати едностранно застрахователния договор след 15 (петнадесет) дnevно писмено предизвестие в случаите, когато ЗАСТРАХОВАЩИЯТ (ЗАСТРАХОВАНИЯТ):

12.1. не са внесли в срок дължимата застрахователна премия по застрахователния договор (съгласно т. 8 от Раздел VIII от настоящите условия);

12.2. неточно е обявил или премълчал обстоятелства около здравословното си състояние при наличието, на които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не би сключил застрахователния договор или би го сключил, но при други обстоятелства.

12.3. извърши злоупотреби с предоставените му покрития или опит за застрахователна измама.

13. В случай на подновяване на застрахователния договор, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право да коригира застрахователната премия съобразно настъпилите промени във възрастта и здравословното състояние на ЗАСТРАХОВАНИЯ, отразени в здравната декларация.

14. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен в рамките на 15 дни след представянето на всички доказателства да възстанови на застрахованото лице или на изпълнителите на медицинска помощ извършени от тях разходи или мотивирано да откаже плащането им.

XI. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

1. При настъпването на застрахователно събитие, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да предяви претенция за изплащане на обезщетение в писмена форма: Уведомление - претенция, по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

2. ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да представи своето Уведомление - претенция пред ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ в 7 дневен срок от датата на събитието.

3. Заедно с Уведомлението - претенция, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да представи и следните документи:

3.1. платежни документи, доказващи вида и размера на извършените разходи. В документите се вписва стойността на всяка заплатена услуга и/или стока по отделно и общо;

3.2. за лекарства: рецепти, амбулаторен лист от прегледа при лекаря, предписал лекарствените средства, епикриза за лекарства закупени по време на болнично лечение, епикризи, фактура и фискален бон;

3.3. за медицински прегледи: амбулаторен лист от прегледа, копие на резултатите от проведени медицински изследвания, лекарски назначения за извършени манипулации, фактура и фискален бон;

- 3.4. за болнично лечение: епикриза, копия на резултати от проведени медицински изследвания, лекарски назначения за извършени манипулации, фактура и фискален бон;
- 3.5. за изследвания: медицински документ, съдържащ данни от прегледа, диагноза, изискваща направените изследвания и резултатите от тях;
- 3.6. за услуги, свързани с битови условия за предоставена медицинска помощ: документ удостоверяващ необходимостта от оказването на здравни услуги при съответните битови условия, фактура и фискален бон;
- 3.7. за проведено стоматологично лечение: медицински документ от прегледа, съдържащ стоматологичен статус, описание на извършените дейности и рентгенови снимки;
- 3.8. за физиотерапевтични процедури: медицински документ от прегледа, при който е установена диагноза, изискваща лечението или епикриза от болнично лечебно заведение и здравен картон с описание на извършените процедури;
- 3.9. други документи поискани от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

4. Ако ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е възстановил разходи за медицински помощни средства, нова претенция за обезщетения може да се направи едва след изтичане на обичайния срок на износване, освен ако по-ранното закупуване се налага по медицински причини.

5. Разходите по набавянето на необходимите документи не се възстановяват от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ и са за сметка на ЗАСТРАХОВАНИЯ.

6. ЗАСТРАХОВАНИЯТ лично поема разходите за здравни услуги и/или стоки извън обхвата на договореното и платено застрахователното покритие.

7. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ възстановява разходи за ползваните здравни услуги и/или стоки, съобразно посочените в застрахователния договор покрития или прави мотивиран отказ, не по-късно от 15 дни след представянето на всички доказателства.

8. При уреждане на предявените претенции към ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ от изпълнител на медицинска помощ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ заплаща ползваните от застрахованото лице здравни услуги и/или стоки на изпълнителя на медицинска помощ, в действителен размер в рамките на договорената застрахователна сума и в съответствие с избраните покрития и клаузи, по силата на сключеният с лицето застрахователен договор. В този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не дължи възстановяване на разходите на ЗАСТРАХОВАНИЯ.

ХII. КОРЕСПОНДЕНЦИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

1. Всяко съобщение до ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ трябва да бъде в писмена форма и отправено на адрес: гр. София 1407, район Лозенец, бул. „Черни връх“ № 51Д.

2. Всички съобщения, които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ изпраща към ЗАСТРАХОВАНИЯ /ЗАСТРАХОВАЦИЯ/ се адресират до посочения адрес за кореспонденция от тях или до адреса на управление на юридическите лица. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се освобождава от по-нататъшна отговорност за неполукаването им.

3. За начало на сроковете, течащи по съгласно настоящите условия се счита датата на пощенското клеймо.

ХIII. ДАВНОСТ, ПОДСЪДНОСТ И ПРАВО НА РЕГРЕС

1. Правата по застрахователния договор, сключен по тези условия, се погасяват в сроковете, предвидени по действащото българско законодателство.

2. Споровете между страните относно застрахователния договор, издаден по силата на тези условия, се решава по пътя на преговори, а в случай на непостигане на съгласие – в съответствие с действащото законодателство в Република България.

3. Отказът на ЗАСТРАХОВАНИЯ срещу трети лица, по чиято вина е настъпило застрахователното събитие, няма сила спрямо ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ да упражни регресни права.

4. Правата по застрахователния договор се погасяват с изтичане на 3 (три) годишна давност, считана от момента на настъпване на застрахователния случай.

5. Спорове с чуждестранни физически или юридически лица се разрешават по пътя на преговори, а при непостигане на съгласие, лицата отнасят спора към Международен арбитраж към БТПП.

XIV. ДЕФИНИЦИИ

Съгласно тези условия смисълът на някои от понятията, е както следва:

1. **ЗАСТРАХОВАТЕЛ** – това е ЗАД „Здравноосигурителен институт” АД.

2. **ЗАСТРАХОВАЩ** – физическо или юридическо лице, което сключва застрахователен договор и плаща изцяло или частично застрахователната премия

3. **ЗАСТРАХОВАН** – е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

4. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ** – регламентирани по вид и обхват здравни услуги и/ил стоки, за които ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ поема задължение да възстанови разходи (изцяло или частично), при реда и условията на настоящите условия, приложенията и застрахователния договор.

5. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ** – сумата, която физическо или юридическо лице заплаща по застрахователния договор на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. Застрахователната премия се явява цената на застраховката.

6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА** – е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.

7. **ТАРИФИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПОКРИТИЯ И ДОГОВОРИ** – изготвят се от застрахователното дружество и представляват размер на застрахователната премия за едно или няколко застрахователно/и покритие/я, дефинирани според вида им, броя на застрахованите лица, възрастта и здравословното им състояние.

8. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА** - интервалът от време между денят посочен за начало на застрахователния договор и 24 часа на деня, в който изтичат 12 /дванадесет/ месеца от него.

9. **АНЕКС** – извънредна част от застрахователния договор, съдържаща промени и допълнения към него.

10. **ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** – Лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, създадено по реда на Закона за лечебните заведения, отговарящо на всички изисквания и имащо право да извършва и оказва здравни услуги.

11. **ОБЕМ ЗДРАВНИ УСЛУГИ** – определени по вид и количество здравни дейности, регламентирани в покритията по застраховката, до които застрахованите лица имат достъп.

12. **ОБХВАТ НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ** – предоставени от изпълнители на медицинска помощ на застрахованите лица здравни услуги (профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни, транспортни и др.) и/или стоки, които съобразно избраната клауза по застрахователния договор изцяло или частично се заплащат от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

13. **ЗАБОЛЯВАНЕ** – съвкупността от клинични прояви, представляващи болестни състояния, които са диагностицирани в лицензирано здравно заведение съгласно Закон за лечебните заведения и Закон за здравето и регистрирани в официален медицински документ въз основа на анамнеза, клиничен преглед и резултати от лабораторни или параклинични изследвания. „Болест” е нарушение на нормалното взаимодействие на ЗАСТРАХОВАНИЯ с външната среда, при което възникват структурно-функционални или функционални промени в организма му.

14. **ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ** – е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахирани оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

15. **БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ** – в резултат на заболяване **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** по необходимост е настанен в болница минимум 24 часа, като лежачо болен пациент, под постоянно лекарско наблюдение за извършване на неотложно изследване и/или лечение.

16. **МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД** - преглед от общопрактикуващ лекар или лекар с призната медицинска специалност и производни на различни основни медицински специалности, както и използването на всякакви технически средства и разчитане на резултатите от тях за поставянето на конкретна диагноза.

17. **МЕДИЦИНСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ** – медико–диагностични и медико-технически методи за установяване на отклонения от нормалните физиологични показатели на организма, отразени в съответни документи, с посочени стойности и заключения от изследването.

18. **МЕДИЦИНСКИ КОНСУМАТИВИ** – използвани в хода на диагностиката и лечението специфични средства и материали като: превързочни материали, игли, хирургични конци, спринцовки, абокати, банки, системи, катетри, подлоги, патерици, протези, изкуствени стави и др.

19. **ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** – група болести, обособени от признаците на тяхната етиология, патогенеза, клинично протичане, с голяма тежест на болестния процес и значителен леталитет. Тежките заболявания водят до увреждане на цялостния здравен статус на организма, снижават в различна степен неговата адаптивност и работоспособност, дори и когато са лекувани с радикални методи на лечение.

19.1. По настоящите общи условия, за тежки заболявания се приемат: остър миокарден инфаркт; мозъчен инсулт; коронарно – артериални операции; рак; пневмоторакс; облитериращ ендартериит; тромбо – емболична болест; язвена перфорация, чернодробен ехинокок; менингити; множествена склероза; миастения; волвулус и странгулации на коремни органи или образувания, обтурации.

20. **НЕОТЛОЖНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** - медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.

21. **СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ** - медицинска дейност, включваща всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма.

22. **САМОУЧАСТИЕ** - договорено задължение на **ЗАСТРАХОВАНИЯ** в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението.

23. **КЛАУЗА ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР** – разновидност на застрахователния договор, включващ определен набор от здравни услуги и/или стоки.

24. **ОБЩИ И СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР** – условията регламентиращи правата и задълженията на страните, сроковете, начина на заплащане на застрахователните вноски, реда за ползване на застрахователните услуги и стоки, както и сроковете за тяхното покриване и възстановяване от страна на застрахователното дружество.

Настоящите Общи условия по застраховка „Заболяване“ са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД „Здравноосигурителен институт“ АД с протокол от 19.04.2013 г., изменени с протокол на Съвета на директорите от 22.11.2013 г.