

Раздел I. ПОНЯТИЯ

Чл. 1. По смисъла на тези специални условия:

- 1. Застрахователен договор (застрахователна полица)**, наричан за краткост "договора" ("поллицата"), се състои от тези Специални условия, застрахователната полица и добавъци (ако има такива). Субсидиарно приложение намира българското законодателство. В застрахователната полица се съдържат конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми и условия, както и подписите на страните по договора.
- 2. Страни по договора** са Застрахователят и Застрахованият.
- 3. Застраховател** е ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД, със седалище и адрес на управление: гр. София 1301, ул. „Света София“ № 6.
- 4. Застраховач** е лицето, което сключва договора за застраховка със Застрахователя и плаща определената в договора премия. В случай, че застраховката е върху живота на Застрахования, той е и Застрахован.
- 5. Застрахован** е физическото лице, върху чийто живот се сключва застраховката.
- 6. Срок на застраховката** е срокът, за който е сключен застрахователния договор.
- 7. Период на застрахователно покритие** е периодът, през който застрахователят покрива поетите рискове.
- 8. Застрахователно събитие** е събитие, настъпило със Застрахования през застрахователния срок, извън страната, чийто гражданин е, което съобразно покритите рискове по договора води до изплащане на застрахователна сума или процент от нея. В настоящият случай, застрахователно събитие може да бъде:
 - 8.1. настъпване на злополука,
 - 8.2. първично диагностициране на акутно заболяване.
- 9. 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 телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне).
- 10. Заболяване** е съвкупност от оплаквания или клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение, находящо се извън страната, чийто гражданин е Застрахования, за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ, които причиняват неработоспособност или смърт. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.
- 11. Акутно заболяване** е заболяване, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на Застрахования и изисква спешна и неотложна медицинска намеса.
- 12. Предварително съществуващо заболяване или състояние** е заболяване или медицинско състояние, за което Застрахования е получил лечение, търсил е медицински съвет или е узнал за съществуването му преди началото на застрахователния срок.
- 13. Медицински разходи** са разходи, извършени извън страната, чийто гражданин е Застрахования, включващи:
 - а) разходи за медицински преглед, изследвания, лечение и хирургическа намеса;
 - б) разходи за лекарства, медицински средства и употреба на медицински уреди;
 - в) разходи за стационарно лечение;
 - г) разходи, направени за превозване по спешност на Застрахования с линейка от мястото на злополуката или мястото където е настъпило заболяването до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна и неотложна медицинска помощ;
 - д) разходи за репатриране на Застрахован, който е на стационарно лечение в чужбина до болница в страната на местоживеенето му;
 - е) разходи за репатриране на тленните останки на Застрахования до местоживеенето му.
- 14. Непредвидени и неотложни медицински разходи** са медицински разходи, спешно наложили се в чужбина, в резултат на злополука или внезапно започнало акутно заболяване, чието неизвършване би довело до:
 - 14.1. постоянна опасност за здравето на Застрахования;
 - 14.2. сериозно влошаване на телесните функции;
 - 14.3. други сериозни последствия, касаещи здравето и живота на Застрахования.Не са непредвидени и неотложни медицински разходи, разходите за лечение на хронични заболявания, при които симптомите са близки до тези на акутните заболявания, но които са съществували преди началото на срока на застраховката.
- 15. Ефективно време за престой (ЕВП)** е периодът, указан в полицата, през който застрахователното покритие е в сила. Той може да бъде в рамките на 30, 60 или 90 дни. Този период се активира при всяко едно излизане на застрахованото лице в чужбина в рамките на 1 година, за която се сключва полицата като броя на излизанията е неограничен.

Раздел II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

- Чл. 2.** (1) Настоящите Специални условия се отнасят до застрахователни събития, настъпили по време на пътуване или престой на физически лица, извън територията на Република България, а в случаите, когато се застраховат чуждестранни лица, и извън територията на страната, чийто граждани са.
- (2) По застраховка „Пътуване в чужбина“ се застраховат лица от 1 до 80 години.
- Чл. 3.** (1) В случай на акутно заболяване или злополука, налагащи ползването

Section I. DEFINITIONS

Art. 1. Stated in these special conditions:

- 1. Insurance contract (Insurance policy)**, hereinafter referred to as the "Contract" (the "Policy") consists of these Special conditions, the Insurance policy and Addendums (if any). Bulgarian legislation grants subsidiary application. The insurance policy contains specific names, addresses, terms, dates, amounts and conditions as well as the signatures of the contractual parties.
- 2. Parties to the contract** are the Insurer and the Policyholder.
- 3. The Insurer** is ZEAD BULSTRAD LIFE VIENNA INSURANCE GROUP EAD, with registered office: 1301 Sofia, 6 "Sveta Sofia" Street.
- 4. Policyholder** is the person who signs the insurance contract with the Insurer and pays the premium specified in the contract. If the insurance is on the Policyholder's life, he is also Insured.
- 5. Insured** is the person whose life is covered by the policy.
- 6. Insurance period** is the period for which the insurance contract is concluded.
- 7. Period of insurance coverage** is the period during which the Insurer covers the risks defined in the Policy.
- 8. Insurance event** is an event that has occurred with the Insured during the insurance period outside the Country of Residence, which according to the risks covered by the contract leads to the payment of insurance amount or a percentage of it. In this case, the insurance event can be:
 - 8.1. accident;
 - 8.2. acute illness.
- 9. Accident** is an unforeseen, sudden and accidental event of external to the Insured origin occurring during the insurance period, and against his will, and which causes bodily injury to the Insured (internal or external injury, crack or breakage of bone, joint dislocation, tendon or muscle tear or stretch, burn or freeze of bodily surface, poisoning, suffocation or drowning).
- 10. Illness** is a set of symptoms or clinical manifestations diagnosed in a licensed hospital, located outside the country of residence of the Insured, for the first time during the insurance period and registered in an official medical document that cause disability or death. The date of onset of the disease is considered the date of its primary diagnosis.
- 11. Acute illness** is an illness that occurs acutely, suddenly and unexpectedly, that is a danger to life or health of the Insured and requires emergency medical attention.
- 12. Pre-existing illness or condition** is a disease or medical condition for which the Insured has received treatment, has sought medical advice or was aware of its existence before the beginning of the insurance period.
- 13. Medical expenses** are expenses incurred outside the Country of Residence of the Insured, including:
 - a) costs for medical examination, research, treatment and surgery;
 - b) costs for drugs, medical devices and use of medical devices;
 - c) costs for inpatient treatment;
 - d) costs incurred for emergency transporting of the Insured by ambulance from the site of the accident where the disease has occurred to the nearest hospital for emergency and urgent medical care;
 - e) costs for repatriation of Insured who is under inpatient treatment abroad to a hospital in the country of his residence;
 - f) costs for the repatriation of the mortal remains of the Insured to his residence.
- 14. Unforeseen and urgent medical expenses** are medical expenses, which have necessitated in result of accident or suddenly occurred acute disease and when any inactivity could lead to:
 - permanent danger for the health of the Insured;
 - serious deterioration of physical functions;
 - other serious consequences, which concern the health and the life of the Insured.Costs of treatment of chronic diseases with symptoms similar to these ones of the acute illness, but which have existed before the commencement of the insurance policy are not considered unforeseen and urgent medical expenses.
- 15. Effective period of stay (EPS)** is the period specified in the policy for which the insurance coverage is in force. It may be within 30, 60 or 90 days. This period is activated on each traveling abroad of the Insured person within 1 year, for which the policy is concluded as the number of trips is unlimited.

Section II. GENERAL TERMS

- Art. 2.** (1) These Special Conditions apply to events, occurred during travel, outside the territory of the Republic of Bulgaria; and in cases, when foreign persons are insured, also outside the territory of their natural residence.
- (2) Insureds are persons from 1 to 80 years of age.
- Art. 3.** (1) In case of acute illness or accident requiring the use of medical services, the Insured or his representative must contact the Assistance company referred to in the Insurance policy where they will receive instructions for healthcare facilities and doctors with which the treatment can be carried out.
- (2) Notice shall be given on the provided on the Insurance Policy telephone numbers of the Assistance company in Sofia.
- Art. 4.** (1) In the event of danger to the Insured's life or if he/she is in state of helplessness, treatment could be given at the nearest healthcare facility.
- (2) In the cases of par. (1) the Insured is obligated to notify the Assistance Company immediately after overcoming the crisis about his/her condition and to follow the given

на медицински услуги, Застрахованият или негов представител са длъжни да се обърнат към Асистиращата компания, посочена/и в застрахователната полица, откъдето ще получат указания за здравните заведения и лекари, при които може да се проведе лечението.

(2) Уведомяването се извършва на денонощните телефони на Асистиращата компания в София.

Чл. 4. (1) Когато има опасност за живота на Застрахования или същия е в безпомощно състояние, лечението се извършва в най-близкото лечебно заведение. (2) В случай по ал. 1, Застрахованият трябва да информира Асистиращата компания незабавно след преодоляване на кризата за състоянието си и да изпълнява дадените му указания относно продължението на лечението.

(3) Застрахованият е длъжен да представи на здравното заведение и Асистиращата компания застрахователна полица в оригинал.

Раздел III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Чл. 5. В зависимост от уговорените условия се покриват следните рискове:

1. Възникване на непредвидени и неотложни медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на акутно заболяване на Застрахования, не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност.

2. Възникване на непредвидени и неотложни медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на злополука със Застрахования, не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност;

3. Възникване на непредвидени и неотложни медицински разходи за стоматологично обезболяване в случай на абсцес, пулпит или екстракция с лимит до 100 евро.

4. Медицинско транспортиране на български граждани до болница в Република България.

5. Смърт на Застрахования, която е пряка и непосредствена последица от злополука със Застрахования, не е следствие на изключения от застрахователното покритие и е в лимита на застрахователната отговорност;

6. Репатриране на тленни останки в случай на смърт вследствие на злополука или акутно заболяване.

Раздел IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл. 6. (1) Застрахователят не покрива смърт или медицински разходи, които са причинени пряко или косвено от:

1. предумишлено самонараняване, самоубийство, или опит за самоубийство (независимо дали Застрахованият е бил вменяем или невменяем), както и опит за убийство;

2. извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер от страна на Застрахования; изпълнение на смъртна присъда или злополука, настъпила докато Застрахованият е задържан от органите на властта или се намира в затвор;

3. война или военни действия, въстание, държавен преврат, бунт, тероризъм или други подобни социални явления;

4. ядрени взривове, радиоактивно излъчване, радиоактивно, химическо или биологическо замърсяване, епидемии, пандемии, природни бедствия и всички други подобни събития с масови последици;

5. заболяване от Синдрома на придобита имунна недостатъчност (СПИН), независимо как е придобит или наречен, или заразяване с вируса на СПИН;

6. самолечение, неспазване на лекарските предписания;

7. бременност (включително извънматочна), раждане, аборт, контрацептивни мерки или стерилизация и произтичащите от тях усложнения или заболявания.

8. сбиване от страна на Застрахования;

9. практикуване на високорискови дейности. За такива се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене, изискващи специална екипировка и спелеология. Застраховката покрива любителски и/или професионални спортни занимания само при допълнително заплатена премия.

10. употреба на алкохол, наркотици и други упойващи или стимулиращи вещества. При злополуки с водачи на моторно превозно средство в резултат на пътно транспортно произшествие се взема под внимание законно определеното ниво на алкохол в кръвта за страната, където е настъпило събитието;

11. боравене с оръжие;

12. предварително съществуващо заболяване или състояние в резултат на хронично или предшествашо заминаването заболяване, освен в случаите, когато симптомите са внезапни, остри и непосредствено застрашават живота на Застрахования;

13. други събития, настъпили в следствие на излагане на опасност, преднамерено действие или груба небрежност от страна на Застрахования.

(2) Застраховката не покрива смърт на лица под 14 години или на недееспособни лица.

(3) Не се включват в обхвата на покритието за медицински разходи и следните разходи:

1. разходи, свързани с преглед, лечение и хирургическа намеса, които не са извършени от правоспособен лекар или лицензирано лечебно заведение;

instructions regarding further treatment.

(3) The Insured should present the original of the Insurance Policy at the healthcare facility and to the Assistance Company.

Section III. COVERED RISKS

Art. 5. Depending on the agreed conditions the following risks are covered:

(1) Incurrence of unexpected and urgent medical expenses which are a direct and immediate consequence of occurrence of acute illness with the Insured, and which are not a result from exclusions from the insurance coverage, and which fall within the limits of insurance responsibility.

(2) Incurrence of unexpected and urgent medical expenses which are a direct and immediate consequence of occurrence of accident with the Insured, and which are not a result from exclusions from the insurance coverage, and which fall within the limits of insurance responsibility.

(3) Incurrence of unexpected and urgent medical expenses for stomatological pain relief in cases of abscess, pulpitis or extraction, to the limit of €100.

(4) Medical transportation of Bulgarian citizens to a hospital in the Republic of Bulgaria.

(5) Death of the Insured that is a direct and immediate consequence of accident with the Insured, and which is not a result of exclusions from the insurance coverage, and which falls within the limits of insurance responsibility.

(6) Repatriation of mortal remains in case of death due to accident or acute illness.

SECTION IV. EXCLUSIONS FROM THE INSURANCE COVERAGE

Art. 6. (1) The Insurer shall not cover death or medical expenses (which are caused directly or indirectly by:

1. Deliberate self-harm, suicide or attempted suicide (no matter the Insured was sane or insane) and attempted murder;

2. Carrying out or attempting to commit indictable offense by the Insured; execution of death penalty or accident that occurred while the Insured is detained by the authorities or is imprisoned;

3. War or hostilities, insurrection, coup, rebellion, terrorism or other similar social phenomena;

4. Nuclear explosions, radioactive radiation, radioactive, chemical or biological pollution, epidemics and pandemics, natural disasters and any other similar events with massive consequences;

5. disease of the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), regardless of how it is acquired or called, or infection with AIDS;

6. Self-treatment, non-abiding the medical prescriptions;

7. Pregnancy (including ectopic), childbirth, abortion, contraception or sterilization and the ensuing complications or diseases;

8. Fight provoked by the Insured;

9. Involvement in hazardous activities such as all kinds of motor sports, flying, air-floating, sailing and under-water sports and activities, jumps from heights, climbing requiring special equipment and speleology. The policy covers amateur and/or professional sport activities only upon payment of additional premium;

10. Intake of alcohol, narcotics and other opiate or stimulative substances. Upon vehicle road accidents the legally appointed level of alcohol for the country where the event has occurred is taken into consideration;

11. Handling weapons;

12. Pre-existing disease or condition resulting from chronic or disease existing before departure, except in cases where the symptoms are sudden, sharp and directly endanger the life of the Insured;

13. Other events that has occurred as a result of exposure to danger, intentional act or gross negligence of the Insured.

(2) The insurance does not cover death of people under 14 or incapacitated persons.

(3) Not included in the scope of coverage for medical expenses and the following expenses:

1. Costs for medical examination, treatment and surgical intervention which are not administered by a licensed physician or in a licensed healthcare facility;

2. Costs for medical examinations and tests, when no illness has been diagnosed or no accident with the Insured has been ascertained;

3. Costs relative to venereal diseases, treatment of sterility, change of sex or implantation; organ transplant, and the resulting complications or illnesses;

4. Costs for rehabilitation, physiotherapy and kinesotherapy, as well as all expenses for additional health treatment or hydrotherapeutic recovery in mineral baths or health homes, sanatoriums, sanitary or other similar resorts;

5. Costs for medical expenses by homeopathic persons or doctors naturalists;

6. Medical help, given by close relatives or husband/ wife;

7. Costs incurred in the country of residence after return of the insured;

8. Costs for medical repatriation or repatriation of mortal remains, when it was not performed by the Assistance Company as well as costs incurred after the repatriation;

9. All costs relative with preliminary diseases or conditions of the Insured;

10. Costs for dental treatment and setting of artificial teeth or prostheses; for making and replacing fillings; for making, replacing or repairs of crowns or bridges;

11. Costs for treatment of the mental health and mental disorders of the Insured;

12. Costs for effective or cosmetic surgery for correction of the appearance;

13. All costs relative to experimental or research services;

2. разходи, свързани с медицински преглед и изследвания при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице;
 3. разходи, свързани с венерически болести, лечение на стерилитет, промяна на пола или имплантиране, трансплантация на органи, както и произтичащите от тях усложнения или заболявания;
 4. разходи за рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия, както и всякакви разходи, произтичащи от допълнително оздравително лечение или възстановяване в минерални бани или лечебни станции, санаториуми, оздравителни или други подобни заведения;
 5. разходи за медицинска помощ оказана от хомеопати или доктори натуралисти;
 6. медицинска помощ оказана от близки или съпруг/съпруга;
 7. разходи, извършени в страната по постоянно местоживее, след завръщане на застрахования;
 8. разходи за медицинско репатриране или репатриране на тленните останки, когато не е извършено от Асистиращата компания, както и разходи направени след репатрирането;
 9. всякакви разходи свързани с предварително съществуващо заболяване или състояние на Застрахования;
 10. разходи за стоматологично лечение и поставяне на изкуствени зъби или протези, за поставяне или подмяна на пломби, за поставяне, подмяна или ремонт на коронки и мостове;
 11. разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства;
 12. разходи за ефективна или козметична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид;
 13. всякакви разходи за експериментални и изследователски услуги;
 14. всякакви разходи за медицинско наблюдение или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване или проверка на здравето, включително ваксинации, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, протези и оборудване и други подобни здравни стоки и услуги;
 15. разходи за личен комфорт при стационарно лечение като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги;
 16. всяка част от разходите, която надхвърля обичайно необходимите и присъщи разходи, които са покрити съгласно условията на застрахователния договор, включително разходи за таксиметрови услуги и други транспортни разходи;
 17. всякакви разходи, които са следствие на слънчево изгаряне или изгаряне в солариум, както и всякакви разходи, които са следствие на слънчев и/или топлинен удар, измръзване;
 18. разходи за издаване на медицински документи и удостоверения, както и разходи свързани с превод на документите по Раздел XI;
 19. разходи, свързани с лечение на коронавирус COVID-19, възникнали на територията на Китай.
- (4) Не се покриват медицински разходи, извършени от лечебни заведения, посочени изрично в Приложение № 1 към настоящите специални условия.

Раздел V. ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ

- Чл. 7.** В случай на покрити, съгласно условията на застрахователния договор смърт в следствие на злополука, Застрахователят изплаща застрахователната сума за смърт вследствие на злополука.
- Чл. 8.** (1) В случай на непредвидени и неотложни медицински разходи, Застрахователят носи отговорност само за реално извършени медицински разходи, които са до размера на застрахователната сума за медицински разходи.
- (2) В случай, че Застрахованият не е ползвал услугите на Асистиращата компания, лимитът на отговорност на Застрахователя е в размер до 150 евро.
- (3) Не се включват в лимита на застрахователна отговорност всякакъв вид разходи за лечение на застрахованото лице след прибирането му в България, респ. в държавата по постоянното му местоживее.
- Чл. 9.** В случай, че съществуват други застрахователни договори, които осигуряват на Застрахования аналогично застрахователно покритие за медицински разходи, Застрахователят отговаря пропорционално на направените разходи, като неговият дял във всеки вид разходи е равен на стойността на разходите, разделена на броя на договорите покриващи този вид разходи, но не повече от лимита оказан в полицата.
- Чл. 10.** Застрахователят покрива непредвидените и неотложни медицински разходи, покрити съгласно застрахователния договор, които са извършени до 15 дни от датата на настъпване на застрахователното събитие.
- Чл. 11.** Застрахователят и/или Асистиращата компания не носят отговорност за забавяне или неизпълнение на задълженията си, ако те са предизвикани от стачки, експлозии, демонстрации, ограничения на свободното придвижване, саботаж, тероризъм, гражданска война или война, последиците от радиоактивно лъчение или всяко друго неочаквано затруднение.

Раздел VI. СКЛЮЧВАНЕ И СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПОЛИЦА

Чл. 12. Застрахователна полица по застраховка „Пътуване в чужбина“ се сключва за едно лице и/или членове на семейството му, или за организирана група от хора. В случаите, когато се застрахова организирана група от хора, към полицата се прилага списък на Застрахованите, който е неразделна част от нея.

14. All costs for medical examinations or observations, or diagnostic examinations that are part of routine physical examination or health check, including vaccination, expenses for glasses, contact lenses, hearing-aids, prostheses and equipment and all other health goods and services;
 15. Costs for personal comfort during stationary treatment such as: TV, radio, hairdresser's or barber's services;
 16. Any part of the costs that exceeds the commonly necessary and inherent expenses that are covered in accordance with the conditions of this policy;
 17. All costs which are in direct consequence of sunburn or burn in solarium, and also all costs which are in direct consequence of sunstroke and/or heatstroke or freezing;
 18. Expenses for issuing of certificates, and expenses for translation of medical documents under Chapter Eleven;
 19. Costs related to the treatment of coronavirus COVID-19, incurred in China.
- (4) Medical costs incurred in the medical facilities, listed in Appendix No 1 to these special conditions, are not covered by the contract.

SECTION V. LIMITS OF RESPONSIBILITY

- Art. 7.** In case of death of the Insured as a direct consequence of an accident, if it is covered according to the conditions of this contract, the Insurer shall pay the sum assured for death due to accident.
- Art. 8.** (1) In case of incurrence of unexpected and urgent medical expenses the Insurer shall be responsible only for the actually incurred medical expenses that do not exceed the sum assured for medical expenses.
- (2) If the Insured did not use the services of Assistance Company, the Limit of Responsibility of the Insurer is to the amount of €150.
- (3) Any kind of medical expenses for the insured person's treatment after his return to Bulgaria, respectively to the country of permanent residence are not included in the limit of insurance responsibility.
- Art. 9.** If there are other insurance contracts that provide the Insured with analogous cover for medical expenses, the Insurer shall be liable proportionally for the incurred expenses and his share in any kind of expenses shall be equal to the amount of that kind of expenses divided by number of contracts covering that kind of expenses, but not exceeding the limit, stated in the Policy.
- Art. 10.** The Insurer shall cover the unexpected and urgent medical expenses that are incurred within the first 15 days after the insurance event.
- Art. 11.** The Insurer and/ or the Assistance Company do not bear responsibility for delay or non-fulfillment of their obligations, if those are caused by strikes, explosions, demonstrations, restrictions in free moving, sabotage, terrorism, civil war or war, consequences of radioactive radiation or any other unexpected hindrance.

SECTION VI. CONCLUSION AND TERM OF INSURANCE POLICY

- Art. 12.** The Insurance policy is concluded for one person and/or the members of their family; or else for an organized group of people, in which case a list of the Insured persons is attached to the policy, and becomes an inseparable part of it.
- Art. 13.** The personal data of the Insured is obligatory stated in the Policy – name, address, PIN.
- Art. 14.** The Insurance coverage is valid for the term, stated in the Policy. If not stated otherwise, the Policy becomes valid at 00.00 hours of the day, following the conclusion date. In case the insurance start and end dates as well as its conclusion date are not fulfilled in the policy the policy shall become void.

SECTION VII. BENEFICIARIES

- Art. 15.** Beneficiaries in case of death of the Insured as a result of an accident are the legal heirs of the Insured specified in the Certificate of Inheritance.
- Art. 16.** A beneficiary in the event of unforeseen and urgent medical expenses due to accident or acute illness is the Assistance company or the Insured/the Policyholder.

SECTION VIII. TERMINATION AND/OR CHANGE IN THE INSURANCE POLICY

- Art. 17.** The Insurance policy is terminated with the expiration of the agreed upon term.
- Art. 18.** (1) Insurance policy, which has not become effective, i. e. the coverage term has not started, can be terminated upon a request of the Insured, and part of the insurance premium is returned, provided all of the following conditions are met:
- The term of the policy is no less than 15 (fifteen) days;
 - The Request for return of insurance premium, along with the original of the policy is submitted to the nearest office of the Insurer, not later than three days after the effective start of the coverage term of the policy.
- (2) Insurance policy, which has become effective, i.e. the coverage term has already started can be terminated upon a request of the Insured, and part of the insurance premium is returned, provided all of the following conditions are met:
1. The term of the policy is not less than 1 (one) month;
 2. There is no claim filed on this Policy;
 3. The trip has been interrupted due to circumstances beyond the control of the Insured;
 4. The Request for return of insurance premium, along with the original of the policy is submitted to the nearest office of the Insurer, not later than three days after the return of the Insured in Bulgaria.

Чл. 13. В полицата задължително се вписват данните на Застрахования/Застрахованите - име, адрес и ЕГН (или друг персонализиращ го номер).

Чл. 14. Застрахователното покритие по застраховка „Пътуване в чужбина“ е валидно за срока, указан в полицата. Ако не е отбелязано друго, полицата влиза в сила от 0:00 часа на деня, следващ датата на издаване. В случай че по полицата не са попълнени дати, указващи срока на валидност или издаване, полицата се счита за невалидна.

Раздел VII. ПОЛЗВАЩИ СЕ ЛИЦА

Чл. 15. Ползвачи се лица в случай на смърт на Застрахования, вследствие на злополука са законните наследници на Застрахования, фигуриращи в удостоверението за наследници.

Чл. 16. Ползвачо се лице в случай на непредвидени и неотложни медицински разходи вследствие на злополука или акутно заболяване е Асистиращата компания или Застрахования/Застраховация;

Раздел VIII. ПРЕКРАТЯВАНЕ И ПРОМЯНА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПОЛИЦА

Чл. 17. Застрахователната полица се прекратява с изтичането на срока, за който е сключена.

Чл. 18. (1) Застрахователна полица по застраховка „Пътуване в чужбина“, която не е влязла в сила, т.е. не е започнал да тече срока на покритието, може да бъде прекратена по искане на Застрахования и да му бъде възстановена част от заплатената премия, при едновременно изпълнение на следните условия:

1. срокът, за който е сключена полицата е не по-малък от 15 (петнадесет) дни;
2. молбата за възстановяване на платена застрахователна премия заедно с оригинал на полицата се представи в най-близкия офис на Застрахователя, в срок до три дни от деня на влизане на полицата в сила.
- (2) Застрахователна полица по застраховка „Пътуване в чужбина“, която е влязла в сила, т.е. започнал е да тече срока на покритието, може да бъде прекратена по искане на Застрахования и да му бъде възстановена част от заплатената премия, при едновременно изпълнение на следните условия:
 1. срокът, за който е сключена полицата е не по-малък от 1 (един) месец;
 2. по нея няма заведен иск за изплащане на застрахователно обезщетение;
 3. пътуването да е прекратено по независещи от Застрахования причини;
 4. молбата за възстановяване на премия заедно с оригинал на полицата се представи в най-близкия офис на Застрахователя, в срок до три дни от завръщането на Застрахования в страната;
- (3) В случаите, извън тези по ал. 1 и ал. 2, Застрахователят не дължи възстановяване на застрахователна премия или част от нея.

Раздел IX. АСИСТИРАЩА КОМПАНИЯ

Чл. 19. (1) Асистиращата компания е компанията, която въз основа на сключен договор между нея и Застрахователя, в случай на възникване на нужда за извършване от Застрахования на непредвидени и неотложни медицински разходи, насочва Застрахования към най-близкото подходящо здравно заведение за оказване на медицинска помощ и заплаща направените медицински разходи в съответствие с условията и ограниченията на настоящия застрахователен договор. (2) Асистиращата компания е посочена в Специалните условия на Застрахователния договор.

Раздел X. ЗАДЪЛЖЕНИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ЗА УВЕДОМЯВАНЕ НА АСИСТИРАЩАТА КОМПАНИЯ

Чл. 20. (1) Застрахованият се задължава в срок от 48 часа от настъпване на застрахователното събитие да уведоми Асистиращата компания на посочения в полицата телефонен номер. Застрахованият е длъжен да предостави на Асистиращата компания/Застрахователя застрахователния договор, документи доказващи датата на застрахователното събитие и всички други поискани от Асистиращата компания/Застрахователя документи.

(2) Ако Застрахованият не е уведомил Асистиращата компания в срока по ал. 1, Застрахованият се задължава да уведоми Застрахователя в срок до 7 дни от настъпването на застрахователното събитие.

Чл. 21. В случай, че Застрахованият не изпълни задълженията си по предходния член, Застрахователят е освободен от каквото и да е задължение за изплащане на обезщетение.

Раздел XI. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ПРИ ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ИСК

Чл. 22. Когато разходите за лечение при настъпване на акутно заболяване или злополука със Застрахования, които не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност, са заплатени от Застрахования, той е длъжен да представи в оригинал следните документи:

- кратко изложение относно обстоятелствата за настъпване на събитието;
- оригинал на застрахователната полица;
- медицински доклад за точната диагноза и проведеното лечение;

(3) In all other cases beyond those, stated in (1) and (2), the Insurer does not owe a return of the premium or a part of it.

SECTION IX. ASSISTANCE COMPANY

Art. 19. (1) Assistance Company is the company that based on a contract concluded with the Insurer, in case of necessity for the Insured of incurred unexpected and urgent medical expenses, guides the Insured to the nearest appropriate health facility for getting medical services and pays the incurred medical expenses subject to the conditions and limits of this Policy.

(2) The Assistance company is stated in the Special conditions of the Insurance contract.

SECTION X. OBLIGATIONS OF THE INSURED TO NOTIFY THE ASSISTANCE COMPANY

Art. 20. (1) The Insured is obliged to inform the Assistance Company within 48 hours after the occurrence of the insurance event on the stated telephone numbers on the Insurance Policy. The Insured has to submit to the Assistance Company/Insurer a copy of the insurance policy, documents proving the date of the insurance event and all other documents required by the Assistance Company/Insurer.

(2) If the Insured did not inform the Assistance Company in the term stated in (1), they are obliged to inform the Insurer within 7 days of the occurrence of the insurance event.

Art. 21. If the Insured does not fulfill the requirements of the above paragraphs, the Insurer becomes free of any obligation whatsoever to pay the claim.

SECTION XI. DOCUMENTS REQUEST UPON FILING A CLAIM

Art. 22. When the expenses, incurred for treatment of acute illness or accident with the Insured, which are not a result from exclusions of the insurance coverage and fall within the limit of insurance responsibility, are paid by the Insured, they are obliged to present the following documents in original:

- short exposé of the circumstances regarding the occurrence of the event;
- original of the Insurance policy;

- medical report with the exact diagnosis and the treatment carried out;
- prescriptions, receipts (invoices) for paid medical expense, medicine bought, etc.

Art. 23. (1) All medical documents have to be issued by licensed medical facilities (hospital, clinic, consulting room, etc.), or by certified medical specialists.

(2) If necessary the Insured should present a certified translation of the documents.

Art. 24. In case of a claim for death due to accident, the following documents need to be presented:

- death certificate;
- testimonial letter, proving the cause of death, issued by a doctor or clinic;
- document (act, protocol), issued by a competent body, proving the occurrence of the event;
- Inheritance certificate.

Art. 25. When necessary, in order to define the grounds and the amount of the insurance payment, the Insurer preserves the right to request other documents.

SECTION XII. SPECIAL RULES FOR MULTITRIP INSURANCE

Art. 26. (1) Insurance policy under these Special Conditions may be also concluded for frequent traveling abroad – Multitrip Insurance.

(2) The Insurance policy under Multitrip Insurance is concluded for one person. For issuance of group policies there should be sent a request to the Insurer.

Art. 27. (1) Under Multitrip Insurance are insured persons aged 18 to 65 years of age.

(2) The term of the insurance contract for Multitrip Insurance is 1 (one) year within the effective time of stay selected by the Insured.

(3) Unless specified otherwise, the insurance policy shall be effective from 00:00 h. on the day following the date of conclusion, as the effective period of stay (EPS) obligatorily chosen by the Insured is stated in each policy. If the effective time of stay is not pointed in the Policy, it is assumed that the shortest period is selected.

Art. 28. (1) The Insurance policy under Multitrip Insurance which has not entered into force, i.e. coverage period has not commenced, may be terminated at the request of the Insured and part of the paid premium can be reimbursed to him/her, provided that the application for reimbursement of the paid insurance premium along with an original policy shall be submitted to the nearest Insurer's office, within three days of entering the policy in force.

(2) The Insurance policy under Multitrip Insurance, which has entered into force, i.e. coverage period has started, may be terminated at the request of the Insured and part of the paid premium can be reimbursed to him/her in simultaneous fulfillment of the following conditions:

1. the period that remains until the end of the policy validity is not less than the selected EPS;
2. no claim has been submitted for payment of insurance indemnity;
3. the trip is terminated through no fault of the Insured;
4. the request for premium reimbursement along with the original policy submitted to the nearest office of ZEAD Bulstrad Life Vienna Insurance Group EAD is within three days after the return of the Insured.

(3) For Group Insurances changes to the list of insured persons (inclusion of new persons

- рецепти, разписки (фактури) за платен лекарски хонорар, закупени лекарства и др.

Чл. 23. (1) Всички медицински документи трябва да са издадени от лицензирани здравни заведения (болница, клиника, кабинет и др.) или от правоспособни медицински специалисти.

(2) При необходимост Застрахования предоставя и официален превод на документите.

Чл. 24. За изплащане на обезщетение при смърт вследствие на злополука се представят следните документи:

- смъртен акт;

- удостоверение, доказващо причината за настъпване на смъртта, издадено от лекар или болница;

- документ (акт, протокол), издаден от компетентен орган, доказващ настъпването на злополуката;

- удостоверение за наследници.

Чл. 25. При необходимост, с оглед определянето на основанието и размера на застрахователното плащане, Застрахователят има право да поиска и други документи.

Раздел XII. ОСОБЕНИ ПРАВИЛА ПРИ ЗАСТРАХОВКА „МУЛТИТРИП“

Чл. 26. (1) Застрахователна полица по настоящите Специални условия може да бъде сключено и за многократно пътуване в чужбина - застраховка „Мултитрип“.

(2) Застрахователна полица по застраховка „Мултитрип“ се сключва за едно лице. За застраховане на група лица следва да се отпрати запитване към Застрахователя.

Чл. 27. (1) По застраховка „Мултитрип“ се застраховат лица на възраст от 18 до 65 години.

(2) Срокът на застрахователния договор по застраховка „Мултитрип“ е 1 (една) година, в рамките на избраното от застрахованото лице ефективно време на престой.

(3) Ако не е отбелязано друго застрахователната полица влиза в сила от 0:00 часа на деня, следващ датата на издаване, като във всяка полица се записва задължително избраното от застрахованото лице ефективно време на престой (ЕВП). В случай, че не е отбелязано ефективно време на престой, се приема, че е избран най-краткия срок.

Чл. 28. (1) Застрахователната полица по застраховка „Мултитрип“, която не е влязла в сила, т.е. не е започнал да тече срока на покритието, може да бъде прекратена по искане на Застрахования и да му бъде възстановена част от заплатената премия, при условие, че молбата за възстановяване на платената застрахователна премия заедно с оригинал на полицата се представи в най-близкия офис на Застрахователя, в срок до три дни от деня на влизане на полицата в сила.

(2) Застрахователна полица по застраховка „Мултитрип“, която е влязла в сила, т.е. започнал е да тече срока на покритието, може да бъде прекратена по искане на Застрахования и да му бъде възстановена част от заплатената премия, при едновременно изпълнение на следните условия:

1. срокът, който остава до края на валидност на полицата е не по-малък от избраното ЕВП;

2. по нея няма заведен иск за изплащане на застрахователно обезщетение;

3. пътуването да е прекратено по независещи от Застрахования причини;

4. молбата за възстановяване на премия заедно с оригинал на полицата се представи в най-близкия офис на ЗЕАД „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ ЕАД, в срок до три дни от връщането на застрахования в страната.

(3) При групови застраховки Мултитрип, могат да бъдат правени промени по списъка със застраховани лица (включване на нови лица или замяна на едно лице с друго) след изрично писмено искане от Застрахования към Застрахователя. Промени могат да се правят при едновременно изпълнение на следните условия:

1. Оставащият до края на полицата период да е не по-малък от ЕВП;

2. За лицето, което се изключва да не е настъпило застрахователно събитие;

3. Искането за промяна на лицата по полицата да е получено при Застрахователя минимум 2 работни дни преди датата на влизане на исканата промяна в сила.

(4) Ако са изпълнени условията по ал. 3 и замяната е допустима трябва да се има предвид следното:

1. При замяна на едно лице с друго, не се дължи/възстановява премия,

2. При изключване на лице от списъка, застрахователят възстановява частта от заплатената премия по посочена банкова сметка на Застрахования за времето, през което няма да носи риска, в случай че не е настъпило застрахователно събитие;

Чл. 29. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият по тази застраховка е длъжен да представи на здравното заведение и Асистиращата компания застрахователна полица в оригинал или валидна Мултитрип карта.

Чл. 30. С изключение на специалните разпоредби по този раздел по отношение на застрахователните договори по застраховка Мултитрип се прилагат останалите разпоредби по настоящите Специални условия.

Раздел XIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ТАЙНА

Чл. 31. Сведения, представляващи застрахователна тайна по смисъла на

or replacement of one person with another) may be made upon a written request by the Policyholder to the Insurer. Changes may be made when the following conditions are met:

1. the remaining period until the end of the policy is not less than EPS;

2. The person which has to be excluded has no insurance event submitted from the start date of the policy until the date of termination of coverage;

3. The request for change from the Policyholder has been received from the Insurer at least 2 working days prior to the date of entry of the requested change into effect.

(4) If the conditions under par. 3 and the substitution is admissible, the following should be considered:

1. In case of replacement of one person with another, is not due/refunded premium,

2. In case of exclusion of a person from the list, the Insurer shall reimburse the part of the paid premium on a specified bank account of the Policyholder for the period during which it will not bear the risk in the event that no insurance event has occurred;

Art. 29. Upon occurrence of an insured event the Insured under this insurance shall submit to the hospital and the Assistance company the original insurance policy or valid Multitrip card.

Art. 30. Except of the special conditions in this section in respect of the insurance contracts of Multitrip Insurance all other conditions in these Special Conditions shall apply.

SECTION XIII. INSURANCE DATA CONFIDENTIALITY

Art. 31. Information constituting confidentiality as stated in the Insurance Code, could be disclosed to the person who is a party of an insurance legal relationship or is having rights stemming from the insurance legal relation by virtue of a law or a contract, or by virtue of other specific statement in a law.

SECTION XIV. APPLICABLE LAW. JURISDICTION

Art. 32. The Bulgarian legislation shall be applied to any issues not stated in this policy. Any arguments shall be settled by the parties by mutual agreement and, if the parties cannot reach such an agreement, they shall refer to the competent Bulgarian court.

SECTION XV. OTHER CONDITIONS

Art. 33. (1) The personal data obtained in connection with the insurance contract shall be used by the Insurer for the preparation and service of this contract. The Insurer has no right without the consent of the respective person to disclose the personal data that it has become aware of, except in cases provided by law, or in preventing insurance fraud.

(2) The Insured agrees the Insurer to receive information from medical and other bodies and persons in connection with his/her health.

Art. 34. Pursuant to Art. 19, (1) of the Personal Data Protection Act, the Insurer shall notify the Insuring person and the Insured that:

1. The Insurer is registered as a personal data administrator in the register maintained by the Commission for Protection of Personal Data.

2. The personal data provided by them is used by the Insurer for the purpose of: signing and execution of contracts; realization of the legitimate rights and interests of the Insurer in connection with the concluded contracts.

3. In case of explicit consent, their personal data may be disclosed to the following recipients: persons having the capacity of "personal data processor" within the meaning of §1, Item 3 of the PDPA; third parties for the purposes of direct marketing; third parties, institutions or organizations where disclosure is under an express legal provision; third parties for statistical purposes; third parties, as agreed between the parties.

4. The provision of personal data is entirely voluntary. The refusal to grant them is a reason for the Insurer to refuse to conclude a contract or to take any other action in the event that the absence of these data does not enable it to make an objective assessment of transaction risk or otherwise jeopardizes the realization of its legitimate interests.

5. Any person who has supplied its personal data is entitled to access them, and the right to request correction under the terms and conditions of the PDPA.

Art. 35. The rights under the insurance contract shall be barred by the expiration of the time limit set by the current Bulgarian legislation.

Art. 36. Disputes between the parties shall be settled by mutual agreement, and if no agreement is reached - before the competent Bulgarian court. Bulgarian law is applicable.

Art. 37. All taxes, fees and others that exist or will be established on the insurance payment are borne by the beneficiaries, the insured or their heirs.

Art. 38. (1) These Special Conditions are an integral part of the insurance contract.

(2) Subsequent amendments to these Special Conditions shall enter into force only for insurance contracts concluded after the date of the amendment and do not affect the incumbent unless an amendment of a statutory instrument does not require it or the parties agree otherwise.

FINAL PROVISIONS

§1. These Special Conditions have been affirmed by the Board of Directors of Bulstrad Life Insurance JSC with Minutes No.73/03.12.2003 and approved by the Financial Supervision Commission with Letter No. 22-02-03/24 from 22.12.2003, modified and supplemented by the Management Board with Minutes No.4/16.09.2005, modified by the Management Board with Minutes No.6/14.10.2005, modified and supplemented by the

Кодекса за застраховането могат да се разкриват пред лицето, което е страна по застрахователното правоотношение или ползва права по това правоотношение по силата на закон или договор, или по друг ред изрично предвиден в закон.

Раздел XIV. ПРИЛОЖИМО ПРАВО. ПОДСЪДНОСТ

Чл.32. За неуредените в застрахователния договор въпроси се прилага българското законодателство. Споровете се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение - пред компетентния български съд.

Раздел XV.ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 33. (1) Личните данни, получени във връзка със застрахователния договор, се използват от застрахователя за подготвяне и обслужване на този договор. Застрахователят няма право без съгласие на съответното лице да разгласява станалите му известни лични данни, освен в случаите, предвидени със закон, или при предотвратяване на застрахователни измами.

(2) Застрахованият се съгласява застрахователят да получава информация от медицински и други органи и лица във връзка със здравословното му състояние.

Чл. 34. На основание чл.19, ал.1 от Закона за защита на личните данни, Застрахователят уведомява застрахования и застрахования, че:

1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни.
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.
3. При наличие на изрично съгласие, личните им данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството „обработващ лични данни“ по смисъла на §1, т. 3 от ЗЗЛД; на трети лица за нуждите на директния маркетинг; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели; на трети лица, съгласно договореното между страните.
4. Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за 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.
5. 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.

Чл. 35. Правата по застрахователния договор се погасяват по давност, с изтичането на срок, определен от действащото българско законодателство.

Чл. 36. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение - пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

Чл. 37. 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.

Чл. 38. (1) Настоящите Специални условия са неразделна част от застрахователния договор.

(2) Последващи изменения и допълнения на настоящите Специални условия влизат в сила само за застрахователни 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.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящите Специални условия са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД „Булстрад Живот“ с протокол №73 от 03.12.2003 г. и одобрени с писмо на УЗН към КФН изх. № 22-02-03/24 от 22.12.2003 г., изменени и допълнени с Решение на УС по Протокол № 4 от 16.09.2005 г., изменени с Решение на УС по Протокол № 6 от 14.10.2005 г., изменени и допълнени с Решение на УС по Протокол № 46 от 29.01.2008 г., изменени и допълнени с Решение на УС по Протокол № 87 от 29.03.2012 г., изменени и допълнени с Решение на УС по Протокол № 196 от 27.10.2016 г., изменени и допълнени с Решение на УС по Протокол № 221 от 08.11.2017 г., допълнени с Решение на УС по Протокол № 280 от 05.03.2020 г.

§2. Английският текст на полицата е превод от оригиналния български текст. Българският текст винаги ще се ползва с предимство.

Приложение № 1 към чл. 6, ал. 4

	Лечебно заведение	Държава
1.	Ada Privet Hospital	Турция
2.	Universal Hospitals Group	Турция

Management Board with Minutes No.46/29.01.2008, modified and supplemented by the Management Board with Minutes No.87/29.03.2012, modified and supplemented by the Management Board with Minutes No.196/27.10.2016. modified and supplemented by the Management Board of ZEAD "Bulstrad Life Vienna Insurance Group" EAD with Minutes No.221/08.11.2017, amended under Minutes No 280/05.03.2020 of the MB.

§2. The English text of the policy is a translation from the original Bulgarian text. The Bulgarian text shall always prevail.

Annex № 1, Art. 6, (4)

	Medical provider	Country
1.	Ada Privet Hospital	Turkey
2.	Universal Hospitals Group	Turkey