

ТЕХНИЧЕСКА СПЕЦИФИКАЦИЯ

за участие при провеждането на процедура с предмет: „ИЗБОР НА
ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА „ЗДРАВНА
ЗАСТРАХОВКА“ НА „АВТОМАГИСТРАЛИ“ ЕАД ЗА 2023 ГОДИНА“.

I. ПРЕДМЕТ НА ПРОЦЕДУРАТА: Избор на застрахователно дружество за сключване на "Здравна застраховка" на персонала на „Автомагистрали“ ЕАД за 2023 година.

II. ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ: 1 година от датата на издаване на полицата;

III. МЯСТО ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ: Територията на Република България

IV. ОБХВАТ НА ПОКРИТИЕ. ЛИМИТИ:

Обхватът на здравната застраховка следва да осигури за служителите на „Автомагистрали“ ЕАД - **421 бр. работници и служители, от които 96 бр. - жени**, които се явяват застраховани лица, финансово и организационно обезпечаване на здравни услуги и стоки, обединени в следните пакети:

- 1) ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
- 2) БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ
- 3) ПАКЕТ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА ЛЕКАРСТВА / МЕДИЦИНСКИ СТОКИ
- 4) ПАКЕТ ДЕНТАЛНА ПОМОЩ
- 5) ДОПЪЛНИТЕЛЕН ОБХВАТ

Детайлното описание на обхвата на покритие е както следва:

1. ПАКЕТ ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ - 2 000 лв. за една застрахователна година на едно лице (на абонамент и с възстановяване на разходи)
Първични прегледи при възникване на здравословен проблем от лекар специалист и/или от хабилитиран специалист от всички медицински специалности.
Контролни прегледи от лекари специалисти и при необходимост от второ мнение от лекари специалисти или от хабилитиран специалист, както и консултация с две и повече хабилитирани лица или специалисти от всички медицински специалности.
Неотложна медицинска помощ вкл. в почивни и празнични дни
Клинико-лабораторни изследвания по лекарско назначение - пълен обем а/ хематологични; б/ хемостазни; в/ биохимични; г/ микробиологични; д/ хормонални; е/ туморни маркери;

ж/ имунологични; з/ вирусологични; и/ серологични; й/ витамини и микроелементи; к/ генетични.
Клинико-инструментални изследвания по медицински показания: а/ функционални, ултразвукови, рентгенови на всички анатомични области
Високоспециализирани изследвания, назначени от лекар-специалист*: а/ електромиография (ЕМГ); б/ електроенцефалография (ЕЕГ); Остеоденситометрия; в/ ЕКГ холтер мониториране; г/ Ехокардиография; д/ Съречносъдов тест с натоварване; е/ Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягане; ж/ Кожно-алергично тестване; з/ Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори, отстраняване/ексцизия на кожни лезии. <i>* До 2 изследвания за застрахователна година.</i>
Високоспециализирани рентгенови изследвания, назначени от лекар-специалист*: а/ Мамография; б/ Интравенозна холангиография, венозна урография; в/ Ендоскопски, радиоизотопни, ангиографски; г/ Компютърна томография (скенер) и ЯМР – нативни**; д/ PET скенер. <i>* До 2 изследвания за застрахователна година.</i> <i>* Изследванията се заплащат след одобрение от застрахователя</i>
Морфологични изследвания по лекарско назначение а/ цитологични; б/ хистологични.
Посещение на лекар в дома на болния (при остри и неотложни състояния) и без ограничения на броя посещения
Манипулации в извънболнични условия за овладяване на конкретен здравословен проблем: а/ инжектиране - мускулно и венозно; б/ вътреставни инжекции; в/ превръзки на оперативна рана; г/ сваляне на конци; д/ поставяне на венозна система, абокат; е/ амбулаторни хирургични операции, включително лазерни операции; ж/анестезия; з/ поставяне и сваляне на имобилизиращи превръзки;
Подготовка за планова хоспитализация вкл. прегледи и консултации; лабораторни, функционални, ултразвукови, рентгенови и др. изследвания.
Физиотерапия и рехабилитация назначени от лекар специалист – подлимит от 300 лв.
Диспансерно наблюдение на хронично / диспансерно болен
Дневен стационар (еднодневна хоспитализация) в лечебни заведения за извънболнична

медицинска помощ - подлимит от 200 лв.
Медицинска експертиза и освидетелстване за определяне на временна неработоспособност

2. ПАКЕТ БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ - 15 000 лв. за една застрахователна година на едно лице (на абонамент и с възстановяване на разходи)
Хоспитализация и лечение във всички клиники и стационарни отделения на болнични лечебни заведения : Вътрешни болести, Педиатрично, Неврологично, Инфекциозни болести, Очни болести, УНГ, Съдова хирургия, Токсикология, АГ и патологична бременност, Дерматологично, Урология, Ортопедия и травматология, Изгаряния, Неврохирургично, Миниинвазивна хирургия, Лапароскопска хирургия, Ендоскопска хирургия, ОАРИЛ (до 7 дни в рамките на застрахователната година).
Прием и настаняване в лечебно заведение в стая с най-добри битови условия, според възможностите на заведението - до 85 лева на ден за срок до минималния по клинична пътека за едно застрахователно събитие.
Избор на лекуващ лекар/лекарски екип
Лечение при необходимост, вкл. медикаменти и други медицински материали: а/ медикаментозно; б/ диетолечение; в/ хормонално; г/ имунотерапия.
Физиотерапия и рехабилитация (покриват се допълнителни процедури до посочения лимит) – подлимит от 300 лв.
Хирургически операции: а/ с малък и среден обем сложност; б/ с голям и много голям обем на сложност; в/ лапароскопски и ендоскопски операции; г/ неврохирургични операции; д/ миниинвазивна хирургия; е/ роботизирана хирургия – подлимит от 1000 лв.
Медицински консумативи и импланти при хирургически интервенции – подлимит от 1000 лв.
Разходи за придружаващо лице

3. ПАКЕТ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА ЛЕКАРСТВА / МЕДИЦИНСКИ СТОКИ

ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ - 600 лв. за една застрахователна година на едно лице (на абонамент и с възстановяване на разходи)
Лекарствени средства, вкл. хомеопатични, витамини (некомбинирани), контрастни вещества, хранителни добавки и лекарствени изделия

Остатъчна стойност на лекарствени средства, които частично се покриват от НЗОК
Превързочни материали, спринцовки, игли, абокат, марли, бинтове и др.
Помощни средства при извънболнична помощ - патерици, бастуни, шини за обездвижване, катетри, колекторни торбички и др.
Възстановяване на суми за очила за корекция на зрението - стъкла (без рамки) до 2 броя и контактни лещи за корекция на зрението с общ лимит до 300 лв.
Възстановяване на суми за слухов апарат, инвалидна количка

4. ПАКЕТ ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ - 300 лв. за една застрахователна година на едно лице (на абонамент и с възстановяване на разходи)
Снемане на зъбен статус
Секторна рентгенова снимка - до 8 изследвания за срока на застраховката
Панорамна рентгенова снимка - до 1 изследване за срока на застраховката
Клинична орална хигиена, състояща се от цялостно завършване на процедурата - 1 почистване за срока на застраховката
Лечение на кариес, включващо почистване, подложка и obturation (пломба) на еднокоренов или на многокоренов зъб – 3 лечения за срока на застраховката
Хирургично лечение, състоящо се в екстракция на еднокоренов или многокоренов зъб - 3 лечения за срока на застраховката
Екстракция на дълбоко фрактуриран/разрушен зъб - 3 лечения за срока на застраховката
Хирургично лечение, състоящо се в сложна екстракция (при необходимост от зашиване на раната) - 1 лечение за срока на застраховката
Кореново лечение на зъби - периодонтит и пулпит (почистване и запълване на каналите на зъба) – 3 лечения за срока на застраховката
Цялостно изграждане (включително подготовка) на корони - металокерамични конструкции - 2 изграждания за срока на застраховката
Анестезия - 8 пъти за срока на застраховката

5. ДОПЪЛНИТЕЛЕН ОБХВАТ

1. Застраховката е необходимо да включва покритие на лечения от общо или хронично заболяване и последици от злополуки, възникнали и диагностицирани преди началото на застраховката.
2. По застраховката да не се прилага самоучастие.
3. Да не се изисква предварителен индивидуален здравен статус на застрахованите лица.
4. Застрахователят да предоставя покритие и за лица с намалена работоспособност под и равна на 50%, както и такива с намалена работоспособност над 50% без да поставя

- други ограничения.
5. Застрахователят да не прилага отлагателни периоди за лечение вследствие заболяване и злополука, в т.ч. общо или професионално заболяване.
 6. Застрахователят да разполага с единен телефонен център (call center), който да осигури обслужване и съдействие на застрахованите лица от "Автоматистриали" ЕАД. Застрахованите лица по свое желание и преценка да имат възможност да осъществяват връзка с координатор от единния телефонен център (call center) с цел да бъдат насочени към изпълнители на здравни услуги. Застрахованите лица да нямат задължение да осъществяват връзка с координатора или единния телефонен център (call center) на застрахователя във връзка с ползването на здравните стоки и услуги, представляващи предмет на настоящата процедура. Застрахователят да няма право да откаже изплащане на обезщетение (възстановяване на разходи) за ползвани здравни стоки и услуги от застраховано лице в случай, че застрахованото лице не е осъществило връзка с неговия координатор или единен телефонен център (call center), преди или по време на ползване на здравните стоки и услуги, предмет на настоящата процедура.
 7. Застрахователят е необходимо да предостави договорените услуги при същите условия и цени и на членовете на семействата на служителите на "Автоматистриали" ЕАД. За застраховка на членове на семействата ще се заплаща еднократна годишна премия за тяхна сметка. За целите на настоящата поръчка, членове на семейството са: съпруг, съпруга, партньори на семейни начала, деца до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си – до 26-годишна възраст.
 8. В случай на присъединяване на нови лица към групата на застрахованите, след датата на начало на действие на застрахователното покритие, новите включени лица е необходимо да ползват здравните стоки и услуги, съгласно договорения обхват на застрахователно покритие, като размерът на лимитите на обезщетение за тези застраховани лица не се преизчислява пропорционално от годишните договорени лимити на обезщетение, съобразно периода от датата на включването им към застрахователното покритие до датата на изтичане на съответния едногодишен застрахователен период, т.е. да ползват заложените годишни лимити на обезщетение в пълния им размер.
 9. Новоназначени служители да могат да се присъединяват към покритието по здравната застраховка, предмет на настоящата поръчка, без ограничение в рамките на съответния едногодишен застрахователен период.
 10. Членове на семейство е необходимо да могат да се присъединяват към покритието по здравната застраховка, предмет на настоящата поръчка, в рамките на първите 2 (два) месеца от срока на застраховката.
 11. Новоназначени служители е необходимо да могат да включат членове семейство до 1 (един) месец от датата на включването им в застрахователното покритие.
 12. Новородени и осиновени деца е необходимо да могат да се включат към застраховката не по-късно от 1(един) месец след раждането/осиновяването.

V. ИЗИСКВАНИЯ И УСЛОВИЯ КЪМ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРА

1. Застрахователят следва да осигури следните начини за използване на здравния договор:
 - Абонаментното обслужване - застрахованото лице посещава лечебно заведение, с което застрахователят има сключен договор, като разходите за извършените медицински услуги се заплащат от застрахователя директно на лечебното заведение, до лимита и покритията по застрахователния договор

- Възстановяване на разходи – застрахованото лице заплаща разходите за необходимите здравни стоки и лекарствени средства, както и за използваните здравни услуги в избрано от него лечебно заведение, с което застрахователят няма сключен договор и впоследствие предявява претенция към застрахователя за тяхното възстановяване, до лимита и покритията по застрахователния договор.
2. Застрахователят е длъжен да представя актуализиран списък на лечебните заведения, с които има сключени договори за абонаментно обслужване за срока на договора при всяка промяна в този списък, в рамките на 3 работни дни от настъпване на промяната.
 3. При сключване на договора, за всяко застраховано лице Застрахователят е длъжен да издаде и/или регистрира индивидуална здравна карта, която служи за легитимация на застрахованото лице с правата по договора пред изпълнителите на здравни услуги, с които избраният за изпълнител Застраховател има сключен договор за здравно обслужване.
 4. Преди подписване на договора, в резултат на настоящото състезание, с цел определяне размера на първата месечна застрахователна премия, Възложителят ще представи на участника, определен за Застраховател, Списък на служителите (застрахованите лица), съдържащ три имена и ЕГН на лицата, за които ще бъде сключена здравната застраховка.
 5. Във връзка с това, по време и за срока на договора, този списъкът на персонала може да бъде променян, за което Възложителят ще подава информация до 5 работни дни след промяна за новоназначени и освободени служители.
 6. За новопостъпили застраховани лица, в рамките на периода на действие на договора, Застрахователят е длъжен в срок до 5 работни дни, считано от датата на получаване на актуализирания списък или списък на новоназначени служители, да издаде и предостави на Възложителя индивидуални здравни карти за новите застраховани лица.
 7. В случай на загуба или увреждане на личната здравна карта Застрахователят издава дубликат на същата в срок до 5 работни дни от уведомяването му, без да изисква заплащане на дубликата.
 8. Покритието по здравната застраховка се прекратява с прекратяването на трудовото правоотношение на съответния работник или служител с Възложителя.
 9. Застрахователят е длъжен да предоставя справка за щетимостта по договора след края на всяко шестмесечие от началото на застрахователния договор, която съдържа: здравен номер на застрахованото лице, номер и дата на завеждане на претенцията, размер на претенцията, размер на изплатено обезщетение, дата на изплащане на обезщетението към застрахованото лице, както и изплатени суми от Застрахователя към изпълнителите на здравни услуги (лечебни заведения) за ползвани здравни услуги и/или стоки от застрахованото лице за периода на справката, когато същите се ползват на принципа на абонаментно обслужване, отделно за всеки пакет от настоящата поръчка. Справката съдържа и информация за отказаните и/или частично изплатени претенции и причините за техния отказ и/или частично плащане. Справката следва да бъде предоставяна на застрахователния брокер в електронен формат (EXCEL). Въз основа на получената информация, застрахователният брокер предоставя на Възложителя обобщена, неперсонифицирана информация за ползваните от застрахованите лица услуги и тяхната стойност.
 10. Застрахователят се задължава да подготви и да представи на Възложителя инструкция (указания) за ползване на услугите по договора за здравна застраховка от застрахованите лица, в срок до 5 работни дни от датата на влизане в сила на договора. Инструкцията е необходимо да съдържа всички съществени аспекти от сключения договор, включително и не само:
 - лимити на обезщетение,
 - механизъм за ползване на услугите по договора,
 - лица за контакт,

- процедура за предявяване на претенция от застрахованите лица за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки,
- необходими документи за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и/или стоки, вкл. изискванията на Застрахователя към формата и съдържанието на представяните от застрахованите лица медицински и финансови документи, както и интернет адрес на информационната система на Застрахователя.

Инструкцията следва да е в съответствие със сключения договор и приложенията към него и не следва да се изменя през периода на договора към по-неблагоприятни и утежняващи условия/процедури за застрахованите лица. Инструкцията следва да се приема за неделима част от застрахователния договор. В случай на промяна на някой от съществения аспекти от този договор, включени в инструкцията, Застрахователят изпраща на Възложителя актуална инструкция, в срок до 5 работни дни, считано от извършване на промяната.

11. При противоречия между Общите условия на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ и Условията на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, ще се прилагат Условията на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ по настоящата процедура

VI. СРОКОВЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ НА ПРИНЦИПА НА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ.

1. За възстановяване на разходи за здравни услуги и стоки, получени от застрахованите лица от изпълнители на здравни услуги, с които Застрахователят няма сключени договори за здравно обслужване, застрахованите лица ще подават претенция за възстановяване на разходи, изготвена по образец на Застрахователя.
2. Към претенцията за възстановяване на разходи, застрахованите лица ще прилагат медицински и финансови документи, доказващи претенцията по основание и размер. Застрахованите лица прилагат медицински и финансови документи съгласно предварително предоставен от избория за изпълнител Застраховател списък с документите и изискванията на избория за изпълнител Застраховател към тях, необходими за изплащане на обезщетение по претенции за възстановяване на разходи, представляващ неразделна част от договора.
3. Претенциите за възстановяване на разходи на застрахованите лица се събират, регистрират и вхидират при избория за изпълнител Застраховател от обслужващия застрахователен брокер на Възложителя. Претенциите за възстановяване на разходи могат да се регистрират и вхидират при Застрахователя и директно от застрахованите лица или от определен от Възложителя служител, както и онлайн, в случай че Застрахователят е предоставил такава опция за завеждане.
4. Застрахователят е необходимо да не поставя условие за минимален размер на претенция за възстановяване на разходи, под който същата няма да бъде разглеждана.
5. Застрахователят е необходимо, в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от датата на постъпване при него на претенция, с приложени документи за възстановяване на разходи за ползвани здравни услуги и стоки, да изплати претендираните разходи на застрахованото лице по банкова сметка на застрахованото лице, посочена в претенцията за възстановяване на разходи.
6. Всички документите ще се подават при Застрахователя, след извършване на разхода от застрахованото лице в рамките на давностния срок, определен от Кодекса за застраховането за медицинска застраховка.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ.

1. Възложителят ще заплаща на избория за изпълнител Застраховател, в полза на застрахованите лица, застрахователна премия за всяко едно застраховано лице, за

- всеки един календарен месец, за всеки едногодишен (12-месечен) застрахователен период от срока на действие на договора.
2. Застрахователната премия за всяко едно застраховано лице, за 1 (един) календарен месец от срока на действие на договора, е необходимо да се посочи в договора и да не подлежи на промяна по време на срока му на действие. Същата да е окончателна и в нея да са включени всички разходи на Застрахователя във връзка с изпълнението на поръчката, в т.ч. административни и аквизиционни разходи, възнаграждения, стойност на индивидуалните здравни карти, други такси и вноски и прочие.
 3. Съгласно Закона за данък върху застрахователните премии Застрахователят начислява данък в размер на 2 (две) на сто върху застрахователната премия по договора за настоящата процедура. Начисленият данък съгласно ЗДЗП е необходимо да се посочи отделно от договорената застрахователна премия по договора.
 4. Застрахователната премия и съответният данък съгласно ЗДЗП да са в лева и ще се заплащат по банков път от Възложителя на избора за изпълнител Застраховател, на месечна база, в съответствие с актуалния към момента списък на застрахованите лица, подлежащи на застраховане по здравната застраховка.
 5. Застраховката да има възможност да бъде заплатена на 4 /четири/ равни месечни вноски.
 6. Първата вноска /от четирите/ на застрахователната премия ще се изчисли, като посоченият в договора размер на застрахователната премия, за едно застраховано лице, за един календарен месец, се умножи по броя на застрахованите лица, съгласно предоставен от Възложителя списък на служителите, за които ще бъде сключена здравната застраховка, съгласно образец, неразделна част от договора.
 7. Възложителят се задължава да заплати на Застрахователя първата начислена премия и данъка съгласно ЗДЗП в срок до 10 /десет/ работни дни, считано от датата, посочена като начало на покритието и представяне на документ за плащане от Застрахователя. По време на този срок е необходимо Застрахователят да приема да покрие всички рискове по договора.
 8. Всяка следваща застрахователна премия да се изчислява, като посоченият в договора размер на застрахователната премия, за едно застраховано лице, за един календарен месец, се умножи по актуалния брой застраховани лица за съответния месец, съобразно предоставен от Възложителя актуализиран списък на застрахованите лица.
 9. При предоставяне на актуализиран списък на застрахованите лица за всеки следващ отчетен период от срока на договора, да се извършва преизчисляване на дължимата месечна застрахователна премия. За извършените промени Застрахователят е необходимо да изготвя добавък, отразяващ промените и издава документ за актуалната дължима премия с включен ЗДЗП.
 10. Застрахователната премия, при включване и изключване на застраховани лица от списъка, да се изчислява на месечна база като за всички пакети да се начислява пропорционална застрахователна премия, а при напускане на лица, премията се сторнира пропорционално на оставащия период.

VIII. ЗАБЕЛЕЖКА.

При сключване на застрахователните договори, както и при обслужването им Възложителят ще използва съдействието и консултациите на лицензирано лице- застрахователен брокер - "Брокер инс" ООД

IX. ИЗИСКВАНИЯ КЪМ КАНДИДАТИТЕ:

- всеки участник следва да отговаря на изискванията на чл. 12, ал. 1 от Кодекса за застраховане; да притежава валиден лиценз за извършване на съответната дейност; да има добра репутация/рейтинг, пазарен дял /данни от Комисия за финансов надзор за 2021 г./

- в офертата следва да са посочени покритите застрахователни рискове в съответствие с изискванията на Възложителя и конкретна цена за всеки застрахователен пакет. Предложената цена и другите условия по офертата следва да отговарят на действащото законодателство;
- предложението на кандидатите следва да съдържа следната информация: общи условия, описание на покритите рискове; срок на застрахователното покритие; размер на застрахователната премия за всеки застрахователен пакет и общо; начин на заплащане еднократно или на вноски, преференциални условия; валидност на офертата; други обстоятелства по преценка на кандидата;
- предложението на кандидатите следва да съдържа списък на лечебните заведения, с които има сключени договори за абонаментно обслужване;
- офертата трябва да бъде подписана от лицето/ата, представящи участника или упълномощени от тях с нотариално заверено пълномощно.