

**ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА ЗА ЧУЖБИНА
“ALLIANZ BEST DOCTORS”**

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Съгласно тези Общи условия ЗАД “Алианц България Живот” сключва договори за медицинска застраховка по смисъла на Кодекса за застраховането, наричани по-нататък “застраховката”/“застрахователен договор”.

1.2. Настоящите Общи условия, заявлението за сключване на застраховката и другите подписани от страните и/или представени на Застрахователя документи са неразделна част от застраховката.

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. Застраховател: Застрахователно акционерно дружество “Алианц България Живот”, ЕИК: 040293319.

2.2. Застраховател /Договорител/: физическо или юридическо лице, което подава заявлението за сключване на застраховката, сключва застрахователния договор и придобива посочените права и задължения, с изключение на тези, които поради техния характер се отнасят само за Застрахования.

2.3. Застрахован (застраховано лице): физическото лице, посочено в застрахователната полица, чието здраве е застраховано по условията на съответния застрахователен договор и което може да се възползва от правата по застрахователния договор, но което също така поема задълженията по договора при отсъствието / в случай на неизпълнение на същите от Застрахователя.

2.4. Best Doctors Services SLU, част от Best Doctors Inc.: компания, която предоставя следните медицински услуги, свързани със застраховката: InterConsultation™ и FindBestCare®.

2.5. InterConsultation: структуриран процес за второ медицинско мнение на основата на задълбочен преглед на медицинската информация за Застрахования и допълнителните диагностични материали, дадено от световно признат експерт по медицина. Тази услуга се предоставя от Best Doctors.

2.6. Заявление за сключване на застраховката: формуляр по образец на Застрахователя, който Застрахованият/ите и/или Застрахователят е/са длъжни да попълнят и подпишат собственоръчно, за да кандидатстват за сключване на застраховката.

2.7. Здравна декларация: въпросник, представляващ неразделна част от Заявлението за сключване на застраховката, попълнен и подписан от кандидата/ите за застраховане преди сключване на застраховката и преди издаване на застрахователната полица, въз основа на който се извършва оценка на риска от страна на Застрахователя. Когато кандидатът за застраховане е непълнолетно лице, здравната декларация за това лице се попълва и подписва от негов законен представител.

2.8. Застрахователна полица /полица/: писменият документ, подписан от Застрахователя и Застрахователя, в който са уговорени индивидуалните условия по застраховката.

2.9. Застрахователен договор: застрахователната полица, заявлението за сключване на застраховката на Застрахователя, всички останали писмени изявления на Застрахователя и Застрахованите, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения към нея и останалите приложения и писмени съглашения.

2.10. Сертификат: документ, издаван от Застрахователя и съдържащ информация за условията на сключения застрахователен договор.

2.11. Предварителен медицински сертификат: писмено одобрение, издадено от Застрахователя или Best Doctors, което включва потвърждение на покритието по застраховката преди извършването на услугите в определена болница извън Република България за лечение, здравни услуги, стоки или предписания, свързани с претенцията.

2.12. Начало на застраховката: датата, на която застраховката влиза в сила, както е посочено в застрахователната полица.

2.13. Край на застраховката: датата, посочена в застрахователната полица, на която покритието на рисковете за Застрахования/ите изтича, освен ако действието на застраховката не бъде продължено автоматично в съответствие с предвидения в настоящите Общи условия рег.

2.14. Застрахователна година: всяка цяла година от срока на застраховката считано от началото на застраховката.

2.15. Период на изключване /Период на изчакване/: период от време, който започва от началото на застраховката или от датата на влизане на застраховката в сила за ново Застраховано лице, през който, както и през целия период на действие на застраховката, покритието по застраховката няма да е в сила по отношение на заболяване, диагностицирано или проявило първите си симптоми през този период на изключване.

2.16. Застрахователна премия: цената на застраховката, представляваща паричната сума, която Застрахователят е длъжен да плаща, за да поеме Застрахователят задълженията, произтичащи от застрахователния договор. Сроковете за плащане на застрахователната премия са посочени в застрахователната полица. Заедно със застрахователната премия се заплащат и всички евентуално дължими данъци, такси и други.

2.17. Застрахователно обезщетение: услугите и покритията, които Застрахованият има право да ползва по застраховката.

2.18. Застрахователна сума: максималният размер на задължението на Застрахователя, посочен в застрахователната полица, който се прилага по отношение на покритието съгласно т.5.1. и т.5.2. от настоящите Общи условия заболявания, медицински процедури и разходи.

2.19. Претенция (Застрахователно събитие): събитие, което води до последици, покрити изцяло или частично по настоящата застраховка. За дата на настъпване на застрахователно събитие се счита датата, на която валидността на претенцията е потвърдена от InterConsultation. Последиците, произтичащи от една и съща причина се считат за една Претенция.

2.20. Партньор: законен съпруг или лице над 18 години, което не е встъпило в брак, живеещо във фактическо извънбрачно съжителство със Застрахования. Партньорът не може да бъде роднина на Застрахования, като Застрахованият може да посочи

само едно лице за свой партньор. Това лице може да бъде от същия пол или от друг пол като Застрахования.

2.21. Свързани лица:

Свързано лице: (1) партньор на Застрахования или (2) невстъпило в брак материално зависимо дете на Застрахования или на партньор на Застрахования. Агресът по местоживеене на съпруга или материално зависимото невстъпило в брак дете трябва да е същия като на Застрахования, освен ако не е уговорено друго. Дефиницията „Свързано лице“ се определя от следните условия и ограничения:

2.21.1. В понятието „Свързано лице“ не се включват материално зависими, невстъпили в брак деца на възраст над 18 години, освен както е посочено в следващия параграф.

2.21.2. Понятието „Свързано лице“ включва всяко материално зависимо дете, което не е встъпило в брак и е на възраст над 18 години до 35 навършени години, ако:

- детето не работи на редовен пълен работен ден или не е самонаето лице; и
- детето се обучава в редовна форма за придобиване на образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или магистър“ във висше училище, функциониращо по законоустановения ред; и
- детето разчита основно на Застрахования или на партньора на Застрахования за своята издръжка.

2.22. Изключение: условна ситуация или условие, които не са покрити по застраховката и за които Застрахователят не е длъжен да осигури покритие в случай на Претенция. Изключенията са посочени в Раздел VIII на настоящите Общи условия.

2.23. Злополука: Всяко насилствено, внезапно, непредвидено и неумишлено събитие, причинено изключително от външна причина, произтичаща пряко и независимо от други причини, довело до телесно увреждане на Застрахования.

2.24. Заболяване: Всяка промяна на здравния статус на лице, която не се дължи на злополука и чието диагностициране и потвърждение се извършват от правоспособен лекар. Заболяването включва всички увреждания и последици, произтичащи от същата диагноза, както и всички заболявания, които се дължат на същата причина или на свързани причини. Ако едно заболяване се дължи на същата причина, довела до предишно заболяване, или на причини, свързани с нея (включително въздействия или усложнения, произтичащи от предишно заболяване), заболяването се счита за продължение на предишното, а не за отделно заболяване.

2.25. Предхождащо /предишно/ състояние: Всяко заболяване, което е диагностицирано, лекувано или за наличието на което застрахованият е знаел в рамките на 10 години преди началото на застраховката или преди датата на влизане на застраховката в сила за ново Застраховано лице.

2.26. Лекар: лице с висше медицинско образование и необходима професионална квалификация, което е придобило по законоустановения ред и притежава правоспособността да практикува медицинска професия.

2.27. Болница: частно или държавно лечебно заведение, притежаващо законоустановено разрешение за осъществяване на дейност за медицинско лечение на заболявания или травми, оборудвано с материални/технологични средства и подходящ персонал за диагностициране и извършване на хирургични интервенции, в

което е осигурено непрекъснато присъствие на лекари и друг медицински и немедицински персонал в продължение на 24 часа в денонощието.

2.28. Хоспитализация: престой с пренощуване в болница.

2.29. Хирургия: Всички дейности с диагностична или терапевтична цел, извършени чрез разрез или чрез друг начин на проникване от хирург в болница и които обикновено изискват използването на операционна зала.

2.30. Експериментално лечение: лечение, процедура, курс на лечение, оборудване, медицински или фармацевтичен продукт, предназначен за медицински или хирургични цели, които не са общоприети като безопасни, ефективни или подходящи за лечението на заболявания или травми от различни научни организации, признати от международната медицинска общност или които са предмет на проучване, изследване, тестване или на някакъв етап на клинично изпитване.

2.31. Медицинска необходимост (наложителност): наложителни от медицинска гледна точка са тези здравни услуги и стоки, които:

2.31.1. са необходими за посрещане на основните здравни нужди на Застрахования; и

2.31.2. са предоставени по най-подходящия от медицинска гледна точка начин и в подходящи за предоставянето на здравната услуга условия, като се имат предвид както стойността, така и качеството ѝ; и

2.31.3. съответстват по тип, честота и продължителност на лечението на утвърдените от медицински, изследователски или здравни организации или държавни агенции в медицинската наука и практика методи, които са приети от Застрахователя; и

2.31.4. съответстват на диагнозата на заболяването и на състоянието на Застрахования; и

2.31.5. са необходими по причини, различни от удобството на Застрахования или неговия лекар; и

2.31.6. са потвърдени в разпространената медицинска литература като:

- безопасни и ефективни за лечението или диагностицирането на състоянието или заболяването, за което се предлага да се използват; или
- безопасни по отношение на перспективната ефективност: за лечение на животозастрашаващи състояния или заболявания, в клинично контролирани изследователски условия.

2.32. Алтернативна медицина: Медицинско и здравно обслужване, практики, продукти, които към момента не са в обхвата на конвенционалната медицина или на стандартното лечение, включително, но и не само: акупунктура, ароматерапия, хиропрактична медицина, хомеопатична медицина, медицина с натурални продукти, остеопатична медицина.

2.33. Церебрален синдром: Наличието на церебрално нарушение или увреждане на мозъка, което води до частично или пълно увреждане на мозъчните функции.

2.34. Консултант кардиолог: Лекар, специалист по болести на сърцето и сърдечно-съдовата система.

2.35. Лекарства: Всяка субстанция или комбинация от субстанции, която може да бъде използвана или прилагана на застрахованото лице с цел възстановяване, корекция или видоизменение на физиологичните функции чрез оказване на фармакологично, имунологично или метаболитно въздействие, или за поставяне на медицинска диагноза. Лекарствата следва да са предписани от лекар и закупени от лицензиран фармацевт. Предписание за медикамент с определено търговско

наименование е валидно и за медикамент с генерично наименование, характеризиращ се със същите активни компоненти, сила и дозировка като този с търговското наименование.

2.36. Протеза: устройство, което заменя изцяло или частично даден орган или замества изцяло или частично функцията на неработеща или нефункционираща част на тялото.

2.37. Неинвазивен или "in situ" карцином: злокачествен тумор в прединвазивна фаза, който е ограничен до епитела, в който е възникнал, и който не навлиза в стромата на околните тъкани. Злокачествен тумор в прединвазивна фаза, диагностициран в начална фаза, с благоприятна прогноза, ако бъде изцяло отстранен.

2.38. Терористични действия: действие, включително, но не само използване на сила или насилие и/или заплахата за такива, от лице или група(и) лица, действащи самостоятелно или от името на или във връзка с организация(и) или правителство(а), извършено за политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включително намерение да се окаже влияние на правителство или да се все страх сред обществото или част от обществото; или използването на биологични, химични, радиоактивни или ядрени вещества, материали, уреди или оръжия.

2.39. Застрахователен регулатор: Комисията за финансов надзор на Република България.

III. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

3.1. Предметът на настоящата застраховка е осигуряването на покритие за услуги и медицински разходи във връзка с лечение на Застрахован извън Република България. Застраховката покрива заболявания и медицински процедури, при условие че са изпълнени всички от изброените условия:

3.1.1. Процедурата се извършва през периода на действие на застраховката;

3.1.2. Диагнозата, във връзка с която се извършва лечението или медицинската процедура, е потвърдена от InterConsultation™;

3.1.3. Съответното заболяване или състояние не е диагностицирано и не е проявило симптоми преди изтичане на Периода на изключване, посочен в Раздел IX от Общите условия;

3.1.4. Лечението е наложително от медицинска гледна точка;

3.1.5. Медицинските разходи са в рамките на застрахователната сума и лимитите, посочени в застрахователната полица;

3.1.6. Лечението се урежда от Best Doctors след обработване на претенцията, както е посочено в Раздел X от Общите условия;

3.1.7. Медицинските разходи са направени извън територията на Република България и са направени след Периода на изключване, посочен в Раздел IX от настоящите Общи условия;

3.1.8. Разходите за всички медицински диагнози, лечение, услуги, стоки или предписания се покриват от застраховката по начина, посочен в т.5.2. от Общите условия.

3.2. По семейна застраховка могат да бъдат застраховани единствено и само свързани лица по смисъла на настоящите Общи условия.

3.3. Семейната и груповата застраховка се сключват с приложен поименен списък на застрахованите лица.

3.4. Застраховката се сключва на физически лица на възраст до 65 навършени години, като невстъпило в брак дете може да бъде застраховано или да бъде включено в застраховката след неговото раждане най-късно до навършването на 18-годишна възраст.

3.5. Едно лице може да бъде застраховано само по една медицинска застраховка при Застрахователя. Ако поради една или друга причина едно и също лице е застраховано по повече от една такава застраховка, Застрахователят предоставя обезщетения само по едната застраховка.

IV. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

4.1. Срокът на застраховката е 1 година.

4.2. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ този, в който е издадена застрахователната полица, при условие че е платена първата дължима застрахователна премия. Застрахователната полица се издава след приключване на процедурите по оценка на риска от страна на Застрахователя.

4.3. Застрахователният договор е в сила до 24.00 часа на датата, посочена в застрахователната полица за край на застраховката, при условие че всички дължими застрахователни премии са редовно платени.

4.4. При изтичане срока на застраховката и при условие че е платена застрахователна премия, застраховката се подновява автоматично за срок от една година, освен ако Застрахователят не заяви изрично отказа си от нея в срок най-късно до един месец преди края на застраховката.

4.5. Застраховката не може да се поднови автоматично, ако към края на застраховката Застрахованият е навършил 85 години. В този случай, ако застраховката е семейна или групова, лицето, навършило 85-годишна възраст, се изключва от застраховката и тя продължава своето действие за другите застраховани лица.

4.6. При семейните и груповите застраховки, Застрахователят има право по всяко време да включва и изключва лица от списъка на Застрахованите. При включване на ново лице в застраховката, същото се включва в застраховката от 00.00 часа на първия ден от следващия месец от срока на застраховката. При изключване на Застрахован от застраховката, действието на застраховката за това лице се прекратява считано от 24.00 часа на последния ден от текущия месец от срока на застраховката.

4.7. При сключване на групова застраховка всички членове на групата, които могат да бъдат застраховани, трябва задължително да бъдат включени в списъка на застрахованите лица. Ако в застраховката се включват и свързани лица, всички такива лица, които могат да бъдат застраховани, се включват задължително в застраховката.

4.8. По групова застраховка, сключвана от работодател върху неговите работници и служители, могат да бъдат застраховани само тези работници и служители, които работят по трудов договор с работодателя на пълен работен ден (най-малко 30 часа седмично). По такава застраховка за застраховани се считат лицата, които към началото на застраховката или към датата на включването им в застраховката, осъществяват активно трудова дейност. Активно осъществяване на трудова дейност е налице, когато работникът или служителят не е отсъствал от работа повече от два дни през последните три месеца и изпълнява всички свои обичайни

служебни задължения в съответствие с условията на трудовия договор. Когато работникът или служителят отсъства от работа по причина, различна от заболяване или злополука, застраховката за това лице влиза в сила от началото на застраховката или от датата на включването му в застраховката. Ако към началото на застраховката или към датата на включване в застраховката работникът или служителят отсъства от работа поради заболяване или злополука, застраховката за него не влиза в сила докато не започне активно да осъществява трудова дейност в продължение на непрекъснат период от време от най-малко три месеца.

4.9. Застрахователят има право да прекрати по всяко време застрахователния договор, като уведоми за това писмено Застрахователя. В този случай застраховката се прекратява считано от 24.00 часа на последния ден от текущия месец от срока на застраховката. При прекратяване на застраховката Застрахователят не дължи каквито и да било суми на Застрахователя или на други лица.

4.10. При промяна на Застрахованите лица, респ. при прекратяване на застраховката, Застрахователят е длъжен да подаде заявление за промяна, респ. да уведоми писмено Застрахователя, най-късно до 15-я ден на текущия месец от срока на застраховката. В противен случай промяната или прекратяването на застраховката може да бъдат извършени през следващия месец от срока на застраховката.

4.11. По смисъла на настоящите Общи условия, за месец от срока на застраховката се счита всеки цял месец от периода на нейното действие, като началото на първия месец от срока на застраховката е началото на застраховката, а на всеки следващ месец – същият ден на съответния месец. Когато началото на застраховката е 31-во число, тогава за начало на всеки месец от срока на застраховката се счита последният ден на съответния месец.

V. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

По сключени застрахователни договори Застрахователят предоставя покритие само за рисковете и до размерите, договорени в застрахователния договор.

5.1. Покрити болести и медицински процедури

По застраховката се покриват единствено и само следните заболявания и медицински процедури:

5.1.1. Лечение на злокачествено новообразувание

Лечение на всякакъв злокачествен тумор, включително левкемия, сарком или лимфом (с изключение на кожен лимфом), характеризиращ се с неконтролиран растеж и разпространение на злокачествени клетки и инвазия на тъкани. Също така включва и лечение на премалигнени тумори и злокачествени тумори ин ситу, които се разполагат в епителиума, откъдето произлизат и не се разпространяват в стромата или околните тъкани.

5.1.2. Байпас на коронарната артерия (миокардна реваскуларизация)

Извършване на операция по препоръка на консултант кардиолог за коригиране на стеснение или блокаж на една или повече коронарни артерии с байпас графтове.

5.1.3. Смяна на сърдечна клапа

Извършване на операция по препоръка на консултант кардиолог за смяна или реконструкция на една или повече клапи на сърцето.

5.1.4. Неврохирургия

Всяка хирургична интервенция на мозъка и/или груги вътречерепни структури, а също и на доброкачествени тумори на гръбначния мозък.

5.1.5. Трансплантация на органи / тъкани от живи донори

Хирургична трансплантация на бъбрек, сегмент от черен дроб, лоб от бял дроб, част от панкреас или костен мозък (автоложна или алогенна) от жив, съвместим донор.

5.2. Покрити разходи

Застрахователят поема следните разходи до лимитите, посочени в застрахователната полица, извършени във връзка с медицинските процедури, посочени в т.5.1. по-горе, както следва:

5.2.1. От болница, във връзка с:

- настаняване, хранене и общи сестрински грижи, предоставени по време на престоя на Застрахования в стая, отделение или секция на болницата или в отделение за интензивно лечение или за наблюдение;
- други болнични услуги, включително тези предоставени от амбулаторно отделение на болницата, както и разходи, свързани с осигуряването на допълнително легло или легло за придружител, ако болницата предоставя тази услуга;
- използването на операционна и всички свързани с това услуги.

5.2.2. От друг вид лечебно заведение, различно от болница (напр. специализирана клиника или център за социални грижи), но само ако лечението, операцията или процедурата се покриват по настоящата застраховка, ако са предоставени в болница.

5.2.3. От лекар, във връзка с преглед, лечение, медицинска грижа или операция.

5.2.4. За консултации на лекари по време на хоспитализация.

5.2.5. За следните медицински и хирургични услуги, лечения или предписания:

- за анестезия и прилагане на анестетици при условие, че това се извършва от квалифициран анестезиолог;
- лабораторен анализ и патология, рентгенография за диагностични цели, радиотерапия, радиоактивни изотопи, химиотерапия, електрокардиограми, ехокардиография, миелограми, електроенцефалограми, ангиограми, компютърна томография и груги подобни тестове и лечения, необходими за диагностицирането и лечението на покрито заболяване или медицинска процедура, когато са извършени от лекар или под медицински надзор;
- кръвопреливане, преливане на плазма и серум;
- разходи, свързани с използването на кислород, вливането на интравенозни разтвори и инжекции.

5.2.6. За лекарства, давани по лекарско предписание, докато Застрахованият е хоспитализиран за лечение на покрито заболяване или медицинска процедура. Лекарствата, предписани за следоперативно лечение се покриват за период от 30 дни от датата, на която е приключило лечението извън територията на Република България, и само тогава, когато са закупени преди завръщането в Република България.

- 5.2.7. За трансфери или превоз по земя или с въздушни линейки, когато тяхното използване е указано или предписано от лекар и е предварително одобрено от Best Doctors.
- 5.2.8. За услуги, предоставени на жив донор по време на процеса на отстраняване на орган, който ще се трансплантира на Застрахования, във връзка с:
- процедурата по проучване за откриване на потенциални донори;
 - болнични услуги, предоставени на донора, включително настаняване в болнична стая, отделение или секция, хранене, общи сестрински грижи, редовните грижи, предоставяни от болничния персонал, лабораторни изследвания и използване на оборудването и други болнични съоръжения (с изключение на вещите за лична употреба, които не се изискват в процеса на отстраняване на органа или тъканта, която ще се трансплантира);
 - за хирургични и медицински услуги за отстраняването на донорски орган или тъкани, които ще се трансплантират на Застрахования.
- 5.2.9. За услуги и материали, доставени за костно-мозъчни култури във връзка с тъканна трансплантация, която следва да се извърши на Застрахования. Обезщетение се предоставя единствено относно разходи, извършени от датата, на която се генерира първата покрита медицинска такса.
- 5.2.10. За пътуване в чужбина на Застрахования и един придружител (включително жив донор в случай на трансплантация), във връзка с медицинско лечение на покрито заболяване или медицинска процедура, одобрени от Best Doctors. Всички пътувания трябва да бъдат организирани от Best Doctors, като Застрахователят не заплаща разходи за каквито и да било други пътувания на Застрахования или на трето лица за сметка на Застрахования.
- Best Doctors отговаря за вземането на решение за датите на пътуване въз основа на одобрена схема на лечение. Тези дати се съобщават на застрахования своевременно, за да има достатъчно време да уреди всички свои необходими лични приготовления и ангажименти.
- В случай че Застрахования промени датите на пътуването, определени и съобщени от Best Doctors, Застрахованият е длъжен да компенсират Застрахователя и/или Best Doctors за всички разходи, свързани с и произтичащи от организирането и осъществяването на ново пътуване, освен ако промените не са потвърдени от Best Doctors, като наложителни от медицинска гледна точка.
- Покритието за организирано пътуване включва:
- Транспортът от постоянния адрес на застрахованото лице и един придружител (включително жив донор в случай на трансплантация) до посоченото летище или международна железопътна гара, железопътен или самолетен билет икономична класа до града, в който ще се лекува Застрахованият, както и транспорт до определения хотел;
 - Персонал, определен от Best Doctors, придружава Застрахования от постоянния му адрес до летището или международната железопътна гара и от летището или международна железопътна гара, където ще пристигне, до определения хотел;
 - Персонал, определен от Best Doctors, придружава Застрахования за първото му пътуване от определения хотел до болницата или до лекуващия лекар и съдейства при приемането на Застрахования и уреждането на документацията.

ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТ“

Няма ограничение за броя на пътуванията, които могат да бъдат направени, но всяко пътуване трябва да бъде предварително одобрено от Best Doctors като такова, съответстващо на условията и обхвата на застраховката.

5.2.11. За настаняване на Застрахования и един придружител (включително жив донор в случай на трансплантация) по време на престоя в чужбина с единствената цел да получи лечение, одобрено от Best Doctors. Всяко настаняване трябва да бъде организирано от Best Doctors, като Застрахователят не заплаща разходи за каквото и да било друго настаняване на Застрахования или на трето лица за сметка на Застрахования.

Best Doctors отговаря за резервирането на датите за настаняване въз основа на одобрената схема за лечение. Тези дати се съобщават на Застрахования своевременно, за да има достатъчно време да уреди всички свои необходими лични приготовления и ангажименти.

Best Doctors резервира дата за връщане въз основа на завършването на лечението и потвърждение/одобрение от лекуващия лекар, че Застрахованият може да пътува.

В случай че Застрахованият промени датите на пътуването, определени и съобщени от Best Doctors, Застрахованият е длъжен да компенсират Застрахователя и/или Best Doctors за всички разходи, свързани с и произтичащи от организирането и осъществяването на ново настаняване, освен ако промените не са потвърдени от Best Doctors, като наложителни от медицинска гледна точка.

Покритието за организирано настаняване включва:

- Резервации за двойна стая или стая с двойно легло в хотел от висока категория (в диапазона от 3-4 звезди), който да отговаря на критериите в интерес на Застрахования.
(Изборът на хотел се извършва в зависимост от наличието на такъв в близост до болницата или лекуващия лекар в радиус от 10 километра.)

Закуска, хранения и непредвидени разходи в хотела не се покриват по застраховката. Промени по отношение на настаняването в хотела не могат да бъдат финансирани от Застрахования.

Няма ограничение за броя на нощувките, покрити по застраховката. Техният брой се съобразява с продължителността на лечението.

5.2.12. В случай на смърт на Застрахования или на жив донор в случай на трансплантация извън територията на Република България, докато се осъществява лечение в съответствие с условията на застраховката, Застрахователят заплаща за репатрирането на тленните останки до Република България.

Това покритие е ограничено само до тези услуги и средства, необходими за подготвяне на тялото на починалия и за транспортирането му до Република България.

Покриват се:

- Услугите, предоставяни от погребалната агенция/компания, която предлага международно репатриране, включително и балсамиране и всички административни формалности;
- Обикновен ковчег;
- Транспортирането на тленните останки от летището до място, определено за погребение в Република България.

5.2.13. За стойността на лекарства, закупени на територията на Република България, след лечение на покрито заболяване или медицинска процедура, одобрени от Best Doctors в Прегварителния медицински сертификат. Сумата по този покрит риск по застраховката се възстановява само при следните условия:

- Лекарството е препоръчано чрез Best Doctors от лекар в чужбина, който е лекувал застрахованото лице, като необходимо за продължаване на лечението;
- Лекарството е лицензирано и одобрено от съответни медицински институции и агенции в Република България и неговото предписване и прием са официализирани;
- Лекарството изисква предписание от Лекар в Република България;
- Лекарството може да бъде закупено в Република България;
- Предписаната доза не е по-голяма от необходимата за прием в продължение на два месеца.

Сумата не се възстановява в следните случаи:

- Лекарството се заплаща от Националната здравноосигурителна каса на Република България или се покрива по друга застраховка на Застрахованото лице;
- Разходите за администриране на лекарството;
- Лекарството е закупено извън територията на Република България;
- Фактурите са представени на Застрахователя след повече от 180 дни след закупуването на лекарството.

Финансиране и възстановяване:

Закупуването на лекарството по т.5.2.13 е необходимо да бъде уредено и заплатено от Застрахованото лице. Застрахователят възстановява на Застрахованото лице сумата след представяне на съответно предписание/рецепта/, оригинална фактура и доказателство за извършено плащане.

Когато стойността на лекарството се покрива частично от Националната здравноосигурителна каса или по друга застраховка, документът за възстановяване на сумата трябва ясно да разграничава сумата, изцяло изплатена от Застрахованото лице и тази, която е частично финансирана.

5.2.14. Дневно обезщетение за хоспитализация: До лимитите, посочени в застрахователната полица за всеки пълен 24-часов период на престой в болницата, одобрена от Best Doctors в Прегварителния медицински сертификат за лечение на покрито заболяване или медицинска процедура.

5.3. Застрахователят може да включва и други рискове от видовете застраховки, за които е получил лиценз за извършване на застрахователна дейност.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

6.1. Застрахователните премии се плащат от Застрахователя или от друго упълномощено от него лице в размера и в сроковете, посочени в застрахователната полица.

6.2. Застрахователят е отговорен за редовното плащане на застрахователните премии. За да бъде предоставяно покритие съгласно условията на застраховката, застрахователят е длъжен да продължи да плаща редовно дължимата застрахователна премия и след настъпване на застрахователно събитие.

6.3. Първата застрахователна премия се плаща при попълване и подаване на заявлението за сключване на застраховката.

6.4. Застрахователните премии са месечни и се плащат най-късно до началото на месеца от срока на застраховката, за който се отнасят, като могат и да се предплащат за по-дълги периоди, както и за целия период до края на застраховката. При предплащане на месечните премии Застрахователят може да прилага отстъпки в размер, определен от него в зависимост от периода, за който се предплащат премиите.

6.5. Плащането на застрахователната премия се извършва във валутите, одобрени от Застрахователя. Заплащането на застрахователните премии на Застрахователя се извършва по банков път по сметката на Застрахователя. Евантуално възникналите разходи във връзка с плащането на застрахователните премии са за сметка на платеца.

6.6. Размерът на дължимата застрахователна премия се определя от Застрахователя при сключване на застраховката, в зависимост от възрастта на Застрахования. По смисъла на настоящите Общи условия, възрастта на Застрахования се изчислява в навършени години.

6.7. По семейните и груповите застраховки дължимата обща месечна премия по застраховката се определя като сума на месечните премии за всички Застраховани. При застраховки с по-голям брой на Застрахованите, Застрахователят може да прилага отстъпки в размер, определен от него в зависимост от броя на Застрахованите.

6.8. Общата месечна премия по семейните и груповите застраховки е неделима и не може да се заплаща на части.

6.9. При автоматично подновяване на застраховката, Застрахователят има право да увеличава размера на месечната премия по застраховката в съответствие с възрастта на Застрахования/ите към датата на подновяването.

6.10. Ако дължимата застрахователна премия не бъде платена редовно, т.е. най-късно до последния ден на предходния месец от срока на застраховката, застрахователният договор става нередовен и действието на застраховката по отношение на покритите рискове се прекратява.

6.11. Нередовните застрахователни договори могат да бъдат възстановени, като се платят всички неплатени (пропуснати) застрахователни премии. В този случай действието на застрахователния договор по отношение на покритите рискове се възстановява, считано от 00.00 часа на деня, следващ този, в който са платени всички неплатени (пропуснати) премии.

6.12. Когато нередовен застрахователен договор не бъде възстановен в срок от два месеца от датата, до която са платени застрахователните премии, той се прекратява окончателно. Платените по застраховката премии не се връщат, като не се дължат и не се изплащат каквито и да било суми по застраховката. Прекратената застраховка не може да бъде възстановена.

6.13. Всяка промяна на тарифните премии, приложими за всяка отделна възраст, се извършва на основание на: технически и актюерски изчисления с цел гарантиране на финансовата и актюерската платежоспособност по застраховката; анализ на всяко увеличение на стойността на покритите медицински процедури; регистрираната честота на претенциите; анализ на всички технологични иновации, прилагани при

покритите медицински процедури; или всякакви други промени или обстоятелства, които могат да окажат въздействие върху цената на осигуряваното покритие по застраховката.

VII. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

7.1. Задължение за обявяване

- 7.1.1. За сключване на застраховката Застрахователят подава писмено заявление с лична здравна декларация на кандидата/ите за застраховане по образец на Застрахователя. Кандидатът/ите за застраховане е/са длъжен/и лично да отговори/ят пълно, точно и вярно на поставените въпроси и да подпише/ат личната здравна декларация;
 - 7.1.2. Кандидатът/ите за застраховане и Застрахователят са длъжни да обявят всички съществени обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос. Кандидатът/ите за застраховане и Застрахователят са длъжни да предоставят всички данни, документи и/или информация и да отговорят пълно, точно и вярно на всички поставени от Застрахователя въпроси;
 - 7.1.3. В случай че в периода между подписването на заявлението за сключване на застраховката и приемането му, съответно сключването на застрахователния договор, настъпят промени в обстоятелствата декларираны пред Застрахователя, то застрахованото/ите лице/а и/или Застрахователят е/са длъжен/и незабавно да ги съобщи/ят в писмен вид на Застрахователя;
 - 7.1.4. Застрахователният договор се сключва с издаването и подписването на застрахователна полица, след приключване на процедурите по оценка на риска от страна на Застрахователя. Застрахователната полица се връчва лично на Застрахователя срещу подпис;
 - 7.1.5. Ако при извършване на процедурите по оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят има право да откаже сключването на застраховка, като в този случай платената застрахователна премия се връща, като от нея се удържат извършените от Застрахователя разходи;
 - 7.1.6. По своя преценка Застрахователят може да изиска от кандидат/ите за застраховане и/или Застрахователя и същите са длъжни да му предоставят валидна парола за достъп до електронното медицинско досие на съответния кандидат за застраховане, както и да извършат необходимите действия за получаване на тази парола от компетентния орган (в случай че не разполагат с такава). За целия срок на застраховката, Застрахователят и Застрахователят са длъжни да извършват всички необходими действия и да указват необходимото съдействие на Застрахователя, за да има последният непрекъснат достъп до електронното медицинско досие на съответния Застрахован, включително след прекратяване на застраховката.
- 7.2.** Ако след сключването на застраховката се установи, че Застрахователят или Застрахователят съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката, ако е знаел за него, Застрахователят може да прекрати застраховката, като при укрити данни за здравословното състояние на Застрахователя и за други съществени за

застрахователния риск обстоятелства – Застрахователят задържа платените застрахователни премии.

7.3. Ако укритите обстоятелства са от такъв характер, че Застрахователят би сключил застраховката, но при други условия, последният може да поиска изменение на застраховката. Ако Застрахователят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, застраховката се прекратява с последиците по т.7.2. от тези Общи условия.

7.4. При посочена възраст, пол и други данни за Застрахования, различни от действителните такива, Застрахователят има право, в случай че действителните данни на Застрахования съответстват на условията за сключване на застраховката, да измени същата съобразно действителните данни на Застрахования. В случай че действителната възраст на Застрахования не съответства на условията за сключване на застраховката, Застрахователят има право да прекрати застраховката с последиците по т.7.2. от тези Общи условия.

7.5. Когато настъпи застрахователно събитие и е налице неточно обявено, премълчано или укрито обстоятелство от Застрахователя или Застрахования, Застрахователят може да откаже застрахователно обезщетение.

VIII. ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Разходи, които не се покриват по застраховката:

8.1. Общи изключения:

- 8.1.1. Разходи, свързани с всички заболявания или състояния, които не са изрично посочени в т.5.1. от настоящите Общи условия;
- 8.1.2. Всички разходи, свързани със заболяване или състояние, което е диагностицирано и/или е проявило първите си медицински документирани симптоми преди или по време на 180-дневния Период на изключване, посочен в Раздел IX на настоящите Общи условия;
- 8.1.3. Всички разходи, свързани със заболявания или травми в резултат на война, терористични действия, сеизмични движения, бунтове, граждански въстания, вулканични изригвания, както и преки или непреки последствия от ядрена реакция и всякакви други извънредни или катастрофични събития; както и официално обявени епидемии;
- 8.1.4. Всички разходи, възникнали в резултат на каквато и да е злополука, включително настъпилите по време на изпълнение на служебните задължения, както и трудови злополуки и професионални заболявания и такива в резултат на пътно-транспортни произшествия;
- 8.1.5. Разходи, свързани със заболявания или злополуки, произтичащи от професионалното практикуване на спорт и от активното практикуване на въздушни спортове (несвързани с транспортирането на пътници) и подводни такива, бокс, бойни изкуства, катерене, ръгби, пещерно дело, борба с бикове, ралита, включително тестове и всякакви други високорискови спортове;
- 8.1.6. Разходи, извършени за лечение на алкохолизъм, пристрастеност към наркотици и/или упойващи вещества и интоксикации, причинени от употреба на алкохол и/или използване на психотропни, наркотични или халюциногенни вещества. Изключват се също така последиците и заболяванията в резултат на опит за самоубийство и самонараняване;

ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТ“

8.1.7. Разходи, произтичащи от Всички заболявания или състояния: причинени умишлено или с измамни намерения; произтичащи от действия или престъпна небрежност на Застрахования, в резултат на извършване, или опит за извършване на престъпление от Застрахования; в резултат на деяние (действие или бездействие) на Застрахования, което реализира състава на административно нарушение.

8.2. Медицински изключения:

8.2.1. Всички Предхождащи /предишни/ състояния;

8.2.2. Експериментално лечение, както и такива диагностични, терапевтични и/или хирургични процедури, чиято сигурност и надеждност не са надлежно доказани научно;

8.2.3. Медицински процедури, необходими поради наличие на СПИН (Синдром на придобита имунна недостатъчност), ХИВ (човешки имунодефицитен вирус) или състояние, произтичащо от тях (включително сарком на Капоши) или лечение на СПИН и ХИВ;

8.2.4. Всяка услуга, която не е наложителна от медицинска гледна точка за лечението на покрито заболяване или медицинска процедура, описани в т.5.1. от настоящите Общи условия;

8.2.5. Разходи за лечение, услуги, стоки или медицински предписания за заболяване, за което най-доброто лечение е органна трансплантация;

8.2.6. Всяко заболяване, което е причинено от трансплантация на орган, освен когато заболяването е определено като покрито заболяване или медицинска процедура.

8.3. Изключени разходи:

8.3.1. Всички разходи, възникнали във връзка с или произтичащи от диагностициране, лечение, услуга, стока или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени в Република България.

8.3.2. Всички разходи, възникнали във връзка с или произтичащи от диагноза, лечение, услуга, стока или медицинско предписание от всякакъв характер, извършени навсякъде по света, когато Застрахованият е живял извън Република България в продължение на повече от 91 последователни дни през последните 12 месеца преди първото искане към InterConsultation, посочено в т.10.3. от настоящите Общи условия.

8.3.3. Всички разходи, извършени преди издаването на Предварителен медицински сертификат.

8.3.4. Всички разходи, извършени в болница, различна от оторизираната и посочена в Предварителния медицински сертификат.

8.3.5. Всички разходи, извършени без да са спазени условията по Раздел X от настоящите Общи условия.

8.3.6. Разходи, извършени във връзка със социални грижи и услуги, здравна грижа у дома или услуги, предоставени в рехабилитационни центрове и групи подобни, хоспис или дом за възрастни хора, дори когато тези услуги се изискват или са необходими в резултат на покрито заболяване или медицинска процедура.

8.3.7. Разходи, възникнали за покупката или наемането на гаген вид протеза или ортопедични приспособления, корсети, превръзки, патерици, изкуствени крайници или органи, перуки (дори и когато тяхното използване се счита за необходимо при лечение с химиотерапия), ортопедични обувки, бандажи и друго подобно оборудване или материали с изключение на гърдни протези в резултат на мастектомия и протезни сърдечни клапи.

ЗАД „АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТ“

- 8.3.8. Разходи, възникнали за покупката или наемането на инвалидни столове, специални легла, климатични уреди, въздухоочистители или друго подобно оборудване.
- 8.3.9. Всички лекарства, които не са отпуснати от лицензиран фармацевт или които могат да се получат без лекарско предписание.
- 8.3.10. Разходи, извършени за Алтернативна медицина, като хомеопатични лекарства, които са одобрени по надлежен ред от компетентен регулаторен орган, дори и когато са специално предписани от лекар.
- 8.3.11. Разходи за медицинска помощ или социални грижи и услуги в случай на церебрален синдром, напреднала възраст или мозъчни увреждания, независимо от степента на увреждането.
- 8.3.12. Хонорар на преводач, телефонни и други разходи по отношение на вещи за лично ползване или които не са с медицински характер или за други услуги, предоставяни на роднини или придружители.
- 8.3.13. Разходи, извършени от Застрахования или неговите роднини или придружители с изключение на тези, които са изрично покрити.
- 8.3.14. Необичайни и необосновани разходи.
- 8.3.15. Всякакви разходи за редовен транспорт от определения хотел до болницата или лекуващия лекар.
- 8.4. Изключени заболявания и медицински процедури:**
- 8.4.1. **В случай на лечение на злокачествено новообразувание:**
- Всякакъв тумор при наличието на Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН);
 - Злокачествено новообразувание на кожата с изключение на злокачествени меланоми.
- 8.4.2. **В случай на байпас на коронарната артерия:**
- Всяко коронарно заболяване, което се лекува с помощта на техники, различни от байпас на коронарните артерии, като всички видове ангиопластика;
 - Лечение по повод травматични наранявания на аортата
- 8.4.3. **В случай на смяна на сърдечна клапа:**
Лечение по повод на травматични наранявания на сърдечните клапи.
- 8.4.4. **В случай на неврохирургия:**
Краниотомия, налагаща се поради травматично нараняване.
- 8.4.5. **В случай на трансплантации от жив донор или костно-мозъчни трансплантации:**
- Трансплантацията се изключва, когато се налага вследствие на алкохолна чернодробна болест;
 - Трансплантацията се изключва, когато тя се извършва като автотрансплантация, с изключение на костно-мозъчната трансплантация;
 - Трансплантацията се изключва, когато Застрахованият е донор на трето лице;
 - Трансплантация от мъртъв донор се изключва;
 - Трансплантацията на стволови клетки се изключва;
 - Трансплантацията се изключва, когато е станала възможна чрез покупка на органи от донори.

IX. ПЕРИОД НА ИЗКЛЮЧВАНЕ

Правото на обезщетение по застраховката възниква единствено, когато някое от покритите по застраховката заболявания или медицински процедури са диагностицирани или са проявили първите си медицински документиран симптоми след изтичане на периода от 180 дни, считано от началото на застраховката или от датата на влизане на застраховката в сила за съответния Застрахован.

X. ПРОЦЕДУРА ЗА УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

10.1. При диагностициране на покрито заболяване или медицинска процедура, посочени в т.5.1. от настоящите Общи условия, Застрахованият или неговият законен представител са длъжни да спазят настоящата процедура.

10.2. Спазването на процедурата за уреждане на претенции е необходимо условие за получаването на лечение, услуга, стока или медицинско предписание във връзка с покрито по застраховката заболяване или здравословно състояние.

10.3. Уведомление за претенция (Преглявяване на претенция):

10.3.1. Застрахованият или неговият законен представител са длъжни да се свържат с Best Doctors възможно най-бързо, за да уведомят Best Doctors за потенциалната претенция и да поискат услугата за второ медицинско мнение, известна като InterConsultation.

10.3.2. Служителите на Best Doctors информират Застрахования за необходимите стъпки, които трябва да се предприемат за извършване на анализ на случая, което е част от процедурата InterConsultation, включително могат да изискват подписано пълномощно от Застрахования, което позволява на Best Doctors да поиска резултатите от съответните диагностични тестове и медицинската информация от медицинското досие на Застрахования за потвърждаване на диагнозата и на покритието по застраховката.

10.4. Оценяване на претенцията:

10.4.1. След приключване на процедурата InterConsultation Best Doctors представя подробен писмен доклад. Докладът потвърждава евентуално диагнозата и възможностите за лечение от независим медицински експерт.

10.4.2. Ако докладът потвърди, че заболяването или медицинската процедура са покрити по условията на застраховката, и застрахованият реши да получи лечение извън Република България, Застрахованият трябва да уведоми Best Doctors за това решение.

10.5. Избор на международна болница

Best Doctors предоставя на Застрахования списък на препоръчителните болници в чужбина. След това Застрахованият е длъжен да уведоми Best Doctors в рамките на три месеца от получаването на доклада коя от болниците е избрал.

10.6. Предварителен медицински сертификат:

10.6.1. Когато Best Doctors получи потвърдението на Застрахования за избраната от него болница от списъка на препоръчителните болници за лечението, Best Doctors организира необходимите логистични и медицински схеми за правилния прием на Застрахования в избраната болница и издава Предварителен медицински сертификат, валиден само за упоменатата болница.

10.6.2. Предварителният медицински сертификат осигурява на Застрахования достъп до лечение, услуги, стоки или медицински предписания, свързани с

покритието, осигурено от застраховката при условията/ограниченията, посочени в Предварителния медицински сертификат.

10.6.3. Разходи, извършени в болница, различна от посочената в Предварителния медицински сертификат не се покриват по застраховката.

10.6.4. Разходи, извършени преди издаването на Предварителния медицински сертификат също не се покриват по застраховката.

10.6.5. Предварителният медицински сертификат е валиден за срок от три месеца от датата на издаването му. В случай че застрахованият не започне лечение в одобрена болница през този период от време, Предварителният медицински сертификат вече няма да бъде валиден и може да бъде изискан нов Предварителен медицински сертификат.

10.7. Лечение и плащане

След като Best Doctors потвърди валидността на претенцията по полицата и след като Застрахованият получи Предварителен медицински сертификат и Best Doctors координира лечението, услугите, стоките и/или медицинските предписания в болницата, потвърдена пред Best Doctors и за която е издаден Предварителен медицински сертификат при условията/ограниченията, посочени в Предварителния медицински сертификат, Застрахователят в съответствие с условията на застраховката поема директно разходите, извършени от Застрахования при спазване на ограниченията, изключенията и условията, посочени в настоящите Общи условия.

10.8. Застрахованият и неговите роднини са длъжни да допускат посещения от лекари, работещи за Best Doctors и/или за Застрахователя и получаването на всякакви сведения, считани от Застрахователя за необходими, като за тази цел лекарите, които са посетили и прегледали Застрахования, се освобождават от задължението да пазят професионална тайна.

10.9. Недопускането на тези посещения и/или на получаването на сведения е основание за Застрахователя да откаже застрахователно обезщетение по съответната претенция, покрита по условията на застраховката.

XI. СЪОБЩЕНИЯ

11.1. При сключване на застраховката Застрахованият посочва адрес за кореспонденция, на който ще получава всички писмени съобщения, искания или съгласия, документи и други книжа във връзка със застраховката. Адресът за кореспонденция може да не съвпада с постоянния адрес на физическото лице (по документ за самоличност) или с адреса на управление на юридическото лице. Застрахованият заявява и адрес на електронна поща (e-mail адрес) и номер на мобилен телефон, на които Застрахователят може да изпраща електронни съобщения и/или кратки текстови съобщения (SMS), генерирани от специализирана интерактивна мобилна информационна система, относно дължими по застраховката застрахователни премии, нередовност на застраховката/застрахователната полица и/или нейното предсрочно прекратяване и други.

11.2. В случай че Застрахованият отсъства за повече от 30 дни от посочения в застрахователната полица адрес за кореспонденция, е длъжен да определи пълномощник в Република България, който да получава цялата кореспонденция, свързана със застраховката.

11.3. Застрахователят е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователната полица адрес за кореспонденция, заявения номер на мобилен телефон или заявения e-mail адрес и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/номер на мобилен телефон/e-mail адрес. В случай че Застрахователят не уведоми писмено Застрахователя относно промяната на своя адрес/номер на мобилен телефон/e-mail адрес или не определи пълномощник, до получаването на съобщението за промяна на адреса/номера на мобилен телефон/e-mail адреса от страна на Застрахователя или до определянето на пълномощник с посочен адрес за кореспонденция, съобщенията изпратени от Застрахователя на адреса/номера на мобилен телефон/e-mail адреса на Застрахователя, обявени в застрахователната полица, се смятат за връчени и получени от Застрахователя с всички предвидени в закона или застрахователната полица правни последици.

XII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

12.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на три години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

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

12.3. Възникналите по застраховката спорове между Застрахователя, от една страна, и Застрахователя или застрахованите лица, от друга, се уреждат по доброволен начин и чрез преговори. Споровете между страните, които не могат да бъдат уредени чрез преговори, се отнасят за решаване към компетентния български съд по седалището на Застрахователя. Когато искът е срещу потребител по смисъла на Закона за защита на потребителите, спорът се решава от компетентния български съд, в района на който е постоянният адрес на ответника.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на ЗАД "Алианц България Живот" на 09.10.2013 година и са в сила от 10.10.2013 година.