

ОБЩИ УСЛОВИЯ „ЗАБОЛЯВАНЕ“

I. ПРЕДМЕТ

1. „Застрахователно акционерно дружество ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД по – нататък наричано **Застраховател**, по тези Общи условия застрахова физически лица, по-нататък наричани застраховани, в случай на заболяване, в резултат на което е настъпило увреждане на здравословното им състояние, довело до оказване на регламентирана здравна помощ.
2. Тези Общи условия се неразделна част от застрахователния договор и са основата, върху която ще бъдат разглеждани всички рискове за застрахователни плащания.
3. Застрахователният договор по застраховка „Заболяване“ се сключва срещу покрити, съгласно условията на договора, застрахователни рискове, свързани със здравето и телесната цялост на застрахованите лица.
4. Застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия при настъпване на застрахователно събитие в рамките на покрития риск да извърши застрахователно плащане съгласно условията, определени в застрахователната полица.
5. Застраховането по тези Общи условия се извършва въз основа на сключени индивидуални, семейни или групови договори, по тарифи на Застрахователя.
6. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък **Застраховач**.
7. По тази застраховка Застрахователят застрахова физически лица, които са:
 - 7.1. Граждани на страна – членка на Европейския съюз, които са осигурени лица по смисъла на Закона за здравното осигуряване и са с валидни и непрекъснати здравноосигурителни права към началото на месеца, предхождащ сключването на застрахователния договор или включването на лицето към него. Наличието на валидни и непрекъснати здравноосигурителни права за периода на осигуряване на лицето в страна – членка на ЕС се установява с представяне пред Застрахователя на изискуемите, съгласно действащото законодателство официални формуляри и документи.
 - 7.2. Български граждани, които работят по трудов договор в Република България или се осигуряват на друго основание и са с валидни и непрекъснати здравноосигурителни права към началото на месеца, предхождащ сключването на застрахователния договор или включването на лицето към него.
 - 7.3. За всички случаи, извън горепосочените в т. 7.1 и т.7.2, Застрахователят сключва застрахователния договор след заплащане на дължимата по договора застрахователна премия и такса за издаване на идентификационна карта на чуждестранен гражданин в размер на 85% (осемдесет и пет процента) от размера на минималния осигурителен доход за самоосигуряващи се лица в Република България към момента на включването на лицето към застрахователната полица.
- 7.4. Здрави лица.
8. Не се застраховат лица, които:
 - 8.1. Имат трайно загубена или намалена работоспособност над 50%;
 - 8.2. Не са дееспособни.
9. Териториалната валидност на застраховка „Заболяване“ е територията на Република България. Териториалната валидност на застраховката може да бъде разширена и за чужбина по споразумение със Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна застрахователна премия.
10. В случай, че в застрахователната полица не е уговорено друго, по застраховка „Заболяване“ се застраховат лица на застрахователна възраст от 16 до 65 години при следните условия:
 - 10.1. Индивидуалната застраховка се сключва със здрави физически лица на възраст от 16 до 65 навършени години към началото на застраховката, но не по-възрастни от 66 години при изтичане срока на застраховката.
 - 10.1.1. Кандидатът за застраховане е длъжен да даде верни данни за възрастта си.
 - 10.1.2. Възрастта на застрахования се определя в пълни години към първо число на месеца, избран за начало на застраховката.
 - 10.1.3. При определяне на пълни години, до 6 месеца се закръглят надолу, а от 6 и повече месеца, се приемат за цяла година.
 - 10.2. Семейната застраховка се сключва за всички членове на семейството – съпруг/а, родители на възраст от 16 до 65 години и деца на възраст от 12 месеца до 20 години, включително осиновените след сключването на застраховката при същото възрастово ограничение.
 - 10.2.1. Пределната възраст при изтичане срока на застраховката за всеки от двамата съпрузи не може да надвишава 66 години, а за всяко дете 21 години.
 - 10.3. Груповите застраховки се сключват за сметка на застрахованите лица или за сметка на фирми, организации и други.

- 11.1. Група над 10 лица може да се застрахова от 16 до 65 години и членове на семейства от 12 месеца до 20 години.
12. При големина на групата до 10 души включително, без значение от вида на договора, застраховката се сключва при възрастово ограничение от 16 до 65 и членове на семейства от 12 месеца до 20 години.
 - 12.1. Групи над 50 лица сключват групов застрахователен договор без ограничение на възрастта.
 - 12.2. Не се сключват групови договори на неформални групи.
 - 12.3. Всеки застрахован има право да определи:
 - 12.3.1. Размера на застрахователната сума (клауза, лимити);
 - 12.3.2. Ползващото лице.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Предоговорна информация

13. Застрахователният договор се изготвя въз основа на предложение за застраховане от застраховачия, списък на застрахованите лица, декларация за здравословното състояние, професия и дейността на застрахованите, както и на други сведения, които Застрахователят може да изиска за оценяване на застрахователния риск.
 - 13.1. В писменото предложение за застраховане и в здравната декларация кандидатът за застраховане е длъжен да обяви точно и изчерпателно всички съществени обстоятелства, които са му известни или при положена дължима грижа трябва да са му известни и са от значение за риска.
 - 13.1.1. За съществени се смятат обстоятелства, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос.
 - 13.1.2. Ако застраховачият /застрахованият е бил обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договорът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застраховането.
 - 13.2. По време на действието на договора застраховачият /застрахованият е длъжен писмено да обяви пред Застрахователя, незабавно след узнаването им, за новонастъпили обстоятелства, свързани с професията, професионалните задължения, дейността и страната на местоживее на застрахования. При неизпълнение се прилага редът, определен в Кодекса за застраховането.
 - 13.3. Ако застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично плащането на застрахователно обезщетение или сума само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят може да намали плащането на застрахователното обезщетение съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
 - 13.4. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, Застрахователят би сключило договора, но при други условия, то може да поиска изменението му.
 - 13.4.1. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаването на това обстоятелство.
 - 13.4.2. Ако застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по т. 13.3.
 14. При индивидуална застраховка застрахованият попълва саморъчно здравна декларация по образец на Застрахователя.
 - 14.1. Когато застрахованият е непълнолетен, личната здравна декларация се попълва от договорителя с данни за възрастта и здравословното състояние на застрахования, в присъствието на представител на Застрахователя.
 - 14.2. Застрахователят може да изиска медицински изследвания и лекарски рапорт, както извършване на лекарски преглед от доверен лекар и/или допълнителни прегледи от специалист.
 15. Груповите застраховки се сключват въз основа на писмено предложение по образец на Застрахователя с поименен списък на застрахованите:
 - 15.1. Когато се застрахова общия брой на работниците и/или служителите на фирмата или друга организация, или обособени звена (цех, отдел и др.).
 - 15.1.1. В този случай се застраховат 100% от заетите лица.
 - 15.1.2. В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест или поради бременност, раждане или осиновяване и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.
 - 15.2. Когато се застраховат изрично посочени от застраховачия работници и/или служители.
 - 15.2.1. В този случай застрахователните суми (клаузи, лимити) могат да бъдат различни за всяко от застрахованите лица по преценка на застраховачия.

15.2.2. В случай, че броят на застрахованите лица е по – малък от 90% от общия брой на работниците или служителите, застраховката се сключва с декларация за здравословно състояние на кандидатите за застраховане.

15.2.3. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест или поради бременност, раждане или осиновяване и отглеждане на дете.

16. При семейни застраховки пълнолетните членове на семейството попълват саморъчно здравни декларации, а родителите попълват здравни декларации и за непълнолетните членове на семейството.

16.1. Застрахователят може да изиска медицински изследвания и лекарски рапорт.

16.2. Когато някой от членовете на семейството не може да бъде застрахован по здравословни причини или следва да бъде застрахован при утежнен риск, не се допуска сключване на семейна застраховка.

17. Застрахователят може да откаже да сключи застраховката, като в този случай уведомява писмено кандидата за застраховане в 10 дневен срок от получаване на предложението и другите изискани документи.

Сключване и форма на застрахователния договор

18. Сключването на застраховката се документира със застрахователна полица, издадена от Застрахователя.

18.1. Застрахователният договор се изготвя след като застрахованият (застрахованият) представи необходимите документи.

18.2. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, лекарският рапорт и резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица, общите условия, избраната тарифа, допълнителните споразумения (добавъци) и други писмени договорености между страните, ако има такива са съставна част на договора за застраховка.

19. Застрахователният договор се сключва със здрави лица с нормален застрахователен риск.

20. Лица със завишен застрахователен риск съгласно критериите изброени в здравната декларация, се застраховат при условия, определени в застрахователния договор или с добавък (Анекс) към договора и при допълнително платена премия.

21. Застрахователният договор се сключва в писмена форма въз основа на писмено предложение по образец на Застрахователя, към което се прилагат следните документи:

21.1. При индивидуално застраховане и групово застраховане на група, състояща се от по - малко от 10 (десет) лица – здравна декларация (по образец на Застрахователя).

21.2. Групово застраховане на група, състояща се от 10 (десет) лица и повече лица – списък и здравна декларация само по искане на Застрахователя.

22. При сключване на групов застрахователен договор застрахованият е длъжен при подписване на договора да предостави на Застрахователя списък на застрахованите лица.

22.1. Списъкът по т. 22 съдържа следните данни: трите имена (изписани на кирилица), ЕГН, застрахователното покритие за всяко лице. Когато застрахованото лице е чужд гражданин, задължително се посочват личен номер за чужденец (ЛНЧ), пол и дата на раждане.

22.2. Застрахованият има право да актуализира списъка на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено предоставя на Застрахователя актуализирани данни.

22.3. Включването на нов застрахован става след като застрахованият писмено уведоми Застрахователя и лицето бъде включено в списъка по т. 22.

22.4. Включването на членове на семейства на застраховани лица в групов застрахователен договор се извършва, както следва:

22.4.1. Членове на семейства на включените към датата на влизане в сила на застрахователния договор лица, могат да се добавят не по – късно от два месеца след влизането в сила на договора.

22.4.2. Членове на семейства на лица, включени след датата на влизане в сила на застрахователния договор, могат да се добавят не по – късно от един месец след началната дата на застрахователно покритие на съответните лица.

23. Застрахованият се задължава да разясни на застрахованите лица правата и задълженията им по договора, изпълнителите на медицинска помощ, условията и реда за получаване на здравни услуги и стоки, както и да им раздаде идентификационни карти по списък срещу подпис от тяхна страна.

24. Застрахователният договор остава в сила за срок от 1 година след началната дата на сключване и подлежи на подновяване за следващите едногодишни периоди, като срокът се избира така, че при изтичането му възрастта на застрахования да не надвишава пределната възраст по избраната тарифа.

25. Връчване на застрахователния договор:

25.1. При индивидуално застраховане застрахователният договор се връчва лично на застрахования срещу подпис и при видимо добро здравословно състояние;

25.2. При групово и семейно застраховане застрахователният договор се връчва на застрахования – физическо или юридическо лице, а когато е за сметка на застрахованите лица – на определено от групата лице.

26. Ако в едномесечен срок след сключване на застрахователната полица по настоящата застраховка, застрахованото лице реши, че тя не отговаря на неговите нужди, то има право да я прекрати с писмено заявление, подадено до Застрахователя при условие, че не са били подавани застрахователни искове и не са консумирани услуги, покрити от Застрахователя, премията ще му бъде възстановен, с изключение на частта от нея, съответстваща на времето, през което Застрахователят е носил риск в пълен размер.

Действие на застрахователния договор

27. Договорът влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ връчването на застрахователната полица, при условие, че е платена премията, и изтича в 24.00 часа на последния ден от срока на договора.

28. Груповите застраховки „Заболяване”, по които премията се издължава по безкасов начин, влизат в сила от 00.00 часа на деня, следващ заверката на банковата сметка на Застрахователя с начислената премия и изтичат в 24.00 часа на последния ден от срока на договора.

29. Действие на договора при напускане на работник или служител по групови договори:

29.1. За сметка на лицата - ако застрахованото лице напусне, рискът за него по полицата се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.

29.2. За сметка на физически или юридически лица – застраховани, ако застрахованото лице напусне, действието на договора за него се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането му, освен ако не е уговорено друго.

30. Действие на договора при назначаване на работник или служител: при договори с поименен списък отговорността започва от 00.00 часа на деня, следващ получаването на поименния списък от Застрахователя, при условие, че е заплатена начислената за тях премия, като за целта се издава Анекс към застрахователния договор.

31. Застрахователят има право да промени размера на застрахователната премия и/или условията на договора.

31.1. Застрахованият се уведомява за промяната с едномесечно предизвестие и се счита, че е дал съгласието си за тази промяна, освен ако не възрази срещу нея в срока, посочен в уведомлението.

31.2. При обстоятелствата по т. 31.1. застраховката се прекратява на датата, посочена в уведомлението от Застрахователя.

31.3. При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелствата, независещи от Застрахователя, чиито последствия не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита, Застрахователят може да предложи на застрахования промени в тарифите и условията по тази застраховка.

32. Всяка промяна в застрахователния договор се извършва чрез издаване на добавък, който влиза в сила от 24 часа на датата на издаването му, освен ако не е уговорено друго.

33. Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

34. Договорът може да бъде прекратен преди изтичане на застрахователния срок в следните случаи:

34.1. Ако застрахованото лице умишлено е представило неверни факти и обстоятелства;

34.2. При навършване на 66 годишна възраст на застрахованото лице;

34.3. С едностранно изявление от застрахования до Застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие – в срок до три месеца преди изтичане на застрахователната година, като Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия;

34.4. При индивидуални застрахователни договори – със смъртта на застрахованото лице, като в този случай Застрахователят не дължи връщане на застрахователната премия;

34.5. В други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в българското законодателство.

35. В случай, че договорът се прекратява предсрочно по вина на застрахования, Застрахователят не дължи връщане на неусвоената премия за остатъка от застрахователния срок, освен ако не е уговорено друго.

36. В случай, че през срока на действие на застрахователния договор нетната квота на шетимост надхвърли 150 % Застрахователят има право да предложи повишаване на застрахователната премия.

36.1. В случай, че застрахованият не приеме предложението, Застрахователят има право да прекрати предсрочно застрахователния договор.

36.2. В случай, че застрахователят е платил застрахователна премия за период след датата на прекратяването, Застрахователят дължи връщането ѝ.

37. При предсрочно прекратяване на договора застрахованите лица са длъжни да върнат на Застрахователя идентификационните си карти.

38. Застрахователят има право да откаже подновяване на застрахователния договор, както и да прекрати или да промени условията, в случай че:

38.1. От страна на застрахователя/застрахованото лице се върши или е била извършена измама, укриване на факти, както и ако са били направени неверни изявления. В този случай застрахованото лице ще трябва да върне всички суми, които вече са му били изплатени по силата на застрахователния договор.

38.2. Застрахователят/застраховано лице е нарушило условията на застрахователния договор.

39. Възможността за прекратяване на застрахователния договор от страна на застрахователя не се прилага, ако:

39.1. Промяната на застрахователната премия и/или другите условия произтича от законови разпоредби;

39.2. Промяната води до намаляване размера на застрахователната премия и/или разширяване на застрахователното покритие.

40. В случай, че възрастта на застрахованото лице е била посочена неправилно и в резултат на това платената застрахователна премия е недостатъчна, застрахователят дължи незабавно доплащане на разликата в премията.

40.1. В случай, че възрастта на застрахованото лице е била посочена неправилно и в резултат на това платената застрахователна премия е в по – висок размер, Застрахователят дължи възстановяване на надплатената част от премията без лихва.

40.2. В случай, че възрастта на застрахованото лице е била посочена неправилно, а заради точната си възраст застрахованото лице нямаше да има право на покритие по тази застраховка, Застрахователят не дължи застрахователни плащания, а отговорността му е ограничена до възстановяването на общата сума на платената застрахователна премия без лихва.

41. Застрахователят изготвя здравно досие на застрахованото лице и води регистър на застрахованите лица, който съдържа необходимата информация за здравето състояние, внесените премии и вноски, ползваните здравни услуги и стоки и за възстановените разходи.

42. Застрахователят има право на информираност относно здравословното състояние на застрахованите и може през времетраенето на застрахователния договор, да извършва проверки, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на застрахованото лице от изпълнителите на медицински услуги.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

43. Застрахователят поема рискове, свързани с финансово обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, срещу заплащане на застрахователна премия.

43.1. Застрахователят финансово обезпечаваше закупените от застрахователя здравни услуги и стоки чрез сключване на договори с изпълнители на медицинска помощ – лечебни заведения.

43.2. Застраховането по тези Общи условия се извършва на основата на следните покрити рискове:

43.2.1. Медицински разходи - медицински прегледи, изследвания и манипулации вследствие на заболяване;

43.2.2. Разходи за медикаменти и помощни средства;

43.2.3. Профилактични мероприятия;

43.2.4. Разходи за болнично лечение в следствие на заболяване;

43.2.5. Разходи за хирургично лечение;

43.2.6. Допълнителни здравни услуги;

43.2.7. Стоматологични разходи.

44. Обхват и приложение на покритите рискове:

44.1. Медицински прегледи, изследвания и манипулации вследствие на заболяване, извършени в срока на договора - Застрахователят възстановява разходи до определен лимит за една застрахователна година, срещу представени документи. Застрахованият има право да се консултира и лекува при частично практикуващи лекари, при лекари на свободен прием, в държавни или частни поликлинични и болнични заведения.

44.2. Медикаменти и помощни средства, закупени в срока на договора - Застрахователят възстановява направените разходи за медикаменти и помощни средства по лекарско предписание до определен лимит.

44.2.1. Изписаните медикаменти и помощни средства трябва да бъдат свързани с конкретно заболяване и да са закупени до 7 дни от тяхното изписване.

44.2.2. Изплащат се разходи за медикаменти и помощни средства по представени документи за суми над 5,00 лв. свързани с конкретно заболяване.

44.3. Профилактични мероприятия - Застрахователят осигурява предоставянето на пакет профилактични мероприятия, предвиден за една застрахователна година. Застрахователят, обезпечава и организира профилактични медицински дейности съгласно, предварително уговорен между страните график за провеждането.

44.4. Разходи за болнично лечение - в застрахователната сума за болнично лечение се включват разходите за болнично обслужване до лимита, посочен в полицата за една застрахователна година. Застрахователят възстановява разходи за болнично лечение, направени само в лечебни заведения, сключили договор с Национална здравноосигурителна каса и срещу представени разходнооправдателни документи.

44.5. Разходи за хирургично лечение - в случай на хирургическо лечение, Застрахователят възстановява разходи до определен лимит за проведеното лечение в зависимост от сложността на операцията, определена съгласно актуалните нормативни документи и приложимите общи медицински стандарти. Застрахователят възстановява само разходи, направени в лечебни заведения, сключили договор с Национална здравноосигурителна каса и срещу представени разходнооправдателни документи за следните групи хирургични операции:

44.5.1. Малки операции в болнични условия.

44.5.2. Средни операции.

44.5.3. Големи операции.

44.5.4. Много големи операции.

44.6. Допълнителни здравни услуги - в застрахователната сума за допълнителни здравни услуги се включват разходите за услуги, свързани с битови и други допълнителни условия до лимита, посочен в полицата за една застрахователна година.

44.7. Разходи за стоматологично лечение - в случай на стоматологично лечение Застрахователят възстановява разходи до определен лимит за проведеното лечение в зависимост от извършената стоматологична дейност, определена съгласно Списък на стоматологичните дейности (Приложение №1), част от настоящите Общи условия. Застрахователят възстановява разходи за проведено стоматологично лечение след представени разходнооправдателни документи за посочените групи дентални медицински дейности:

44.7.1. Профилактична дейност (Група 1).

44.7.2. Терапевтична дейност (Група 2).

44.7.3. Хирургична дейност (Група 3).

44.7.4. Ортопедична дейност (Група 4).

44.7.5. Клинико инструментални и клиничко лабораторни изследвания (Група 5).

45. Конкретният покрит застрахователен риск се отразява в застрахователната полица.

46. Здравните стоки и услуги, съдържащи се във всеки риск се отразяват в Предложението, неразделна част от Застрахователната полица.

47. За финансово обезпечаване на рисковете, включени в застраховка „Забояване“ се използват две форми: абонаментно обслужване и възстановяване на разходи – по смисъла на т. 70 от настоящите Общи условия.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

48. Изключенията по настоящата глава са приложими за абсолютно всички покрити от настоящата застраховка рискове.

49. Освен ако не е уговорено друго, Застрахователят не покрива рисковете и не изплаща суми за:

49.1. Разходи, които се заплащат от Национална здравноосигурителна каса или републиканския бюджет.

49.2. Увреждания, травми или други наранявания, причинени в следствие на извършване или опит за извършване от застрахования на престъпление.

49.3. Увреждания, травми или други наранявания, причинени при участие в дейности или мероприятия с експериментална и научно-изследователска цел.

49.4. Увреждания, травми или други наранявания, причинени при участие на застрахования в спортни игри и спортни занимания.

49.5. Увреждания, травми и наранявания получени в резултат на война или военни действия, въстания, бунтове, стачки, граждански вълнения, тероризъм или други от подобно естество.

49.6. Увреждания, травми и наранявания получени при земетресение или атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация;

49.7. Самоувреждания и самонаранявания;

49.8. Употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболи, допингиращи вещества или друга медикаментозна зависимост, включително и алкохолно отравяне в острия период, а също и причинените

заболявания след употреба на алкохол или горе –посочените вещества, довели до увреждания;

49.9. Неспазване на предписаните режими на лечение и/ или възстановяване, самолечение и/ или използване на алтернативни методи на лечение или самолечение.

49.10. Извънболнична и болнична помощ на психиатрично и онкологично болни пациенти.

49.11. Увреждания травми и наранявания причинени при управление на МПС и участие в ПТП с установено виновно поведение след употреба на алкохол;

49.12. Увреждания травми и наранявания причинени при управление от застрахования на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която застрахованият няма необходимия разрешителен документ;

49.13. Лечение на смущения в съня, хъркане, изследване и лечение на сънна апнея;

49.14. Лечение на наднормено тегло;

49.15. Лечение с методите на нетрадиционната медицина, психотерапия и акупунктура;

49.16. Лечение на вродени отклонения и малформации последиствия, произлизащи от тях;

49.17. Разходи за генетични (ДНК) изследвания;

49.18. Прекъсване на бременност по желание;

49.19. Изкуствено оплождане, лечение на стерилитет и всички свързани с диагнозата медицински дейности и манипулации, разходи за контрацептиви;

49.20. Пластични и козметични операции и други козметични медицински и дентални услуги;

49.21. Разходи за настаняване и лечение в хосписи и домове за самотни хора;

49.22. Цветни лещи, очила за компютър, рамки за очила.

49.23. Всякакви разходи, възникнали от спешно стоматологично лечение, наложено от храна или поемане на напитки (дори ако те съдържат чуждо тяло), нормално износване на зъби, миене на зъби или някаква друга процедура за орална хигиена;

49.24. Избелване на зъби, поставяне на имплантанти, инкрустация на зъби със скъпоценни и полускъпоценни камъни и бижутерски сплави.

50. Застрахователят не заплаща и не възстановява суми, определени законово като потребителски такси.

51. Застрахованите лица носят отговорност за извършените от тях разходи, превишаващи обикновените и обичайни разходи за същата услуга.

52. С изрична писмена уговорка между страните и след заплащане на допълнителна премия, някои от изключенията от застрахователното покритие могат да бъдат покрити.

53. Застрахователят не възстановява разходи за:

53.1. Медицински уреди и апарати;

53.2. Продукти, които не са регистрирани и закупени на територията на Република България;

53.3. Разходи за закупени лекарства след изтичане на седемдневен срок от тяхното предписване;

53.4. Разходи за имплантация на изкуствено сърце;

53.5. Разходи за настаняване и лечение в клиники за отслабване и/или природосъобразен живот или други подобни институции.

53.6. Разходи свързани с намирането на донорски орган, както и всякакви разходи, направени за отстраняването на донорски орган и/или за самия донорски орган и/или транспортните разходи за доставянето на такъв, както и всички свързани с това административни разходи.

53.7. Нощувки, храна, застраховки или административни такси при провеждане на санаториално лечение.

53.8. Всички разходи за прегледи и изследвания за заболявания, обявени за епидемии или пандемии от Световната здравна организация, включително тяхното извънболнично или болнично лечение.

53.9. Всякакви разходи възникнали след изтичането на застрахователния срок, освен ако застрахователния договор не е бил подновен за нови 12 месеца, както и всякакви разходи, направени след края на застрахователния срок.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

54. Застрахователната премия е годишна, определя се по покрити рискове и се заплаща еднократно при сключване на застраховката.

55. В някои случаи се допуска разсрочване на застрахователната премия, като отделните вноски и сроковете им на плащане се посочват в полицата.

56. При неплащане на поредна вноска от разсрочената премия, Застрахователят е в правото си да приложи разпоредбите на чл. 368 от Кодекса за застраховането и застрахователния договор се прекратява с изтичане на 15 дни от датата на падежа на разсрочената премия.

57. Премиите се предплащат за всяка осигурителна година.

58. По искане на застрахования Застрахователят може да разсрочи плащането на премиите на шестмесечие, тримесечие или месечно.

59. Застрахователните премии се определят в зависимост от:

59.1. Застрахователна сума (клаузи и лимити);

59.2. Срока на застраховката;

59.3. Възраст и здравословно състояние на кандидата за застраховане;

59.4. Характер на производството (дейност, професия);

59.5. Тарифа на Застрахователя;

60. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да поиска съответно увеличение или намаление на застрахователната премия, освен ако не е уговорено друго.

61. При значителни промени в общия брой на работниците и/или служителите по груповите договори се извършва окончателно преизчисление на застрахователните премии за досъбиране или връщане при изтичане срока на договора.

62. Застрахованият /застраховачият/ има право да предплати премиите за определен период от действието на застрахователния договор или да внесе еднократно всички дължими премии.

63. Застрахованият /застраховачият/ е длъжен да се грижи за редовното плащане на премиите.

64. Когато плащането на премиите се извършва чрез търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на сметката на Застрахователя.

65. При промяна на адреса за кореспонденция Застраховачият трябва да уведоми Застрахователя за новия си адрес в едномесечен срок.

VI. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ

66. Застраховачият е длъжен да уведоми незабавно Застрахователя за всички новонастъпили обстоятелства, имащи съществено значение за оценка на риска, съгласно чл. 365 от Кодекса за застраховането.

67. При настъпване на застрахователно събитие застрахованото лице е длъжно:

67.1. да уведоми Застрахователя за настъпване на застрахователното събитие и представи пълна медицинска и финансова документация, изисквана от Застрахователя и необходими за установяване на събитието и определяне размера на дължимите обезщетения, в срок не по-късно от 15 дни от датата на събитието.

67.2. Да предостави на Застрахователя всички сведения за събитието, които са му известни;

68. Съгласно разпоредбите на чл. 106, ал. 4 от Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска от застрахования представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на обстоятелствата и размера на предявената към него претенция.

69. Застрахователят е длъжен да предостави на Застрахования:

69.1. Списък с изпълнители на медицински услуги, с които има сключени договори за медицинско обслужване

69.2. Идентификационна карта;

69.3. Компетентна и вярна информация за своите условия, тарифи и клаузи за застраховане, както и методики за ликвидация на щети;

VII. ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ/ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

70. По смисъла на тези Общи условия Застрахователят извършва дейността по застраховане чрез една от двете или в съчетание на посочените по – долу форми:

70.1. Възстановяване на разходи - Застрахователят изплаща обезщетения по настоящата застраховка в срок от 15 работни дни след получаването на всички необходими документи, доказващи претенцията по основание и размер.

70.1.1. При допълнително изискани документи срокът тече от датата на представянето на последния документ.

70.1.2. Застрахователната сума се превежда по банкова сметка на клиента. Освен ако не е уговорено друго, при плащане банковите такси и разноски са за сметка на застрахования.

70.2. Абонаментно обслужване – при тази форма при настъпване на определени предвидени в застрахователните договори покрити рискове, Застрахователят осигурява предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахованите лица чрез доверени изпълнители, с които има подписани договори.

71. При изплащане на застрахователната сума, Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу застрахования или правоимащите лица. В случай, че между страните по договора е уговорен процент за участие на застрахованото лице, при изплащане на застрахователната сума Застрахователят удържа уговорения, между страните по договора, процент за участие на застрахованото лице в размер на обезщетението.

72. Застрахователят изплаща определените в застрахователния договор суми и обезщетения на застрахования до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор, за всяко ниво на покритие на съответното застраховано лице, за застрахователни събития, настъпили през застрахователния срок, за които са направени разумни и необходими разходи.

73. Общата сума на всички плащания към едно застраховано лице не може да надвишава застрахователната сума, освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго.

74. Всички плащания по застрахователни договори се извършват във валутата, в която са платени премиите. Разплащанията се извършват в лева по фиксинга на БНБ в деня на плащането.

75. Отговорността на Застрахователя за предоставяне на определени здравни услуги и стоки консумирани под формата на абонаментно обслужване се прекратява незабавно при прекратяването на застрахователния договор и/или заличаването на застрахованото лице от полицата.

76. За извършване на застрахователно плащане при възстановяване на разходи, т.е. в случаите когато разходите за лечение са заплатени от застрахования, той трябва да представи следните документи:

76.1. Искане по образец на Застрахователя;

76.2. Документ за самоличност;

76.3. Медицински документи – епикриза, болнични листове, амбулаторни листове, резултати от изследвания;

76.4. Рецепти за предписаните лекарства и помощни средства;

76.5. Епикриза за болнично лечение;

76.6. за стоматологична помощ – медицински документи от прегледи, снимки, резултати от изследвания.

76.7. Фактури за извършените разходи, заедно с фискалните бонове към тях (квитанции или друг документ, удостоверяващ плащането по безкасов път);

76.8. Други документи, доказващи вида и размера на направените разходи за лечение изрично посочени във Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на Застрахователят, публикувани на интернет страницата на Застрахователят;

77. Всички формуляри на искове трябва да съдържат точно изброени и приложени фактури и квитанции, притежаващи следните реквизити:

77.1. Име на пациента;

77.2. Отпечатан номер на фактурата;

77.3. име и практика на практикуващия медицински специалист или лечебно заведение;

77.4. Описание на предоставените услуги или продукти.

78. Набавянето на всички изискуеми документи, необходими за определянето на основанието и размера на застрахователното плащане, е за сметка на застрахованото лице.

79. Застрахователят има право да изисква и други документи и да извършва проверки във връзка с установяване настъпването на застрахователното събитие и определяне размера на обезщетението.

80. Застрахователната сума се изплаща на застрахования, или на болничното заведение оказало му медицинската помощ, в зависимост от договореното в застрахователната полица и тарифата, по която е сключена застраховката.

81. При смърт на застрахования застраховката се прекратява и ако има основание за изплащане на застрахователната сума, тя се изплаща на ползващите лица или законните наследници на застрахования, след представяне на доказателствени документи.

82. Застрахователят изплаща застрахователната сума до лимита на поетата отговорност.

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

84. Когато в предмета на застрахователния договор е включен покрит риск „Профилактични мероприятия“, застрахованият изготвя предварителна заявка за провеждане на профилактични прегледи като посочва желанието от него период за извършването им, който обхваща не повече от 90 (деветдесет) дни и започва не по – рано от 30 (тридесет) календарни дни от датата на получаване на предварителната заявка при Застрахователя.

84.1. Предварителната заявка се подава до Застрахователя в срок не по – късно от 120 (сто и двадесет) дни преди края на покритието по застрахователния договор, като същата може да бъде изпратена с писмо, по електронна поща или на факс.

84.2. Застрахователят предоставя на застрахования информация за минималния брой лица, които трябва да бъдат записани за профилактични прегледи в един и същи ден, в зависимост от осигурителното покритие, не по – късно от 30 (тридесет) дни преди настъпване на заявления по т.84 период.

84.3. Застрахованият представя окончателен график с желаните дати за провеждане на профилактични прегледи на застрахованите лица в срок не по – късно от 30 (тридесет) дни преди първата желана дата за профилактика, като графикът трябва да съдържа конкретни дати, както и пояснение за брой и териториално местоположение на лицата в случаите, когато застрахованите лица по договора пребивават в повече от едно населено място.

84.4. Застрахованият изпраща на Застрахователя поименни списъци с лицата, подлежащи на профилактични прегледи, както и датите, на които ще преминат в срок не по – късно от 7 (седем) дни преди началото на профилактичните прегледи според окончателния график по 84.3.

84.5. Застрахователят организира допълнителни (резервни) дати за профилактични прегледи за лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати, като броят на допълнителните (резервни) дати се определя от Застрахователя и зависи от броя на застрахованите лица и застрахователното покритие.

84.6. Застрахованият се задължава да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактични прегледи, съобразно окончателния график, представен на Застрахователя.

84.7. В случай, че застрахованите лица не се явят за профилактични прегледи на определените по график основни и резервни дати, задължението на застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

VIII. ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

85. Споровете между Застрахователя и застрахованите или ползващите лица се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие – по съдебен път.

86. Правата по застрахователния договор се погасяват с тригодишна давност от датата на настъпване на събитието.

87. Застрахователят има право да разреши по изключение изплащане на суми и след изтичане на давностния срок.

88. Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени суми, както и при несвоевременно искане за плащане по застрахователния договор.

IX. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

89. При настъпване на застрахователно събитие, застрахованото лице трябва да положи всякакви усилия, за да ограничи последиците от него.

90. Застрахователят има право, чрез свои медицински представители, да прегледа всяко застраховано лице, когато и толкова често, колкото може разумно да поиска това в рамките на срока за произнасянето по подадено от застрахованото лице заявление за застрахователно плащане.

91. Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към застрахования, се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на Застрахователя. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на застрахования.

92. Съобщенията към Застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса за кореспонденция на Застрахователя.

92.1. За датата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението.

92.2. Това правило не се прилага, когато застрахованият не е уведомил Застрахователя за текущия си адрес, като в този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на съобщението.

93. В случай на загубване или унищожаване на полицата или идентификационната карта, застрахованият трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахованият получава копие срещу декларация за невалидност на изгубения /унищожения екземпляр и срещу платена такса в размер на 10 (десет) лева.

94. Личните данни, получени във връзка със застрахователния договор, се използват от Застрахователя за подготвяне и обслужване на този договор, като Застрахователят няма право без съгласие на съответното лице да разгласява станалите му известни лични данни, освен в случаите, предвидени със закон.

95. Застрахованият се съгласява Застрахователят да получава информация от медицински и други органи и лица във връзка със здравословното му състояние.

96. На основание чл.19, ал.1 от Закона за защита на личните данни, Застрахователят уведомява застрахования и застрахования, че:

96.1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни.

96.2. Предоставените от тях лични данни се използват от Застрахователя за целите на: сключването и изпълнението на договори; реализация на законните права и интереси на Застрахователя във връзка със сключените договори.

96.3. Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер, а отказът от предоставянето им е основание за Застрахователя да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси.

96.4. Всяко лице, предоставило личните си данни има право на достъп до тях, както и право да иска коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.

97. В случай, че покритията по застрахователния договор, сключен по тази застраховка, са покрити от друг застрахователен договор/и, сключен/и с по – ранна дата, застрахователният договор покрива само превъзникването над покритието, което е осигурено от другия/те застрахователен/ни договор/и.

98. Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане са в тежест на ползващите се лица, застрахования или техните наследници.

99. Рекламни материали или информационни брошури не са част от застрахователния договор.

100. Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователните договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

X. ДЕФИНИЦИИ

101. **Застраховател** е „Застрахователно акционерно дружество ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, със седалище и адрес на управление: гр. София 1172, район „Изгрев“, бул. „Г. М. Димитров“ №1.

102. **Застраховач (Договорител)** е лицето, което е страна по застрахователния договор. Застраховачият може при условията на застрахователния договор да бъде и застрахован. Застраховачият сключва застраховка с предмет здравето на трето лице, наричано по-нататък „Застраховано трето лице“.

103. **Застрахован** е физическо лице, върху чието здраве и/или телесна цялост се сключва застраховката и на което се възстановяват направените от него медицински разходи и/или се осигурява предоставянето на здравни стоки и услуги, в съответствие с настоящите общи условия и застрахователния договор. Договорът за застраховка „Заболяване“ се сключва срещу събития, свързани със здравето на застрахованото физическо лице. Договорителът и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

104. **Ползващо се лице** е друго лице, посочено от Застрахования в застрахователния договор, като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума. Ползващото се лице може да бъде лице, различно от Застрахования.

105. **Страни по договора** са Застрахователят и застраховачият.

106. **Медицински разходи** – разходите, направени от Застрахования по необходимост и във връзка с покритите рискове по полицата за медицински услуги, в т.ч. прегледи, изследвания и манипулации в извънболнични и болнични условия, разходи за лекарства; не се покриват разходи, които съгласно действащото в страната законодателство, се поемат от публичните фондове за задължително здравно осигуряване.

107. **Професионална болест** е заболяване, което е настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в списъка на професионалните болести.

108. **Здравно заведение** е лечебно заведение, лицензирано в съответствие с действащото законодателство, в което се извършва диагностика, изследване, стационарно обслужване и лечение на пациенти;

109. **Заболяване** е съвкупност от клинични оплаквания и прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение, регистрирани в официален медицински документ; Не е заболяване злополуката. Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за застрахования произход, настъпило през срока на застраховката, и против неговата воля, което причинява на застрахования смърт, телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счуване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне), довело до трайна или временна загуба на работоспособност на Застрахования.

110. **Лечение** е процесът на лекарствено и/или оперативно въздействие, проведено от правоспособно медицинско лице насочено към подобряване на здравословното състояние на застрахования и оздравяване;

111. **Стационарно лечение** („хоспитализация“) - престоя на застрахования в здравно заведение минимум 24.00 часа, с лекарско направление, за

извършване на неотложни изследвания, наблюдение, лечение на последствия от заболяване;

112. **Медикаменти** са регистрирани в Изпълнителна агенция по лекарствата към Министерство на здравеопазването лекарствени средства, чието действие е насочено към лечение на заболяване при хора. Не се считат за медикаменти продукти, които нямат директно лечебно действие; средствата за рехабилитация и профилактика; продукти с профилактичен характер, витамини, протеини, противозачатъчни средства, ваксини, специализирани храни, мощни средства за рехабилитация.

113. **Помощни средства** са пособия, предназначени от производителя да компенсират загубена или увредена функция на човешки орган, с цел увеличаване възможностите за самообслужване, за извършване на трудова и друга дейност на хората с увреждания.

114. **Стоматологично лечение** - система от диагностични и лечебни дейности, осигурявани от лекари специалисти – стоматолози;

115. **Медицинска помощ** представлява система от диагностични, лечебни и рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти.

116. **Болница** - здравно заведение, лицензирано в съответствие с действащо здравно законодателство за извършване на стационарно обслужване - изследвания, диагностициране и лечение на пациенти. Не са болници специализирани здравни заведения за лечение на хронични и психично болни, алкохолици, наркомани, както и балнеосанаториални, профилактични и почивни здравни заведения, домове за социални грижи.

117. **Застрахователно събитие** - събитие, настъпило по време на застрахователния срок, рискът от което е покрит, и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователна сума или поема друго задължение, посочено в застрахователния договор.

118. **Покрит риск** е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при сключването на която Застрахователят трябва да изплати застрахователна сума или процент от нея.

119. **Застрахователна сума** е сумата, която с договора страните определят да бъде платена от Застрахователя на застрахованото лице, в изпълнение на договора. Застрахователната сума по настоящата застраховка представлява максималният размер на отговорност на Застрахователя по сключения застрахователен договор за обезпечаване на предоставените здравни услуги и стоки и/или възстановяване на направените в срока на договора медицински разходи за здравното обслужване на застрахованото лице.

120. **Спортно занимание** е всяко физическо действие в съчетание със скокове, бягане, завъртане, плуване, плаване, летене и управляване на всякакви моторни и безмоторни средства както и физически действия с цел практикуване на екстремни спортове и занимания, включително, но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, пещерно спускане, пещерно гмуркане, планинско катерене, скокове във вода, лов/срелба, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски, игра на футбол, безмоторно летене, дельтапланеризъм, парашутизъм, ветроходство и подводни спортове, зимни спортове, участие в тренировки или изпитания с автомобили, мотоциклети, скутери и самолети, каскадьорство, сапърство, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, всеки спорт, включващ животни и всякакви други опасни занимания или активност, освен пешеходни такива.

121. **Допълнително споразумение (добавък)** – е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

XI ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или изменени на основата на писмена договореност между страните, отразена в полицата или приложена към нея.

§2. За неуредените в настоящите Общи условия въпроси се прилага българското законодателство.

§3. Неразделна част от тези общи условия е Списък на стоматологичните дейности - Приложение №1.

Настоящите Общи условия са приети на заседание на Съвета на директорите на „Застрахователно еднолично акционерно дружество ДаллБогг: Живот и Здраве“ ЕАД, проведено на 13.02.2013 г., изменени и допълнени на заседание на Съвета на директорите на 18.07.2013 г., изменени и допълнени на заседание Съвета на директорите на 29.08.2013г., изменени и допълнени на заседание на Съвета на директорите на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, проведено на 12.05.2016 г., изменени и допълнени на заседание на Съвета на



Общи условия
по застраховка „Заболяване“
по Раздел II, Приложение № 1
от Кодекса за застраховането

„Застрахователно акционерно дружество ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД

директорите на „Застрахователно акционерно дружество ДаллБогг:
Живот и Здраве“ АД от 31.08.2020 г., в сила от 01.09.2020 г.

ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ:

ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:

.....
.....
.....
(три имена) (три имена)
.....
(подпис) (подпис)

Дата:

СПИСЪК НА СТОМАТОЛОГИЧНИТЕ ДЕЙНОСТИ

№	Стоматологична дейност	Група
1.	Профилактичен преглед и снемане на зъбен статус.	1
2.	Запълване дълбоки фисури	1
3.	Обработка на свръхчувствителна зъбна повърхност	1
4.	Почистване на зъбен камък.	1
5.	Терапевтичен закрит кюретаж на пародонтален джоб	2
6.	Анестезия при лечение на зъб	2
7.	Препариране на кавитет, подложка и обтурация на зъб (амалгама, химически композит или фотополимер).	2
8.	Лечебни мероприятия за запазване виталитета на зъбната пулпа – директно покритие	2
9.	Ампутация и обработка на витална пулпа	2
10.	Лечение на пулпит и/или периодонтит на постоянен зъб (кореново лечение на зъб).	2
11.	Локална обработка на устната лигавица	2
12.	Изграждане на фрактуриран зъб без засягане на пулпата	2
13.	Изграждане на пълче от композит	2
14.	Анестезия при екстракция на зъб	3
15.	Екстракция на зъб	3
16.	Малки хирургични интервенции – инцизия и дренаж на интраорални абсцеси и флегмони.	3
17.	Апикални остеотомии.	3
18.	Корекция на алвеоларен гребен при екзостози	3
19.	Контролен преглед след хирургическа интервенция.	3
20.	Ревизия на екстракционна рана с местна анестезия	3
21.	Циркумцизия на полуретиниран зъб	
22.	Репозиция и фиксация на луксиран зъб	3
23.	Коронка-бленд с пластмаса или металокерамична	4
24.	Мостова протезна конструкция-бленд с пластмаса или металокерамика	4
25.	Горна цяла протеза с пластмасова основа	4
26.	Долна цяла протеза с пластмасова основа	4
27.	Моделно лята протеза с метален скелет без специални опорно-задръжни средства	4
28.	Моделно лята протеза с метален скелет със специални опорно-задръжни средства	4
29.	Електроодонтодиагностика	5
30.	Тестуване за локална реактивност	5
31.	Секторна или панорамна рентгенова снимка, назначена от специалист	5