

GENERAL TERMS AND CONDITIONS

for Medical Insurance conclusion for foreigners residing in the Republic of Bulgaria or passing transit through the territory of the country

GENERAL PROVISIONS

Article 1. Insurance Company "UNIQA Life" AD, briefly referred to as the insurer under these General Terms and Conditions, hereinafter referred to as the Conditions, insures foreigners with medical insurance. These foreigners are hereinafter referred to as the insured and the insurance is for the period of their stay in the country, in case of an accident and/or acute illness for the risks and under the conditions specified below. The Insurance is also based on:

1. Ordinance on the general conditions, minimum sum insured, minimum insurance premium and the procedure for conclusion of compulsory medical insurance for foreigners on short-term or long-term stay in the Republic of Bulgaria or transiting through the country hereinafter referred to as the Ordinance;
2. The Insurance Code and other norms of Bulgarian legislation in relation to situations not regulated in these Conditions;
3. Special conditions agreed in the policy and its annexes (if any);
4. The written declarations of intention of the applicant for insurance, as well as all other documents related to the insurance contract (if any).

(2). The insurance contract under these General Terms and Conditions is valid for the territory of the Republic of Bulgaria unless otherwise agreed.

DEFINITIONS

Article 2. Definitions used in these Conditions and Insurance Contracts shall have the following meaning:

1. Insurer:

2. Insurance Company "UNIQA Life" AD, Sofia 1000, 18, Todor Aleksandrov Blvd., UIC 831626729, authorized by the National Insurance Council with a permit to perform insurance activities No. 27/10.08.1998, with a license for "Life" insurance related to an investment fund No. 915/18.07.2007 and additional license No. 1034-Ж3/24.10.2012, which issues the insurance policy and assumes the risk of paying the insurance amount or part of it upon the occurrence of an insured event.

2. Insurer: A natural or legal person, as well as any other organization that, on behalf of and in the interest of the insured and/or on its own behalf, concludes a medical insurance contract with the insurer and undertakes to pay the insurance premium.

3. Foreigner: Individuals who are not Bulgarian citizens or are stateless.

4. Insured: An individual (foreigner) who resides in the Republic of Bulgaria for a short or long term or transits through it, for

whom the risk is borne by the medical insurance contract and who exercises the rights provided for in the medical insurance contract.

5. Insurance contract: A contract under which, against a paid insurance premium, the insurer undertakes to pay insurance compensation if an insured event occurs. It consists of these General Terms and Conditions, an insurance policy, a list of insured persons, special conditions and supplements, if any have been issued.

6. Insurance policy: Part of the contract that contains the names of the parties to the insurance contract, addresses, insurance coverage, limits and conditions, insurance premium, insurance terms, as well as the signatures of the parties to the contract.

7. Supplement: An extraordinary part of the contract, which contains changes or additions to it, as well as the signatures of the parties to the contract.

8. Insurance period: A period of twelve 12 (twelve) months, counted from the date specified in the insurance policy as the commencement of the insurance contract. If the insurance period is less than 12 (twelve) months, the period coincides with the term of insurance specified in the insurance policy.

9. Insurance amount/Limit of liability: The amount of money specified in the insurance contract, representing the upper limit of the insurer's liability upon the occurrence of an insured event, according to the conditions of the contract.

10. Insurance premium: The amount of money specified in the insurance policy that the insurer require to be paid to him against the obligations under the contract assumed by him. The insurance premium or the method of its determination is specified in the insurance policy.

11. Accident: An event occurring during the insurance period, independent of the will of the insured person, which suddenly exerts a mechanical or chemical impact on his body from the outside and leads to bodily injury.

12. Disease: A set of clinical complaints and/or manifestations of structural and functional disabilities of the body, diagnosed in a licensed medical facility for the first time during the insurance period, registered in an official medical document. The date of initial diagnosis is considered the date of onset of the disease.

13. Acute illness: A newly occurring illness/condition during the term of the insurance, which occurs suddenly and unexpectedly with an acute onset and progressive course, requiring emergency or urgent medical treatment and examinations, due to its painful nature and/or directly threatening the patient's life.

14. Chronic illness: It refers to an injury, disease, or condition that is characterized by one or more of the following features:

- 14.1. there is no known generally accepted cure for it;
- 14.2. it lasts indefinitely and may be characterized by remissions;
- 14.3. it requires palliative treatment;
- 14.4. it requires continued monitoring, consultations, examinations and research;
- 14.5. the person must be rehabilitated or specially trained to cope with the illness.

15. Pre-existing diseases or conditions: A disease or physical disability for which the insured has received medical diagnosis or treatment, has sought medical advice or the insured was aware of its existence before the commencement of the insurance.

16. Urgent medical care: Medical activity for providing urgent medical care following an acute illness or accident to persons whose lives are not directly threatened, but who need medical care in a short period of time in order to prevent further development and complication of the disease.

17. State of emergency: An emergency is an acute or suddenly occurring change in a person's health that requires immediate emergency medical care aimed at preventing death, severe or irreversible morphological or functional damage to vital organs and systems. Emergency medical care includes all medical activities aimed at restoring acute life-threatening disorders and maintaining the vital functions of the body, provided within 12 hours from the moment of admission of the insured person to the emergency department of the health facility, in order to avoid the expected development of the condition.

18. Medical treatment: Treatment or medical therapy is any medical or surgical procedure that meets the generally accepted standards of medical science and is suitable for alleviating the symptoms of disease, improving health or preventing health deterioration, or treating illness and bodily injury from an accident with the aim of restoring health.

19. Reasonable and ordinary expenses: Reasonable and ordinary expenses are considered to be the expenses for medical therapy that are not higher than the average level of expenses in similar institutions in the Republic of Bulgaria for the same or similar medical therapy – for example examinations, tests, treatment, services or assistance provided to persons of the same sex or similar age for a similar illness or injury.

20. Claim: Any claim made to the insurer for payment of insurance compensation in case of an insured event occurring.

21. Network of medical institutions: hospitals, health and medical centres, laboratories, private practices and other providers of health services and goods that have concluded a service contract with the insurer, which is in force and in which the insured person uses the services provided under the policy and in the manner established by these terms and conditions.

22. MedUNIQA SOS centre: The insurance company's telephone service centre, through which insured persons contact representatives of the insurer, who assist them in exercising their insurance rights in the manner established by these terms and conditions.

23. Transportation costs are costs for accommodation or moving the insured person to a medical facility.

SUBJECT MATTER OF THE INSURANCE AND TERRITORIAL SCOPE

Article 3. (1) Subject of insurance under this insurance are the reasonable and ordinary medical expenses incurred for treatment and hospital stays of foreigners who reside short-term or long-term in the Republic of Bulgaria or pass through it in transit, for the time of their stay in the country within the scope and limits provided for in the Ordinance.

(2) Expenses incurred for treatment and hospital stay of foreigners under paragraph 1 shall be considered to include the costs of medical care in emergency situations, the costs

incurred for urgent outpatient and inpatient medical care and the costs of emergency dental care, as defined in the section "Insurance Coverage" of these terms and conditions and in the insurance policy.

(3) By concluding the insurance contract, the insured undertakes to pay a premium to the insurer within the agreed terms, and in case of an event occurring with an insured person covered by the insurance, the insurer undertakes to reimburse the medical expenses for medical treatment.

(4) The insurer fulfills its obligations in the following forms:

1. subscription service – provision to the insured person of health services from medical service providers included in the network of medical institutions of UNIQA Bulgaria on the territory of the Republic of Bulgaria, with whom the insurer has concluded a contract. Financial relations regarding the healthcare services and goods provided are settled directly between the insurer and the healthcare service provider;

2. reimbursement of expenses – upon the occurrence of an insurance event for healthcare services provided to insured persons by health service providers freely chosen by them, with whom the insurer does not have a contract for medical and dental services, and then the insurer reimburses the expenses.

(6) The total amount of all compensation that the insurer will pay to one insured under the policy, regardless of the number of claims and the number of events covered under these Terms and Conditions, cannot be higher than the amount of the insurance specified in the insurance policy.

(7) The insurance is valid for insured events occurring on the territory of the Republic of Bulgaria and the insured person is obliged to use medically justified treatments from medical service providers registered on the territory of the Republic of Bulgaria, unless otherwise agreed in the insurance policy or in the special conditions.

(8) Medical insurance policies are personal and the rights under them cannot be transferred.

INSURANCE CONTRACT

Form of the insurance contract

Article 4. (1) The insurance contract is concluded in writing and is certified by an insurance policy issued by the insurer.

(2) The insurance contract and all other documents attached to it are valid only if they are concluded in writing.

(3) The insurance contract is considered concluded when the insurance policy is signed by the insured and the insurer and the single insurance premium is paid.

Types of insurance contracts

Article 5. (1) Types of insurance contracts:

1. Individual insurance contract – under which one individual is insured;

2. Group insurance contract – under which 2 (two) or more persons are insured, who are related by social or other grounds, previously formed for non-insurance purposes, and mandatory a list of insured persons is attached, it contains the names, dates of birth and addresses of each insured.

TERM AND VALIDITY OF THE CONTRACT

Article 6. (1) The insurance is concluded for a certain period, the minimum period is 1 /one/ day and the maximum period is 1 /one/ year.

(2) The insurance contract of foreigners who reside in the Republic of Bulgaria for a short period or transit through the country cannot be concluded for a period longer than 90 days.

(3) The insurance contract of foreigners who reside in the Republic of Bulgaria for a long time cannot be concluded for a period longer than one year.

(4) The insurance coverage and the liability of the insurer shall enter into force at 00:00 on the date specified for the commencement of the insurance, provided that an insurable

interest is available and the insurance premium has been paid, and shall terminate at 24:00 on the date specified for the end of the insurance.

(5) The contract terminates upon expiration of the insurance period.

(6) The contract may be terminated before the expiration of the insurance period in the following cases:

1. upon death of the insured person regarding this person;
2. at the initiative of either of the contracting parties with one month's written notice without penalties or other costs;
3. by mutual consent of the parties, expressed in writing.

(7) The insurer has the right to terminate the insurance:

1. if the insurance was concluded without the knowledge of the insured;
2. in the event of attempted fraud or committed fraud by the insured or the insurer.

(8) The insurer's liability shall terminate upon the expiration of 24 hours on the date indicated in the policy as the end of the insurance, and in the event of termination under para. 7 and para. 8, upon the expiration of 24 hours on the date on which the contract is terminated early.

(9) The insurer will not pay compensation for expenses incurred as a result of medical treatment or therapy carried out after termination of the policy in accordance with paragraph (9) of this article, regardless of whether the treatment began during the term of the insurance contract.

CONCLUSION OF A CONTRACT

Article 7. (1) The insurance contract is concluded on the basis of a written or oral insurance offer made by the insurer without filling out a health questionnaire.

(2) If the insurer and the insured are two different persons, the policy is also signed by the insured persons.

INSURANCE PREMIUM

Article 8. (1) The insurance premium is determined based on the insurer's tariff in effect on the date of the policy conclusion, taking into account the age of the insured persons, the insurance coverage, the term of the insurance and the number of insured persons.

(2) The amount of the insurance premium is specified in the policy and is paid once upon conclusion and can be paid in cash or by bank transfer. The date of payment is considered the date of crediting the insurer's account or the date of payment of the premium in case of cash payment.

(3) If the due insurance premium is not paid by the date specified for the commencement of the insurance policy, the contract does not give rise to legal action and the insurer is not responsible for events that occur.

(4) In the event of early termination of the insurance or exclusion of insured persons from the insurance contract, before the expiration of the insurance term provided for in the contract, the insurer is entitled to the relevant premium only for the part of the insurance period during which it had insurance coverage.

INSURANCE COVERAGE

Article 9. (1) Mandatory basic coverage, which includes:

1. necessary medical expenses actually incurred by the insured and/or the medical institution in the event of a sudden, unexpected, unforeseeable illness, acute illness or accident occurring during the validity of the insurance contract on the territory of the Republic of Bulgaria.

Medical treatment expenses include and are limited to all reasonable expenses incurred by doctors and medical institutions for emergency and/or urgent medical treatment, supplies and medical services that are medically necessary to treat the insured's condition and do not exceed the usual

amount of expenses for similar medical treatment, supplies and medical services in similar health institutions in the Republic of Bulgaria.

2. medical transportation costs for accommodation or transfer of the insured person to a medical institution, including the costs of an accompanying medical team, if necessary. The need for medical transportation is determined by a written statement from the medical institution and/or the doctor conducting the treatment.

3. expenses for emergency dental treatment of sudden, urgent conditions, with only the following dental services being covered:

- 3.1. incision of abscesses and phlegmons in the oral cavity;
- 3.2. extraction of a suddenly broken or deeply decayed tooth, including anaesthesia;
- 3.3. control examination after the services under items 3.1 and 3.2;
- 3.4. emergency conditions after dental procedures. (3) The insurer does not pay for health services provided to the insured on the occasion of participation in medical scientific research or clinical trials of medicinal products.

(4) The insurer does not cover healthcare services the need for which arose as a result of past illnesses.

(5) The insured person can freely choose a medical institution, doctors and dentists who have a permit to practice independently the medical profession on the territory of the Republic of Bulgaria.

(6). Upon an additional premium, it is possible to include additional insurance coverage under Special Insurance Conditions to the insurance concluded under these General Terms and Conditions. If the insurance policy does not explicitly reflect the assumption of additional coverage, insurance protection under basic insurance coverage within the scope specified in Art. 9, para. 1 in the section "Insurance Coverage" of these General Terms and Conditions shall apply.

INSURED EVENT

Article 10. (1) An insured event is a future unpredictable event in which the insured person, as a result of deterioration in health (illness or accident), is subjected to medically justified emergency and/or urgent treatment, which is the subject of the insurance contract and the costs for which should be paid to a medical service provider and/or the insured person.

(2) The deterioration of health, as specified in para. (1) of this article, must be established by a qualified physician and must be a consequence of an acute illness or accident initially diagnosed during the insurance period.

(3) The insured event begins with the diagnosis of the acute condition of the illness or injury and ends at the moment when, from a medical point of view, the acute condition is controlled and the health condition of the insured is stabilized.

INSURANCE INDEMNIFICATION/COMPENSATION

Article 11. (1) Upon the occurrence of an insured event, the insurer pays compensation for the medical expenses incurred in connection with the treatment of an insured person, to the provider of medical services or to the insured person in aggregate, in the order of their occurrence and up to the amount of the insurance sum specified in the policy.

(2) All expenses related to treatment that exceed the insured amount or are incurred for medical services and treatment of medical conditions that are not covered under the terms of the insurance are at the expense of the insured himself.

RISKS EXCLUDED

Article 12. (1) The insurer has no responsibility and shall not be liable to pay insurance compensation in the following cases:

1. Health services, the need for which arose due to past illnesses;
2. treatment and hospital stay for existing chronic illnesses of

the insured.

3. transplantation of organs, tissues and cells;
4. planned neurosurgical, cardiac and eye surgeries;
5. fertility, in vitro;
6. haemodialysis and hemotransfusion;
7. treatment of (AIDS) Acquired Immune Deficiency Syndrome;
8. hospital care for people with cancer and people with mental disorders;
9. treatment of alcoholism, drug addiction and any other addictions;
10. mandatory immunizations;
11. plastic cosmetic surgeries and other cosmetic medical services;
12. applying unconventional methods to have a beneficial impact on individual health;

(2) The insurer will not be liable if the insured event occurs as a result of:

1. terrorist act or terrorist action;
 2. participation in military action or exercises or caused by radioactive or chemical materials in an insurrection, riot, strike, lockout or other actions of a similar nature, including emergency and disaster situations.
 3. fighting, suicide or attempted suicide, committing a crime of a general nature or any other activity prohibited by law;
 4. damage to health that occurred during the detention of the insured by authorities or in a place of deprivation of liberty;
 5. as a result of failure to comply with a prescribed regimen and/or treatment, simulating an illness by the insured, as well as intentional harm to his/her health;
 6. damage to health due to excessive or chronic use of alcohol, narcotics, intoxicants or medication addiction;
 7. preparation and participation in dangerous competitions;
 8. earthquake or atomic and nuclear explosions, radioactive products and pollution from them, radiation/ionizing radiation.
- (3) The insurer is not liable in the event of a claim for compensation with incorrect data provided.

EXERCISE OF RIGHTS UNDER THE INSURANCE CONTRACT

Article 13. (1) In the event of an insured event on the territory of the Republic of Bulgaria, in which the insured person wishes to use medical services in medical institutions from the UNIQA Bulgaria network, the insurer fulfills its obligations in the form of "Subscription Service". In this form the insured person receives the medical services, and the insurer pays the costs directly to the medical institution. In this case:

1. The insured is obliged, before accepting certain medical services, to contact the MedUNIQA SOS centre of the insurer, which will organize the time, date and type of examination or other medical services that will be provided to the insured person by a health service provider from the UNIQA network. The insured's conversations with the employees at the MedUNIQA SOS centre are recorded;
2. It is assumed that the insured person has entirely fulfilled his obligation to notify the MedUNIQA SOS centre of the insurer, if the insured has called the MedUNIQA SOS centre of the insurer before using the medical services. Then he/she has answered the questions of an employee of the centre regarding his/her actual health condition in order to apply the terms of the insurance contract;
3. If, for reasonable reasons the insured person is unable to fulfill the obligation as set forth above, an authorized employee of the medical service provider must do this;
4. The insurer fulfills its obligations in the form of "Subscription Service" only within an institution from the network of health institutions, which have been concluded contracts with UNIQA on the territory of the Republic of Bulgaria. A list of healthcare

institutions from the UNIQA network is published on the insurer's website. – www.uniqa.bg;

5. After providing medical services, the healthcare provider must issue to the insurer the medical and financial documents specified in the cooperation agreement with the insurer, against which the insurer will pay the insurance indemnity, according to the terms of the policy.

(2) If the treatment is carried out without the MedUNIQA SOS centre being notified in advance and without having confirmed the acceptance of the insured event, the insurer fulfills its obligations in the form of "Reimbursement of expenses". In this case:

1. For each insured event, a claim is submitted in writing, by filling out a Claim form according to the insurer's template, a document certifying the status of the foreigner in the Republic of Bulgaria, together with the person's bank account and documents establishing the occurrence of the insured event.

2. The insured person is obliged to submit the necessary documents to prove the occurrence of an insured event and to prove payment of their value:

- 2.1. claim for an insured event that has occurred;
- 2.2. protocol, accident report or other document certifying its occurrence;
- 2.3. medical documents from the medical institutions that provided the medical services and goods, such as: epicrisis reports, outpatient forms, protocols, results of prescribed tests, X-rays and others, certifying the treatment performed;
- 2.4. documents proving the type and amount of expenses incurred: invoices with original receipts for medical services provided and/or medications purchased, along with a prescription and outpatient form, invoices with receipts for medical transportation and/or repatriation. All invoices with a receipt are presented in original;
- 2.5. written notification for the bank account to which the compensation should be transferred.

3. The insurer reviews and takes into account only the initially submitted medical documents and the additional documents requested by the insurer. Additional documents identical to those initially submitted, but with different content, will not be considered by the insurer. In the latter case, the insurer has the right to notify the competent authorities regarding the preparation of a document with false content.

(3) In order to determine the facts and circumstances that are essential for clarifying the insured event or the amount of the claim, the insurer has the right to request additional evidence and documents from the insured, the medical institution that provided the service or any other legal or natural person. If the insured fails to fulfill any of the specified obligations, the insurer has the right to refuse payment of compensation.

(4) The insurer shall decide on the claims submitted within 15 working days from the submission of all evidence establishing the grounds and amount of the claim, and the insurer shall determine and pay the amount of compensation or refuse all or part of the payment with a reasoned decision.

(5) Payment of amounts is made by bank transfer. If the insured person is a minor or legally incapacitated, the payment of the insurance benefit is made to a bank account specified by his/her legal representatives.

COMPLAINTS AND GRIEVANCES

Article 14. The insured has the right to submit a written complaint to the insurer if he is dissatisfied with the volume and quality of the services provided. The policy for handling complaints of IC "UNIQA Life" AD is published on the company's website www.uniqa.bg.

TAXES AND FEES

Article 15. (1) The state fees and taxes due in connection with the insurance contract are determined in accordance with Bulgarian legislation at the time of their occurrence and are at

the expense of the insurer.

(2) The insurer has the right to receive an administrative fee for additional services provided, such as: entering new data and amendments to the contract, making changes to the insurance policy, issuing duplicates, and others. The amount of fees is determined by the insurer and is paid before the service is provided.

PERIOD OF LIMITATION AND SUBJECT TO JURISDICTION

Article 16. (1) All rights arising under this insurance shall expire upon the expiration of 5 (five) years from the date of the insured event.

(2) The insurer does not owe any interest for insurance premiums incorrectly calculated by the insured or incorrectly paid by him, as well as for amounts and compensations received untimely.

(3) Disputes arising under insurance contracts between the insurer, on the one hand, and the insured person under a concluded insurance policy, or the beneficiaries, on the other, shall be settled voluntarily. If disputes cannot be settled voluntarily, they shall be resolved by a competent Bulgarian court.

(4) For issues not settled in these terms and conditions, Bulgarian legislation shall apply.

CHANGES TO THESE TERMS AND CONDITIONS

Article 17. These terms and conditions may be supplemented or amended, but the changes shall be effective for the relevant insurance contract only if they are based on a written agreement between the parties, reflected in the insurance policy or in supplements thereto.

SANCTIONS LIMITATIONS AND EXCLUSIONS CLAUSE

Article 18. Notwithstanding the other clauses of the insurance / reinsurance/ contract, the same provides insurance coverage to the extent that this is not in conflict with economic, trade, financial sanctions or other similar restrictions, including embargoes, imposed by virtue of a resolution of the UN Security Council, the European Union or any national legislation applicable to the parties to the contract. The above restriction also applies in cases where economic, trade or financial sanctions or embargoes are imposed by the United States or other countries, to the extent that they do not contradict the legislation of the European Union or the national legislation of the Republic of Bulgaria.

The entry into force of these General Terms and Conditions terminates the validity of the General Terms and Conditions for a conclusion of Medical Insurance for foreigners residing in the Republic of Bulgaria or transiting through the territory of the country in force from 03.01.2017 amended 15.11.2021, 01.10.2022.

These General Terms and Conditions were adopted by decision of the Management Board of IC "UNIQA Life" AD dated 14.10.2024 and enter into force on 06.01.2025

Date: _____

Signature: _____

ОБЩИ УСЛОВИЯ

за сключване на Медицинска застраховка за чужденци, пребиваващи в Република България или преминаващи транзитно през територията на страната

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, наричана за краткост застраховател по тези Общи условия, наричани по-нататък Условията, застрахова с медицинска застраховка чужденци, по-нататък наричани застрахован/и, за времето на пребиваването им в страната, в случай на злополука и/или акутно заболяване за рисковете и при условията посочени по-долу. Застраховката се основава и на:

1. Наредбата за общите условия, минималната застрахователна сума, минималната застрахователна премия и реда за сключване на задължителна медицинска застраховка на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през страната наричана Наредбата;
 2. Кодекса за застраховане и други норми на българското законодателство във връзка с положения, които не са уредени в тези Условия;
 3. Специални условия, договорени в полицата и нейните приложения (ако има такива);
 4. Писмените волеизявления на кандидата за застраховане, както и всички останали документи, имащи отношение към застрахователния договор (ако има такива).
- (2). Застрахователният договор по тези Общи условия е валиден за територията на Република България освен ако не е договорено друго.

ДЕФИНИЦИИ

Член 2. Дефиниции, използвани в настоящите Условия и застрахователни договори ще имат следното значение:

1. Застраховател:

2. Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, гр. София 1000, бул. „Тодор Александров“ № 18, ЕИК 831626729, оторизирано от Националния съвет по застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност № 27/10.08.1998 г., с лиценз за застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд № 915/18.07.2007 г. и допълнителен лиценз № 1034-ЖЗ/24.10.2012 г., което издава застрахователната полица и поема риска при настъпване на застрахователно събитие да заплати застрахователната сума или част от нея.

2. **Застраховач:** Физическо или юридическо лице, както и всяка друга организация, която от името на и в интерес на застрахования и/или от свое име сключва договор за медицинска застраховка със застрахователя и поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия

3. **Чужденец:** физически лица, които не са български граждани или са без гражданство.

4. **Застрахован:** Физическо лице (чужденец), който

пребивава краткосрочно или продължително в Р. България или преминава транзитно през нея, за който се носи риск със застрахователния договор за медицинска застраховка и който осъществява правата, предвидени в договора за медицинска застраховка.

5. **Застрахователен договор:** Договор, по силата на който застрахователят се задължава, срещу платена застрахователна премия да изплати застрахователно обезщетение в случай на настъпване на застрахователно събитие. Състои се от тези Общи условия, застрахователна полица, списък на застрахованите лица, специални условия и добавъци, ако има издадени такива.

6. **Застрахователна полица:** Част от договора, която съдържа имената на страните по застрахователния договор, адреси, застрахователни покрития, лимити и условия, застрахователна премия, срокове по застраховката, както и подписите на страните по договора.

7. **Добавък:** Извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

8. **Застрахователен период:** Период от дванадесет 12 (дванадесет) месеца, отброяван от датата, посочена в застрахователната полица като начална застрахователния договор. Когато застрахователния период е по-малък от 12 (дванадесет) месеца периодът съвпада със срока на застраховката посочен в застрахователната полица.

9. **Застрахователна сума/Лимит на отговорност:** Посочената в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя, при настъпване на застрахователно събитие, съгласно условията на договора.

10. **Застрахователна премия:** Определената в застрахователната полица парична сума, която застрахователят изисква да му бъде платена в замяна на поетите от него задължения по договора. Застрахователната премия или начина на определянето ѝ се посочват в застрахователната полица.

11. **Злополука:** Събитие, настъпило в срока на застраховката, независимо от волята на застрахованото лице, което внезапно оказва механично или химично въздействие отвън върху неговото тяло и води до телесно увреждане.

12. **Заболяване:** Съвкупност от клинични оплаквания и/или прояви, на структурни и функционални увреждания на организма, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение, за първи път през срока на застраховката, регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

13. **Акутно заболяване:** Новопоявило се в срока на застраховката заболяване/състояние, което възниква

внезапно и непредвидено с остро начало и прогресивен ход, изискващо спешно или неотложно медицинско лечение и изследвания, поради болковия си характер и/или пряко застрашаващо живота на болния.

14. Хронично заболяване: Означава нараняване, болест или състояние, което се характеризира с една или повече от следните характеристики:

14.1. за него не е известно общопризнато средство за лечение;

14.2. продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;

14.3. изисква палиативно лечение;

14.4. изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;

14.5. лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено, за да се справя със заболяването.

15. Предварително съществуващи заболявания или състояния: Заболяване или физическо увреждане, за което застрахования е получил медицинско диагностициране или лечение, търсил е медицински съвет, или за наличието, на което застрахованият е знаел преди началото на застраховката.

16. Неотложната медицинска помощ: Медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ, вследствие на акутно заболяване или злополука на лица, чийто живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.

17. Спешно състояние: Спешно състояние е остро или внезапно възникнала промяна в здравето на човека, която изисква незабавна спешна медицинска помощ, насочена към предотвратяване на смърт, тежки или необратими морфологични или функционални увреждания на жизнено значими органи и системи. Спешната медицинска помощ включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане виталните функции на организма, оказвана в рамките на 12 часа от момента на приемане на застрахованото лице в спешното звено на здравното заведение, за да бъде избегнато очакваното развитие на състоянието.

18. Медицинско лечение: Лечение или медицинска терапия е всякаква медицинска или хирургическа процедура, която отговаря на общоприетите норми на медицинската наука и е подходяща за облекчаване на симптомите на заболяването, подобряване на здравето или предотвратяване влошаване на здравето, или лечение на заболяване и телесно увреждане от злополука с цел възстановяване на здравето.

19. Разумни и обичайни разходи: За разумни и обичайни разходи се считат разходите за медицинска терапия, които не са по-високи от средното ниво на разходи в подобни институции в Република България за същата или подобна медицинска терапия – прегледи, изследвания, лечение, услуги или помощ, оказвана на лица от един и същ пол или подобна възраст, за подобно заболяване или нараняване.

20. Претенция: Всеки иск отправен към застрахователя за изплащане на застрахователно обезщетение при настъпило застрахователно събитие.

21. Мрежа от лечебни заведения: болници, здравни и медицински центрове, лаборатории, частни практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които са сключили договор за предоставяне на услуги със застрахователя, който е в сила и в който застрахованото лице използва услугите, предвидени съгласно полицата и по начина, установен от настоящите условия.

22. MedUNIQA SOS център: Центърът за телефонно обслужване на застрахователното дружество, чрез който застрахованите лица се свързват с представители на застрахователя, които им помагат при реализиране на правата по застраховката по начина, установен от настоящите условия.

23. Транспортни разходи са разходи за настаняване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение.

ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА И ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

Член 3. (1) Предмет на застраховане по настоящата застраховка са разумните и обичайни медицински разходи, извършени за лечение и болничен престой на чужденците, които пребивават краткосрочно или продължително в Република България или преминават транзитно през нея, за времето на пребиваването им в страната в обхвата и лимитите предвидени в Наредбата.

(2) За разходи, направени за лечение и болничен престой на чужденците по ал. 1, се считат разходите за медицинска помощ при спешни състояния, разходите, направени за неотложна извънболнична и болнична медицинска помощ, и разходите за спешна дентална помощ, така както са дефинирани в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите условия и в застрахователната полица.

(3) Със сключването на застрахователния договор застрахованият се задължава да плаща премия на застрахователя в уговорените срокове, а в случай на настъпване на събитие със застраховано лице, с осигурено покритие от застраховката, застрахователят се задължава да възстанови медицинските разходи за медицинско лечение.

(4) Застрахователят изпълнява задълженията си в следните форми:

1. абонаментно обслужване – предоставяне на застрахованото лице ползването на здравни услуги от изпълнители на медицински услуги, включени в мрежата от лечебни заведения на УНИКА България на територията на Р. България, с които застрахователят е сключил договор. Финансовите отношения по повод на предоставените здравни услуги и стоки се уреждат директно между застрахователя и изпълнителя на здравни услуги;

2. възстановяване на разходи – при настъпване на застрахователно събитие застрахователят възстановява разходите за здравно обслужване на застрахованите лица от свободно избрани от тях изпълнители на здравни услуги, с които застрахователят няма сключен договор за медицинско и дентално обслужване.

(6) Общата сума на всички обезщетения, които застрахователят ще плати на един застрахован по полицата, независимо от броя на претенциите и броя на събитията, покрити по настоящите Условия, не може да бъде по-висока от размера на застрахователната сума, посочена в застрахователната полица.

(7) Застраховката е валидна за застрахователни събития настъпили на територията на Република България и застрахованото лице е задължено да използва медицински обосновани лечения от доставчици на медицински услуги, регистрирани на територията на Република България, **освен ако не е договорено друго в застрахователната полица** или в специалните условия

(8) Медицинските застраховки са поименни и правата по тях не могат да бъдат преотстъпвани.

ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Форма на застрахователния договор

Член 4. (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се удостоверява със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(2) Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са сключени в писмена форма.

(3) Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от застрахования и застрахователя и еднократната застрахователна премия е платена.

Видове застрахователни договори

Член 5. (1) Видове застрахователни договори:

1. Индивидуален застрахователен договор – съгласно който се застрахова едно физическо лице;
2. Групов застрахователен договор – съгласно който се застраховат 2 (две) и повече лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирани с незастрахователни цели, като задължително се прилага списък на застрахованите лица, съдържащ, имената, датите на раждане и адресите на всеки застрахован.

СРОК И ВАЛИДНОСТ НА ДОГОВОР

Член 6. (1) Застраховката се сключва за определен срок като минималният срок е 1/един/ ден, а максималният срок е 1/една/ година.

(2) Застрахователният договор на чужденци, които пребивават краткосрочно в Република България или преминават транзитно през страната, не може да бъде сключен за срок, по-дълъг от 90 дни.

(3) Застрахователният договор на чужденци, които пребивават продължително в Република България, не може да бъде сключен за срок по-дълъг от една година.

(4) Застрахователното покритие и отговорността на застрахователя влизат в сила от 00:00 часа на датата, посочена за начало на застраховката, при условие, че е наличен застрахователен интерес и е платена застрахователната премия и се прекратяват в 24:00 часа на датата, посочена за край на застраховката.

(5) Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

(6) Договорът може да бъде прекратен преди изтичане на застрахователния срок в следните случаи:

1. при смърт на застрахования по отношение на това лице;
2. по инициатива на всяка една от договорните страни, без неустойки или други разноски с едномесечно писмено предизвестие;
3. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

(7) Застрахователят има право да прекрати застраховката, когато:

1. застраховката е сключена без знанието на застрахования;
2. при опит за измама или извършена измама от застрахования или застраховащия.

(8) Отговорността на застрахователя се прекратява с изтичането на 24 часа на датата, отбелязана в полицата като край на застраховката, а с случай на прекратяване по ал. 7 и ал. 8 от 24 часа на датата, на която договорът е прекратен предсрочно.

(9) Застрахователят няма да изплати обезщетение за разходите, направени вследствие на медицинско лечение или терапия, извършени след прекратяване на полицата в съответствие с ал. (9) от настоящия член, независимо дали лечението е започнало по време на срока на действие на застрахователния договор.

СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР

Член 7. (1) Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено или устно предложение за застраховане направено от застраховащия без попълване на здравен въпросник.

(2) Когато застраховащия и застрахования са две различни лица полицата се подписва и от застрахованите лица.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Член 8. (1) Застрахователната премия се определя на база действащата към датата на сключване на полицата тарифа на застрахователя, като е съобразена с възрастта на застрахованите лица, застрахователното покритие, срока на застраховката и броя на застрахованите лица.

(2) Размерът на застрахователната премия се посочва в полицата и се заплаща еднократно при сключване и в брой или по банков път. За дата на плащане се счита датата

на заверяване на сметката на застрахователя или датата на внасяне на премията при плащане в брой.

(3) Ако дължимата застрахователна премия не бъде заплатена до датата, посочена за начало на застрахователната полица, договорът не поражда правни действия и застрахователят не носи отговорност за настъпили събития.

(4) При предсрочно прекратяване на застраховката или при изключване на застраховани лица от застрахователния договор, преди изтичане срока на застраховката, предвиден в договора, застрахователят има право на съответната премия само за частта от застрахователния период, през който е носил покритие.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Член 9. (1) Задължително основно покритие, което включва:

1. необходими медицински разходи, действително извършени от застрахования и/или лечебното заведение при внезапно, неочаквано, непредвидимо, неразположение, акутно заболяване или злополука възникнали по време на действието на застрахователния договор на територията на Република България.

Разходите за медицинско лечение включват и се ограничават до всички разумни разходи, направени от лекари и лечебни заведения, за спешно и/или неотложно медицинско лечение, консумативи и медицински услуги, които са необходими от медицинска гледна точка за третиране състоянието на застрахования и не превишават обичайния размер на разходите за подобно медицинско лечение, консумативи и медицински услуги в подобни здравни заведения в Република България.

2. разходи за медицинско транспортиране за настаняване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение, включително разходите за придружаващ медицински екип, ако са наложителни. Необходимостта от медицинско транспортиране се определя с писмено становище на медицинското заведение и/или лекаря, провеждащ лечението.

3. разходи за спешно дентално (стоматологично) лечение на спешно възникнали внезапни състояния, като се покриват само следните дентални услуги:

- 3.1. инцизия на абсцеси и флегмони в устната кухина;
- 3.2. изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия;
- 3.3. контролен преглед след услугите по т. 3.1 и 3.2;
- 3.4. неотложни състояния след използваните дентални процедури.

(3) Застрахователят не заплаща здравни услуги на застрахованите оказани по повод на участие в медицински научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти.

(4) Застрахователят не покрива здравни услуги, потребността от които е възникнала вследствие на минали заболявания.

(5) Застрахованият може свободно да избере лечебно заведение, лекари и дентолози, които имат разрешително за самостоятелно упражняване на лекарската професия на територията на Република България.

(6) Към застраховка сключена по тези Общи условия, е възможно срещу заплащане на допълнителна премия да се включат и допълнителни застрахователни покрития при Специални застрахователни условия. В случай, че в застрахователната полица не е отразено изрично поемането на допълнително покритие в сила е застрахователна защита по основно застрахователно покритие в обхвата на посочен в чл.9, ал.1 в раздел „Застрахователно покритие“ на настоящите Общи условия.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Член 10. (1) Застрахователно събитие представлява бъдещо непредсказуемо събитие, при което застрахованото лице, в резултат на влошаване на здравето (заболяване или

злополука), бива подложено на медицински обосновано спешно и/или неотложно лечение, което е предмет на застрахователния договор и разходите, за което следва да бъдат платени на изпълнител на медицинска услуга и/или на застрахованото лице.

(2) Влошаването на здравето, както е посочено в ал. (1) на настоящия член, трябва да бъде установено от правоспособен лекар и да е последствие на първично диагностицирано в срока на застраховката акутно заболяване или злополука.

(3) Застрахователното събитие започва с диагностициране на акутното състояние на заболяването или нараняването и приключва в момента, когато от медицинска гледна точка акутният момент е овладян и здравословното състояние на застрахования е стабилизирано.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ

Член 11. (1) При настъпването на застрахователно събитие, застрахователят изплаща обезщетение за извършените медицински разходи, възникнали във връзка с лечение на застраховано лице, на доставчика на медицински услуги или на застрахованото лице в агрегат, по реда на тяхното възникване и до размера на застрахователната сума посочена в полицата.

(2) Всички разходи, свързани с лечението, които надвишават застрахователната сума или са извършени за медицински услуги и лечение на медицински състояния, които не са покрити по условията на застраховката са за сметка на самия застрахован.

ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Член 12. (1) Застрахователят няма да носи отговорност и не дължи изплащане на застрахователно обезщетение в следните случаи:

1. Здравни услуги, потребността от които е възникнала вследствие на минали заболявания;
2. лечение и болничен престой при съществуващи хронични заболявания на застрахования;
3. трансплантация на органи, тъкани и клетки;
4. планови неврохирургични, кардиологични и очни операции;
5. фертилитет, ин витро;
6. хемодиализа и хемотрансфузия;
7. лечение на (СПИН) Синдром на придобита имунна недостатъчност;
8. болнична помощ на онкологично болни лица и на лица с психични разстройства;
9. лечение на алкохолизъм, наркомания и всякакви други зависимости;
10. задължителни имунизации;
11. пластични козметични операции и други козметични медицински услуги;
12. оказване на неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве;

(2) Застрахователят няма да носи отговорност, ако застрахователното събитие настъпи в резултата на:

1. терористичен акт или терористично действие;
2. участие във военни действия или учения или причинени от радиоактивни или химически материали при въстание, бунт, стачка, локаут или други действия от подобно естество, включително аварийни и бедствени ситуации.
3. сбиване, самоубийство или опит за самоубийство, извършване на престъпление от общ характер или друга дейност забранена със закон;
4. увреждане на здравето, настъпило по време на задържането на застрахования от органи на властта или в място за лишаване от свобода;
5. вследствие неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране на заболяване от застрахования, както и умишлено увреждане на своето здраве;

6. увреждане на здравето вследствие на прекалена или хронична употреба на алкохол, наркотични, упойващи вещества или медикаментозна зависимост;

7. подготовка и участие в опасни състезания;

8. земетресение или атомни и ядрени експлозии, радиоактивни продукти и замърсявания от тях, радиационни (йонизиращо) лъчение.

(3) Застрахователят не носи отговорност, в случай на претенция за изплащане на обезщетение с посочени неверни данни.

УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВАТА ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Член 13. (1) В случай на застрахователно събитие на територията на Р. България, при което застрахованото лице желае да ползва медицинските услуги в лечебни заведения от мрежата на УНИКА България застрахователят изпълнява задълженията си под формата на „Абонаментно обслужване“, при която застрахованото лице получава медицинските услуги, а застрахователят заплаща разходите директно на лечебното заведение. В този случай:

1. Застрахованият е длъжен, преди да приеме дадени медицински услуги, да се свърже с MedUNIQА SOS центъра на застрахователя, който ще организира времето, датата и вида на прегледа или други медицински услуги, които ще бъдат оказани на застрахованото лице от изпълнител на здравна услуга от мрежата на УНИКА. Разговорите на застрахования със служителите в MedUNIQА SOS центъра се записват;

2. Приема се, че застрахованото лице е изпълнило напълно задължението си да уведоми MedUNIQА SOS центъра на застрахователя, ако преди да се възползва от медицинските услуги, застрахованият е позвънил на MedUNIQА SOS центъра на застрахователя и е отговорил на въпросите на служител от центъра относно реалното му здравословно състояние с оглед прилагане условията на застрахователния договор;

3. Ако поради основателни причини застрахованото лице не може да изпълни задължението съгласно гореизложеното, това трябва да бъде извършено от упълномощен служител на доставчика на медицински услуги;

4. Застрахователят изпълнява задълженията си под формата на „Абонаментно обслужване“ само в рамките на заведение от мрежата на здравните институции, с които УНИКА има сключени договори на територията на Р. България. Списък със здравните заведения от мрежата на УНИКА е публикуван на интернет страницата на застрахователя – www.unika.bg;

5. След предоставяне на медицинските услуги, изпълнителят на здравни услуги трябва да издаде на застрахователя медицинските и финансови документите, посочени в договора за сътрудничество със застрахователя, срещу които застрахователят ще му изплати застрахователното обезщетение, съгласно условията на полицата.

(2) Ако лечението се извърши без MedUNIQА SOS центъра да бъде предварително уведомен и без да е потвърдил приемането на застрахователния случай, застрахователят изпълнява задълженията си под формата на „Възстановяване на разходи“. В този случай:

1. За всяко застрахователно събитие се предявява претенция в писмена форма, като се попълва формуляр Претенция по образец на застрахователя, документ удостоверяващ статута на чужденец в Република България, заедно с банкова сметка на лицето и документи, установяващи настъпването на застрахователното събитие;

2. Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие и за заплащане на стойността им:

2.1. претенция за настъпило застрахователно събитие;

2.2. протокол, акт за злополука или друг документ, удостоверяващ настъпването й;

2.3. медицински документи от лечебните заведения, предоставили медицинските услуги и стоки като: епикризи, амбулаторни листове, протоколи, резултати от назначени изследвания, рентгенови снимки и други, удостоверяващи извършеното лечение;

2.4. документи, доказващи вида и размера на извършените разходи: фактури с касов бон в оригинал за извършена медицинска услуга и/или закупени медикаменти, заедно с рецепта и амбулаторен лист, фактури с касов бон за извършено медицинско транспортиране и/или репатриране. Всички фактури с касов бон се представят в оригинал;

2.5. писмено уведомление за банковата сметка, по която трябва да бъде преведено обезщетението.

3. Застрахователят разглежда и съобразява само първоначално представените медицински документи и допълнително поисканите от застрахователя документи. Допълнително представени идентични документи на първоначално представените, но с различно съдържание, няма да бъдат разглеждани от застрахователя. В последната хипотеза, застрахователят има право да сезира компетентните органи, относно съставянето на документ с невярно съдържание.

(3) За да се определят фактите и обстоятелствата, които са съществени за изясняване на застрахователното събитие или размерът на претенцията, застрахователят има право да поиска допълнителни доказателства и документи от застрахования, лечебното заведение, предоставило услугата или всяко друго юридическо или физическо лице. Ако застрахованият не изпълни някое от посочените задължения, застрахователят има право да откаже изплащане на обезщетение.

(4) Застрахователят се произнася по предявените претенции в срок до 15 работни дни от представянето на всички доказателства, които установяват основанието и размера на претенцията, като застрахователят определя и изплаща размера на обезщетението или мотивирано отказва цялото или част от плащането.

(5) Изплащането на суми се извършва чрез банков превод. Ако застрахованото лице е непълнолетно или недееспособно, заплащането на застрахователното обезщетение се извършва по посочена от неговите законни представители банкова сметка.

ЖАЛБИ И ОПЛАКВАНИЯ

Член 14. Застрахованият има право при неудовлетворение от обема и качеството на предоставените му услуга да подаде писмена жалба до застрахователя. Политика за разглеждане на жалбите на ЗК „УНИКА Живот“ АД е публикувана на интернет страницата на компанията www.unika.bg.

ДАНЪЦИ И ТАКСИ

Член 15. (1) Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването

им и са за сметка на застрахования.

(2) Застрахователят има право за оказвани допълнителни услуги като: вписване на нови данни и изменения в договора, внасяне на промени в застрахователната полица, издаване на дубликати и други да получи административна такса за тази дейност. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди извършване на услугата.

ДАВНОСТ И ПОДСЪДНОСТ

Член 16. (1) Всички права произтичащи по тази застраховка, се погасяват с изтичане на 5 (пет) години от датата на застрахователното събитие.

(2) За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесена от него застрахователна премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения застрахователят не дължи каквато и да е лихва.

(3) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, от една страна и застрахованото лице, по сключена застраховка, или ползващите лица от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд.

(4) За неуредени в настоящите условия въпроси се прилага българското законодателство.

ПРОМЕНИ ПО НАСТОЯЩИТЕ УСЛОВИЯ

Член 17. Настоящите условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в добавъци към нея.

КЛАУЗА ОТНОСНО САНКЦИОННИ ОГРАНИЧЕНИЯ И ИЗКЛЮЧЕНИЯ

Член 18. Независимо от останалите клаузи на застрахователния /презастрахователния/ договор същия осигурява застрахователно покритие доколкото това не е в противоречие с икономически, търговски, финансови санкции или други подобни ограничения, включително ембарго, постановени по силата на резолюция на Съвета за сигурност на ООН, Европейския съюз или всяко национално законодателство, приложимо за страните по договора. Горепосоченото ограничение се прилага и в случаите, когато икономическите, търговските или финансовите санкции или ембарго са наложени от САЩ или други държави, доколкото не противоречат на законодателството на Европейския съюз или националното законодателство на Република България.

С влизането в сила на настоящите Общи условия се прекратява валидността на Общи условия за сключване на Медицинска застраховка за чужденци, пребиваващи в Република България или преминаващи транзитно през територията на страната в сила от изм. 03.01.2017 г. изм. 15.11.2021 г., 01.10.2022 г.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК „УНИКА Живот“ АД от 14.10.2024 г. и влизат в сила от 06.01.2025 г.

Дата: _____

Подпис: _____