

ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ И ЗЛОПОЛУКА“

№

2	0	0	0	2	1	0	0	9	8	4	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(НОМЕР АГЕНЦИЯ / НОМЕР ПОЛИЦА)

По смисъла на чл.192, ал.1 от Закона за горите по условията на застраховка „Злополука“ и застраховка „Заболяване“

Застраховач: ТП ДГС ЦОНЕВО

Адрес: с.Цонево, обл. Варна, ул. „Христо Трендафилов“ № 54

ЕИК: 2016174120145

Представяван от: инж.Росен Колев Русев – директор
Теменужка Петкова – ръководител счетоводен отдел

Застраховани лица: Служители и работници изпълняващи функции по опазване на горските територии

Брой застраховани лица по списък (приложен): 25 броя

Застрахователна сума: Съгласно смисъла на чл. 192, ал. 1 от ЗГ със средна заплата в размер на 770 лева

Срок на действие на полицата: 1 година

Дата на влизане в сила на полицата: 12-01-2016г.

Дата на изтичане на полицата: 11-01-2017г.

Териториален обхват на полицата: Територията на Република България

Ползващи лица: За риска «Смърт» - законните наследници на застрахования
За всички останали рискове - Застрахования

Рисков клас: Първи и втори според заеманата длъжност

Покрити рискове	Застрахователна сума за 1 лице	Размер на застрахователните обезщетения
Смърт на служител вследствие злополука при или по повод на изпълнение на служебни задължения	12 месечни brutни работни заплати	Изплаща се еднократна застрахователна сума в размер на 12 brutни месечни възнаграждения на всеки правоимащ (съпруг/а, децата или родителите, законните наследници)
Трайна загуба на работоспособност над 50 % на служител, който е претърпял злополука при или по повод на изпълнение на служебните си задължения (тежка телесна повреда)	10 месечни brutни работни заплати	Изплаща се застрахователна сума еднократно в размер на 10 brutни месечни възнаграждения
Трайна загуба на работоспособност до 50 % на служител, който е претърпял злополука при или по повод на изпълнение на служебните си задължения (средна телесна повреда)	6 месечни brutни работни заплати	Изплаща се застрахователна сума еднократно в размер на 6 brutни месечни възнаграждения

Застрахователна премия (без 2% ЗДЗП): 269,50 лева

ЗДЗП – 2%: 5,39 лева

Общо дължима премия, в т.ч. данък: 274,89 лева

Словом: Двеста седемдесет и четири лева 0,89 ст.

Начин на плащане: Еднократно ☒ На равни вноски ☐

Дата на издаване на полицата: 08-01-2016г

Място на издаване на полицата: София

Застрахователен посредник: „Животозастрахователен институт“ АД

№ на застрахователния посредник: 0000

Адрес по регистрация на застрахователния посредник: София, бул. „Черни връх“ 51Д

Декларация:
Декларирам, че застрахованите лица нямат загуба на работоспособност над 50% и няма такива, които са в процедура за определяне на процент на загуба на работоспособност над 50%.

Давам съгласието си личните данни на застрахованите лица да бъдат обработени и да бъдат предоставявани на застрахователния институт за издаване на застраховка „Живот и злополука“ на „Животозастрахователен институт“ АД, както и Застрахователят да получава информация и документи от застрахованите лица относно здравословното състояние.

Декларирам, че съм запознат със Общите условия по застраховка „Злополука“ и „Заболяване“ на „Животозастрахователен институт“ АД.

екземпляр от тях при връчване на застрахователната полица.

ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:
Подпис и печат:

ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:
Подпис и печат:

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

II. ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Застрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗЛОПОЛУКА" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".

2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застрахован".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховачият и ползвателът се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са здрави дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховател се лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
7. Застрахователното покритие за рисковете Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове:

1.1. А. Основни рискове:

- 1.1.1. Смърт вследствие на злополука.
- 1.1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука.

1.2. Б. Допълнителни рискове:

- 1.2.1. Временна неработоспособност вследствие на злополука;
 - 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване (за лица на възраст до 65 години);
 - 1.2.3. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване;
 - 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване;
 - 1.2.5. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване;
 - 1.2.6. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.
2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1.1. взети заедно или поотделно (само за риска смърт), ако са изрично посочени в конкретен застрахователен договор. Рисковете по т.1.2. могат да се включват само като допълнително покритие.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.
4. За лица на възраст над 65 до 70 години се носят рискове само вследствие на злополука.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за застрахователни събития, дължащи се на:

- 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаут, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
- 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
- 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
- 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и непредназначаване на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
- 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер по Наказателния кодекс.
- 1.6. Самоубийство или опит за самоубийство.
- 1.7. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
- 1.8. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравляния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
- 1.9. Практикуване на опасни спортни занимания - алпинизъм, скално катерене, нощно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
- 1.10. Когато лицето е пътник или екипаж на летателен апарат, непозволен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за превоз на пътници.
- 1.11. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател.
- 1.12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
- 1.13. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътна мрежа.
- 1.14. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
- 1.15. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по полов път; заболявания от венерически болести.
- 1.16. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
- 1.17. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
- 1.18. Вродени аномалии и последиците от тях.
- 1.19. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.
- 1.20. Участие на Застрахования като шофьор на МПС, резервен шофьор или пътник в МПС при тестови изпитания.
- 1.21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
- 1.22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
- 1.23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
- 1.24. Не се считат за застрахователна злополука болести от каквото и да е естество, епилептични припадъци, припадъци причинени от други съществуващи заболявания, включително последиците от тях, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен

е, когато вследствие на покрити от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или загубена или намалена работоспособност.

26. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него, освен ако не е договорено друго;
27. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора; последици от заболявания, настъпили извън срока на застрахователното покритие;
28. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор;
29. Последици от злополуки, настъпили преди началото на застраховката;
30. Инфекциозни (заразни) заболявания;
31. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
32. Лечение в профилакториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения;
33. Лечение в специализирани болници и отделения за рехабилитация и физиотерапия, освен ако същото не е предхождано от лечение в отделение (клиника), провеждащо първична терапия на съответното заболяване;
34. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрити по тези Общи условия;
35. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка;
36. Професионално заболяване.

2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т. 1 и т. 2, така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1 и т. 2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

A. Основни рискове: 1. Смърт вследствие на злополука

1.1. По смисъла на тези условия: За злополука се считат всички действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изключвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от напъване на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.

Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, в резултат на застрахователна злополука, станала през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпореждане на ТП на НОИ съгласно чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.

Битова злополука е всяка друга злополука.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на злополука се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила до една година от датата на злополуката, в причинна връзка с със същата и е настъпила през срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за трайно намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между договорената застрахователна сума и изплатените суми.

1.2.3. Общата сума от застрахователните плащания за Смърт, Трайно намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да надвишава застрахователната сума.

1.2.4. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочена в размер и за период, договорен с ползващото или ползващите лица.

1.3. Специфични изключения

1.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т. 1.

1.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрити по условията на застраховката.

1.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука

2.1. По смисъла на тези условия: Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се сключва заедно с основния риск смърт вследствие на злополука.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва в случаите, когато злополуката е настъпила в срока на застраховката и трайната неработоспособност е установена не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на злополуката.

2.4.2. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.

2.4.3. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.4. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна неработоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или суми за оперативно лечение.

2.4.5. Застрахователното обезщетение за трайно намалена или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения Не се покрива Трайно намалена или загубена работоспособност, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.3.

2.5.2. Когато е в резултат на злополука, регистрирана за първи път преди началото на срока на договора.

Б. Допълнителни рискове

2.1. Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване

По смисъла на тези условия: Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на злополука и/или заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

Застрахователно плащане 1.2.1. При Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност, съгласно конкретния договор. **1.2.2.** Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука се изплаща само в случаите, когато уврежданията, довели до временна неработоспособност, са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката и за втори път - до три месеца от датата на събитието. **1.2.3.** Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща един път в срока на договора, а при договори със срок 2 и повече години - веднъж в застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява. **1.2.4.** Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща само на лица на възраст до 65 години, освен ако не е договорено друго. **1.2.5.** Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани. **1.2.6.** Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователното покритие. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване, когато са издадени за заболяване и в съответствие с т.1.2.2, когато са за злополука. **1.3.** Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за Временна неработоспособност в случаите на: **1.3.1.** Хронични, повтарящи се заболявания, диабет, алергии и последиците от него, освен ако не е договорено друго в конкретния договор; **1.3.2.** Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, от H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор. **1.3.3.** Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.

2. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване 2.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрита по условията на застраховката във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите. Медицински разходи са: а) Разходи за медикаменти; б) Разходи за прегледи и изследвания;

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие злополука или заболяване, покрито по тези условия. Лекарствени средства са всички официално признати такива, регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение. Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

2.2. Застрахователно плащане

2.2.1. Разходи за медикаменти

Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.2. Разходи за прегледи и изследвания: Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от злополука и/или заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.3. Разходи за медикаменти и/или за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване се изплащат на лица на възраст до 65 години.

2.3. Специфични изключения - Не се покриват разходите за:

2.3.1. Заболявания и/или злополучки, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения.

2.3.2. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабители средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

2.3.3. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

2.3.4. Хранителни добавки; медицинска козметика; консумативи, вкл. санитарни материали, като бинт, памук, памперси и други; помощни средства, като шини, ортези, колани и други; както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

2.3.5. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия;

2.3.6. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

2.3.7. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

2.3.8. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

2.3.9. Разходи за протезиране; пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на белези, акне и пр

2.3.10. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

2.3.11. Отговорността на Застрахователя е само за медицински разходи, свързани със събития, покрити по условията на риска временна загуба на работоспособност, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване

3.1. По смисъла на тези условия - Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

3.2. Застрахователно плащане

3.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя. Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

специфични изключения. Не се изплащат суми за:

разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;

Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;

3.3. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3.3.4. Болничен престой при увреждания, довели до хронични и повтарящи се състояния, освен ако не е договорено друго в съответната тарифа или конкретен договор.

3.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:

3.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

3.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

3.4.3. Болничния престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

3.4.4. Не се изплащат дневни пари за болничен престой в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

4. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване

4.1. По смисъла на тези условия Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно в срока на застраховката оперативно лечение, наложено вследствие на злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

4.2. Застрахователно плащане

4.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

4.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативното лечение.

4.2.3. Суми за оперативно лечение се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.

4.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

4.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

4.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

4.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

4.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване/злополука, покрити по тези Общи условия;

4.3.2. Консумативи, контрастни вещества, помощни средства за операция, импланти, платна, лещи и подобни на тях, използвани при операции, протези или оборудване.

4.3.3. Избор на екип.

4.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

4.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

4.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

4.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.

5. Разходи за транспортиране (репатриране)

5.1. Когато се изплаща обезщетение за риска Смърт вследствие на злополука, може да се изплатят обезщетения за транспортиране (репатриране) и за погребение, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.

5.1.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на телните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

5.1.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

5.2. Разходи за транспортиране при злополука - Разходи за транспортиране при злополука са разходите за превозването на Застрахования със специализиран медицински транспорт, от местонахождението му при настъпване на застрахователното събитие, до местоживеенето му или до здравно заведение. Необходимостта от транспортиране трябва да бъде във връзка с настъпило по настоящите Общи условия застрахователно събитие и отразена в амбулаторния лист или епикризата, издадена от лечебното заведение, провело лечението.

5.2.1. Възстановяват се направените разходи за транспортиране с цел оказване на първа помощ и извеждане на Застрахования до състояние извън опасност за живота му, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.

5.2.2. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от размера, определен в съответната тарифа или конкретния договор.

5.3. Специфични изключения - Застрахователят не възстановява разходи в случаите на:

5.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.

5.3.2. Транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

5.3.3. Направени разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

инспортиране, наложено от събитие, за което Застрахователят не дължи обезщетение за временна загуба на работоспособност.

ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, Застрахованият/Застрахованият може да определи едно или повече ползващи лица. Ползващото лице придобива правото да получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователно събитие. Застрахованият/Застрахованият може да променя по всяко време ползващото лице.

2. Не е задължително ползващото лице да бъде посочено по име. Достатъчно е да бъде посочено неговото качество спрямо застрахованото лице.

3. Ако застраховката е сключена в полза на децата на застрахованото лице, ползващи лица са и децата, родени след сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго.

4. Ако застраховката е сключена в полза на съпруг на застрахованото лице, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със застрахованото лице, към деня на настъпване на застрахователното събитие, освен ако е уговорено друго.

5. Когато ползващите лица са няколко, те имат равни права, освен ако не е договорено друго.

6. Ако ползващото лице почине преди застрахованото лице и по договора не са определени други ползващи лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или неговите наследници.

7. Ползващото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие. Ако ползващите лица са няколко, частта на ползващото лице, умишлено причинило застрахователното събитие, се разпределя по равно между останалите, освен ако е уговорено друго.

8. Ако няма определени други ползващи лица в случая по т. 7, застрахователната сума се изплаща на Застрахования, съответно на неговите наследници.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:

1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 години до такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.

1.2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;

1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:

1.3.1. За сметка на застрахованите лица - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1;

1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък или по средносписъчен състав с възраст съгласно т. 1.1.

VII. ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

1. При сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. При сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.

3. Застрахователния договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.

5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тахно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.

5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.

6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:

6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чийто живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.

6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.

6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.

6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.

7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.

8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложение и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договърът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.

9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.

10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:

10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.

10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования / Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.

настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.

Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахователя / Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.

13. Застрахователен договор се счита за сключен и е подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.

14. Застрахователният договор съдържа размера на самоучастието, ако такова е уговорено между страните.

15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Сроктът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава предельната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.

2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.

3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ деня, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банкова сметка или в касата на Застрахователя, но не по-рано от 00.00 часа на началото на застрахователния договор и изтича в 24.00 часа на последния ден от срока на застраховката. По изрично искане от страна на Застрахования, Застрахователят може да поеме авансово рисковете по договора (или част от тях), след подписване на писмо за покритие, посочващо периода на отложено плащане на дължимата премия.

4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.

4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.

4.2. При групови договори за сметка на Застрахования, за лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.

4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.

5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.

6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня на връщането им на работа, освен ако не е договорено друго, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.

7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования за рискове вследствие на заболяване или с навършване на 70 години за рискове вследствие на злополука.

IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или валута, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.

2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:

2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.

2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.

2.3. Премията са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.

2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.

2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.

2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

3. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.

4. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.

5. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Животозастрахователен институт“ АД.

6. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор. Платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.

7. При предсрочно прекратяване на групова застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.

8. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият, неговите наследници или ползвателно лице или лица, трябва да представят на Застрахователя следните документи:

1.1. За всички застрахователи плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахования към момента на застрахователното събитие и е включен в обхвата на договора;

2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:

2.1. При смърт на Застрахования вследствие на злополука:

2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;

общение за смърт;

2.1.4. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;

2.1.5. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;

2.1.6. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.

2.1.7. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:

2.1.7.1.Справка за реално отработени дни;

2.1.7.2.Копие на болнични листове;

2.1.7.3.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.1.7.4.Лична амбулаторна карта;

2.1.7.5.Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.

2.1.8. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.

2.1.9. В зависимост от характера на злополуката се представят и:

2.1.9.1.При битова злополука – ползващото лице или законен наследник, попълва Уведомление-претенция по образец на Застрахователя, в частта: „Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства“;

2.1.9.2.При трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;

2.1.9.3.При ПТП – копие на протокола за ПТП, заедно с резултат от алкохолна проба, в случай, че Застрахованият е бил шофьор;

2.1.9.4.Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);

2.1.9.5.Други документи, удостоверяващи злополуката, ако има издадени такива.

2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука:

2.2.1. Всички медицински документи, свързани със злополуката, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:

2.2.1.1.Лична амбулаторна карта;

2.2.1.2.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.2.1.3.Епикризи;

2.2.1.4.Резултати от изследвания и пр.

2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. ЕР трябва да бъде заверено с гриф „Влязло в сила“.

2.2.3. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.

2.2.4. Когато застрахованото лице с непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.

2.2.5. В зависимост от характера на злополуката, причинила трайни увреждания се представят и документите, съгласно т.2.1.8.

2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на злополука или заболяване:

2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО и Наредбата за медицинска експертиза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуската по болест. Началото на първия болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.

2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;

2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;

2.3.5. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.

2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.

2.3.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и документите, съгласно т.2.1.8.

2.3.9.Рентгенови снимки и други резултати от изследвания, доказващи степента на увреждане на застрахованото лице.

2.3.10.При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:

2.3.10.1.Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното лице на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение № 8, чл.11, ал.1) и други.

2.3.10.2. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копието от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.

2.4.При Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване:

2.4.1. Лична амбулаторна карта;

2.4.2.Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и свързани неговото развитие;

2.4.3. Копие на епикриза;

2.4.4.Копие на болнични листове;

2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:

2.4.5.1.Разходни документи съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;

2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания (медицинско направление).

2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:

2.4.6.1.Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;

2.4.6.2.Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.

2.4.7.За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.

2.5. При Болничен престой и оперативно лечение:

2.5.1. Копие на епикриза;

2.5.2. Копия на болнични листове;

2.5.3. Лична амбулаторна карта;

амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е получило болнично лечение.

2.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.:

2.5.6. Разходни документи, отговарящи на изискванията по т.2.7, в които подробно са описани извършените услуги, единична цена и брой.

2.6. При разходи за транспортиране и/или погребени

2.6.1. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В случай на смърт на застрахованото лице – в полето „Получател“ на фактурата, се попълват трите имена и ЕГН на законен наследник/ползващото лице по застраховката.

2.6.2. Договор с погребалната агенция за извършените услуги и цени;

2.6.3. Всички документи касаещи събитието, подробно описани в точки от т. 2.1. в случай на смърт и т. 2.3. при временна неработоспособност, наложил транспортване, в зависимост от неговия характер.

2.7. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:

2.7.1. Оригинална фактура с фискален бон;

2.7.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;

2.7.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.

2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова, колкото е договореното самоучастие;

2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

2.12. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.

2.13. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.

2.14. По желание на получателя сумата или обезщетението могат да бъдат изплатени в офисите на Застрахователя, да бъдат преведени с пощенски запис (за лева) или по посочена от него сметка в търговска банка. Плащанията се извършват в съответствие с разпоредбите на Закона за ограничаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разноските са за сметка на получателя.

2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.

XI. РЕГРЕС

1. Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.

2. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

3. Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

XII. ДАНИИ И ТАКСИ

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им.

2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (обн. ДВ. бр. 86 от 2 Ноември 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.) /ЗДЗП/.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Договорните отношения между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат от застрахователния договор, настоящите Общи условия и съответните тарифи на „Животозастрахователен институт“ АД.

2. Възникнали спорове между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.

3. Правата на застрахованите и/или ползващите се лица, за получаване на суми от Застрахователя, се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.

4. Настоящите Общи условия се предоставят като част от преддоговорната информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.

2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.

4. **ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ** е физическото лице, чиито живот е застрахован със застрахователния договор.

5. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е лице, посочено от Застрахования/Застрахования в застрахователния договор като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума.

6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение или сума.

7. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

8. **ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахиран оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9. **ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.

10. **ПРЕДШЕСТВАЩА ЗЛОПОЛУКА** е каквато и да е предишна злополука, която би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностицирана преди първия ден на застраховката.

ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в първа глава "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

12. **ТЕЛК** е Териториална Експертна Лекарска Комисия; **НЕЛК** - Национална Експертна Лекарска Комисия; **ДЕЛК** – Детска Експертна Лекарска Комисия. **КСО** е Кодекс за социалното осигуряване.

13. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА** е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.

14. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ** (вноска) е сумата, която Застрахователят дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.

15. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ** е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.

16. **СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА** е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полиса).

17. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА** е периода от една година, считано от дата на застрахователното покритие.

18. **ГРУПА** е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.

19. **ПРЕДЛОЖЕНИЕ** е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.

20. **ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ** е писмена декларация-въпросник за здравословното състояние на застрахованото лице.

21. **ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО** са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.

22. **САМОУЧАСТИЕ** е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението и/или възстановяването на разходите.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Животозастрахователен институт“ АД с протокол от 24.01.2006 г., изменени и допълнени с протокол на Съвета на директорите от 22.09.2009 г., от 17.03.2011 г., от 09.05.2013 г. и от 13.08.2013 г.

Застрахователен посредник:

Дата:

08/12/16

Подпис:

чл.2 от ЗЗЦД
[подпис]



Застрахован / застраховаш:

Днес г., долуподписаният

получих подписан екземпляр от настоящите Общи условия, съгласен съм с тях и ги приемам, за което се подписвам: (и)

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗАБОЛЯВАНЕ"

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗАБОЛЯВАНЕ" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховач".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховачият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст такава, че при изтичане на застраховката да не надвишават 65 години.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледувачи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
7. Застрахователното покритие за рисковете *Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, Диагностициране на особено тежко заболяване и Суми за оперативно лечение* е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове, настъпили вследствие заболяване:
 - 1.1. Смърт вследствие на заболяване.
 - 1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване;
 - 1.3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване;
 - 1.4. Медицински разходи вследствие заболяване;
 - 1.5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване;
 - 1.6. Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение;
 - 1.7. Суми за оперативно лечение;
 - 1.8. Диагностициране на особено тежко заболяване.
 - 1.9. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.
2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1 взети заедно или поотделно, ако са изрично упоменати в съответната тарифа или посочени в конкретен застрахователен договор.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за заболявания, дължащи се на:
 - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаут, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
 - 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
 - 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
 - 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
 - 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер или за самоубийство.
 - 1.6. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
 - 1.7. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
 - 1.8. Практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
 - 1.9. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
 - 1.10. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
 - 1.11. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
 - 1.12. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
 - 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
 - 1.14. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
 - 1.15. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
 - 1.16. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
 - 1.17. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него;
 - 1.18. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
 - 1.19. Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, довели до заболяване;
 - 1.20. Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии;
 - 1.21. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
 - 1.22. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.
 - 1.23. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със заболяване, покрито по тези Общи условия.
 - 1.24. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.
2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции

на висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни програми.

За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрий някои от изключенията по рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Застрахователят покрива изброените по-долу рискове вследствие на заболяване, диагностицирано и/или проявено след началото на застраховката, ако не е договорено друго в конкретния договор.

1. Смърт вследствие на заболяване

1.1. По смисъла на тези условия: *Заболяване* е съвкупността от клинични прояви, представляващи болестни състояния, които са диагностицирани в лицензирано здравно заведение съгласно ЗЛЗ(Закон за лечебните заведения) и ЗЗ(Закон за здравето) и регистрирани в официален медицински документ въз основа на анамнеза, клиничен преглед и резултати от лабораторни или параклинични изследвания. "Болест" е нарушение на нормалното взаимодействие на Застрахования с външната среда, при което възникват структурно-функционални или функционални промени в организма на му.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на заболяване се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила в срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила трайно намалена или загубена работоспособност и/или временна загуба на работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение, се изплаща разликата между сумата за смърт и изплатеното обезщетение за трайна, временна работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.

1.2.3. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен с ползващото лице.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване

2.1. По смисъла на тези условия:

Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване може да се сключва заедно с Основния риск Смърт вследствие на заболяване само в групови договори и при специално договаряне.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване се извършва в случаите, когато заболяването е регистрирано за първи път в срока на застраховката и срокът на инвалидизация е минимум 3(три) години.

2.4.2. Когато застрахованото лице бъде освидетелствано за първи път в срока на застраховката.

2.4.3. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК, като се изплаща обезщетение само за първото през срока на застраховката решение.

2.4.4. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни, като това е било обявено в здравната декларация и Застрахователят е прислел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.5. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна работоспособност и изплатеното обезщетение за временна работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.

2.4.6. Застрахователното обезщетение за трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения - не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.4.

2.5.2. Когато в резултат на заболяване, регистрирано за първи път преди началото на срока на договора.

2.5.3. Когато датата на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователния договор.

3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване

3.1. По смисъла на тези условия:

Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

3.2. Застрахователно плащане

3.2.1. При *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност съгласно конкретния договор.

3.2.2. Обезщетение за *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* се изплаща един път в срока на договора/застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява.

3.2.3. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани.

3.2.3.1. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователния договор. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да се без прекъсване.

3.3. Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:

3.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

3.3.2. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

3.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.

4. Медицински разходи вследствие на заболяване

4.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрити по условията на застраховката на застрахования във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите.

Медицински разходи са:

а) Разходи за медикаменти; б) Разходи за прегледи и изследвания;

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие заболяване.

Лекарствени средства са всички официално признати такива, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение на заболяване.

Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи: стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпило заболяване. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

4.2. Застрахователно плащане

4.2.1. Разходи за медикаменти - възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

4.2.2. Разходи за прегледи и изследвания:

а) Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

4.3. Специфични изключения - не се покриват разходите за заболявания, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения, както и разходите при следните специфични изключения, направени за:

4.3.1. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабители средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингирани средства; разходи за контрацептиви;

4.3.2. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

4.3.3. Консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, помощни средства, като шини, ортези, колани, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

4.3.4. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпило заболяване;

4.3.5. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

4.3.6. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (ИЗОК) или лица;

4.3.7. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване

5.1. По смисъла на тези условия

Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

5.2. Застрахователно плащане

5.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

5.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално проляганите пълни дни не се включва деня на изписването.

5.3. Специфични изключения

5.3.1. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;

5.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения.

5.3.3. Не се изплащат дневни пари при хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

5.3.4. Не се изплащат суми при нигинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор

5.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:

5.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес - прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

5.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

5.4.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

5.4.4. Не се изплащат дневни пари за болничен престой в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

6. Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение

6.1. По смисъла на тези условия

Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой и за всеки ден последващо домашно лечение, съгласно издадени и ползани болнични листове.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

6.2. Застрахователно плащане

6.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой и за всеки ден последващо домашно лечение в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

6.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално проляганите пълни дни не се включва деня на изписването.

6.3. Специфични изключения

6.3.1. Вадат всички специфични изключения по риска Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване.

6.4. Условия за изплащане на дневни пари

всички условия за изплащане по риска Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване.

Суми за оперативно лечение вследствие на заболяване

1. По смисъла на тези условия

Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно оперативно лечение, наложено вследствие на заболяване, възникнало след началото на застраховката и във връзка с проявено и диагностицирано заболяване през срока на застраховката. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

7.2. Застрахователно плащане

7.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

7.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативно лечение на последиците от заболяване, настъпило през срока на застраховката.

7.2.3. Суми за оперативно лечение при заболяване се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.

7.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

7.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

7.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

7.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

7.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия;

7.3.2. Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване.

7.3.3. Избор на екип.

7.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

7.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

7.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

7.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.

8. Диагностициране на особено тежко заболяване

8.1. По смисъла на тези условия особено тежки заболявания са:

8.1.1. Миокарден инфаркт (сърдечен удар)

Миокарден инфаркт е състояние на остра коронарна непроходимост, водеща до смърт на част от сърдечния мускул. Миокардният инфаркт се доказва от наличието на следните диагностични критерии:

а) анамnestични данни за продължителна типична гръдна болка; б) електрокардиографски данни за нови промени на ST-сегмента, последвани от поява на Q-зъбци и инверсия на T-вълната; в) лабораторни данни за най-малко двукратно увеличаване на серумните ензими над референтните стойности в резултат на сърдечна клетъчна смърт с типична констелация и динамика.

Основание за обезщетение има само в случаите на дефинитивна некроза на част от миокарда. Изрично се изключват от покритие нестабилните и хронични исхемични промени, които не са довели до остра миокардна некроза. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 21 и I 24.

8.1.2. Мозъчен удар (инсулт)

Мозъчен удар е остър мозъчно-съдов инцидент причинил неврологични последици, продължаващи над 24 часа и имащи постоянен характер. Тук се включват: инфаркт на мозъчната тъкан; кръвоизлив на вътрешно черепен кръвоносен съд; мозъчна смърт или извънчерепен източник. Доказва се наличието на постоянен неврологичен дефицит (увреждане на сетивните и двигателни функции). Основание за обезщетение има само при напълно развита клинична картина на мозъчен удар. Изрично се изключват преходните разстройства на мозъчното кръвообращение с кратковременна и лека общомозъчна и огнищна симптоматика. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 60 – I 69, с изключение на преходна мозъчна исхемия.

8.1.3. Злокачествени новообразувания (рак)

Злокачествено новообразование, чийто растеж не подлежи на медицинско лечение. Тук се включват: малигнените тумори; левкемията (рак на кръвта); болестта на Ходжкин (рак на лимфната тъкан). Доказва се хистологично. Изрично се изключват всички видове рак на кожата с изключение на злокачествените меланоми, както и всички туморни образувания, които хистологично се описват като преинвазивни или показват ранна злокачествена промяна (carcinoma in situ и първи стадий на болестта на Ходжкин). Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: C 00-C 96, с изключение на МКБ 10: C 43 и C 44 /кожен рак/ и МКБ 10: D 00-D 09.

8.1.4. Бъбречна недостатъчност в краен стадий

Това е стадий на бъбречна недостатъчност, характеризиращ се с необратимо функционално увреждане на двата бъбрека, в резултат на което е необходима постоянна хемодиализа или ренална трансплантация. Основание за обезщетение има само след започване на хронична диализа или фактическо извършване на ренална трансплантация. Изрично се изключват случаите на остра хемодиализа с възможност за последващо пълно или частично възстановяване на бъбречната функция или отстраняване на единия бъбрек. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: N 17 и N 18.

8.2. Застрахователно плащане

а) При диагностициране през срока на застраховката на едно от включените в покритието особено тежки заболявания, на застрахования се изплаща 50 % от застрахователната сума или конкретна сума, посочена в договора, след изтичане на изчаквателен период от датата на поставяне на диагнозата.

Изчаквателните периоди за тежките заболявания, покрити по тези общи условия, са както следва:

- за миокарден инфаркт - един месец от острия инцидент;

- за мозъчен удар - шест месеца;

- рак - един месец от хистологичния резултат;

- бъбречна недостатъчност в краен стадий - един месец от включването на хронична диализа.

б) Застрахователното покритие влиза в сила след изтичането на отлагателен период от три месеца от деня, в който е платена застрахователната премия за индивидуални застраховки и един месец за групови. Отлагателният период не се прилага при подновяване на действието на застраховката, ако подновяването е направено без прекъсване на предходния договор. Отлагателният период за състояния,

ени от предшестващи заболявания, за които не е направен отказ за сключване на застраховка поради висок медицински риск, е месеца.

Застрахователят извършва плащания само веднъж през срока на застраховката. Отговорността на застрахователя се прекратява по този риск.

г) В случай на смърт, която е в причинна връзка с някое от покритите по този риск тежки заболявания, настъпила след изтичане на отлагателния период, но в срока на застраховката, застрахователното обезщетение се изплаща на законните наследници.

8.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща застрахователно обезщетение при особено тежки заболявания в случаи на:

8.3.1. Заболяване диагностицирано в отлагателния период.

8.3.2. Смърт, настъпила през отлагателния период или смърт, настъпила по други причини, които нямат връзка с покритите по т.8.1 тежки заболявания.

9. Разходи за транспортиране (репатриране) при смърт и погребение

9.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на телешите останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.3. Специфични изключения

9.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.

9.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

9.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

V. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

1. Ползачо лице по покритите по тези Общи условия рискове е застрахованото лице.

2. Ползачо лице в случай на смърт са законните наследници, ако изрично не е посочено ползачо лице.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:

1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 до 64 г. включително, съгласно съответната тарифа или конкретен договор;

1.2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;

1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:

1.3.1. За сметка на работниците - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1;

1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък, без ограничение за възраст;

1.3.3. За сметка на работодателя, по средно списъчен състав и без ограничение за възраст.

VII. ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

1. Преди сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.

3. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.

5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тахно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение, застрахователна сума и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.

5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск.

6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:

6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чийто живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.

6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.

6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.

6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.

7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.

8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложение и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.

9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавките, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.

10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:

10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.

10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.

11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитие в писмена форма.

12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахования/Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.

13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.

14. Страните по застрахователния договор могат да договорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане на част от обезщетението от същия в определени в съответната тарифа или конкретен договор случаи и размери.

15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1.Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е от 1 до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.

2.За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.

3.Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало и изтича в 24.00 часа на деня, означен за нисин край, но след издаване на премията, уговорената част от нея от страна на Застрахования, най-късно до началото на застраховката или с посочен срок за плащането ѝ. Ако плащането се извършва по банков път, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ постъпването на сумата по сметка на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.

4.При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.

4.1. Отговорността на Застрахователя за новонастъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.

4.2. За лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.

4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.

5.При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.

6.При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня на връщането им на работа, ако е заплатена премия или с договорен начин за плащането ѝ.

7.Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования.

IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1.Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или евро, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.

2.Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:

2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.

2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.

2.3. Премията се годишна и се плаща еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.

2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.

2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.

2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

3.Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.

4.Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.

5.Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Живото застрахователен институт“ АД.

6.При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните специални условия, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.

7.При предсрочно прекратяване на групов застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните Специални условия или договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.

8.Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

X. ПРЕТЕЩИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият трябва да представи на Застрахователя следните документи:

1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средноспителен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахования към момента на застрахователното събитие;

2.Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитие:

При Смърт на Застрахования вследствие на заболяване:

- 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;
- 2.1.2. Съобщение за смърт;
- 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
- 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсияния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
- 2.1.5. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
- 2.1.6. Други документи, удостоверяващи заболяването, ако има издадени такива.
- 2.1.7. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
- 2.1.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
 - 2.1.8.1. Справка за реално отработени дни;
 - 2.1.8.2. Копие на болнични листове;
 - 2.1.8.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.1.8.4. Лична амбулаторна карта;
 - 2.1.8.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
- 2.1.9. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.2. *При трайна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:*
 - 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
 - 2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.2.1.3. Епикризи;
 - 2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
 - 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от края на срока на застраховката.
 - 2.2.3. При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:
 - 2.2.3.1. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено с гриф „Няма основание за обжалване“.
 - 2.2.4. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
 - 2.2.5. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за настояйничество.
- 2.3. *При Временна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:*
 - 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно е оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуската по болест.
 - 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
 - 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
 - 2.3.5. В случай на временна загуба на работоспособност от професионално заболяване се представя и Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването.
 - 2.3.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
 - 2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акта за раждане или документ за настояйничество.
- 2.4. *При Медицински разходи вследствие на заболяване:*
 - 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
 - 2.4.3. Копие на епикризата;
 - 2.4.4. Копие на болнични листове;
 - 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
 - 2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.6. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
 - 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/ и копие от резултатите.
 - 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
 - 2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
 - 2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.6. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
 - 2.4.7. При разходи за транспортиране се представят разходни документи съгласно т. 2.3. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В частта “Наименование на стоките и услугите” се записват трите имена на застрахованото лице;
 - 2.4.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. *При Болничен престой, оперативно лечение и диагностициране на особено тежко заболяване:*
 - 2.5.1. Копие на епикриза;
 - 2.5.2. Копия на болнични листове;
 - 2.5.3. Лична амбулаторна карта;
 - 2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.
 - 2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;
- 2.6. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
 - 2.6.1. Оригинална фактура с фискален бонк;
 - 2.6.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;

3. В горния ъгъл на фактурата се попълват **трите имена** на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, плащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

2.7. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:

2.7.2. Придружителното писмо с опис за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение №8, чл.11, ал.1) и други.

2.7.3. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.

2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.

2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие.

2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

2.12. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, като сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната стойност на разходите, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквато застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки. Такава пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

2.13. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.

2.14. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.

2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.

2.16. Застрахованият е длъжен при настъпване на застрахователно събитие да уведоми застрахователя писмено в 7 дневен срок от настъпване на събитието.

XI. РЕГРЕС

1.Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.

2.Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквато застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

3.Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

4.Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

XII. ДАНИИ И ТАКСИ

1.Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.

2.Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (в сила от 01.01.2011 г., обн. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г.) – ЗДЗП.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.Договорните отношения между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия и съответните тарифи на „Животозастрахователен институт“ АД.

2.Възникнали спорове между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.

3.Правата на Застрахованите за получаване на суми от Застрахователя се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.

4.Настоящите Общи условия се предоставят като преддоговорна информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1.ЗАСТРАХОВАЩ е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.

2.ЗАСТРАХОВАН е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

3.КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.

4.ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ е физическото лице, чийто живот е застрахован със застрахователния договор.

5.ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.

6.ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение.

7.ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

8.ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с прогнатирирани оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9.ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.

10. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

23. САМОУЧАСТИЕ е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в **определена част от обезщетението**.

15

