

# Общи условия за застраховки Злополука и Заболяване



[generalibg.com](http://generalibg.com)



# Общи условия за застраховки Злополука и Заболяване



## Съдържание

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ . . . . .	03	XIV. ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ . . . . .	07
II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА . . . . .	03	XV. РАЗХОДИ, ДАНЪЦИ, ТАКСИ . . . . .	07
III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ . . . . .	03	XVI. ЖАЛБИ . . . . .	07
IV. ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ . . . . .	03	XVII. ДАВНОСТ . . . . .	07
V. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ . . . . .	03	XVIII. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ. НАЧИН НА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ПЛАЩАНИЯТА И ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ. . . . .	07
VI. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР . . . . .	04	Смърт от злополука или заболяване . . . . .	07
Срок на застрахователния договор . . . . .	04	Трайна загуба на работоспособност . . . . .	07
Начини на сключване на застрахователния договор. Оценка и приемане на застрахователния риск . . . . .	04	Временна неработоспособност от злополука или заболяване . . . . .	08
Начало на застрахователното покритие . . . . .	04	Хирургично лечение от злополука или заболяване . . . . .	08
VII. САМОУЧАСТИЕ . . . . .	04	Дневни пари за болничен престой /хоспитализация/ от злополука или заболяване . . . . .	08
VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. . . . .	05	Следхоспитализационно възстановяване от злополука или заболяване . . . . .	08
IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ. . . . .	05	Възстановяване на медицински разходи от злополука и/или заболяване . . . . .	08
X. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ . . . . .	05	Възстановяване на разходи за медицински транспорт и/или репатриране вследствие злополука и/или заболяване . . . . .	09
XI. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ . . . . .	05	Разходи за погребение при смърт от злополука или заболяване . . . . .	09
Плащане на застрахователни суми и обезщетения . . . . .	05	Фрактури от злополука . . . . .	09
XII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ . . . . .	06	Дентална помощ вследствие злополука и/или заболяване . . . . .	10
Необходими документи за изплащане на застрахователни суми и обезщетения . . . . .	06	Изгаряния от злополука. . . . .	10
Ползвачи лица . . . . .	06	Диагноза на критични заболявания/особено тежки заболявания на застраховано лице . . . . .	10
Срок и начин на изплащане на застрахователно обезщетение . . . . .	06	XIX. ДЕФИНИЦИИ. . . . .	10
XIII. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР . . . . .	07	XX. ОБЩИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ . . . . .	12



**I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ**

1. По тези Общи условия „Дженерали Застраховане“ АД, по-нататък наричано „Застраховател“, срещу платена застрахователна премия поема определен застрахователен риск и застрахова едно или повече лица срещу събития, свързани с живота, здравето и телесната цялост на застрахования.

2. Страни по застрахователния договор са:

ЗАСТРАХОВАЩ е лицето, което сключва застраховката и се задължава да плаща премиите.

ЗАСТРАХОВАН е лицето, чиито живот се застрахова.

ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е лицето, на което според застрахователния договор/полицата е договорено да се плати застрахователната сума при настъпване на смърт на застрахования.

ЗАСТРАХОВАЩИЯТ и ЗАСТРАХОВАНИЯТ могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

ЗАСТРАХОВАЩИЯТ и ПОЛЗВАЩОТО ЛИЦЕ могат да бъдат физически или юридически лица.

ЗАСТРАХОВАНИЯТ е винаги физическо лице.

**II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА**

3. Застраховат се здрави лица на възраст от 0 месеца до 69 години.

3.1. Не се застраховат лица:

а) със загубена работоспособност над 50 %;

б) навършили 69 години;

в) за риска "смърт" - малолетни лица (под 14 години) и лица, поставени под пълно запрещение;

3.2. По желание на Застрахователя могат да бъдат застраховани и лица, които не отговарят на горните изисквания, по специални условия на Застрахователя.

4. Договорите/застрахователните полици за застраховките "Злополука и Заболяване" могат да се сключват като индивидуални или групови.

**III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ**

5. Застраховката покрива следните основни и допълнителни рискове:

5.1. Смърт вследствие злополука – основен и задължителен риск;

5.2. Смърт вследствие злополука и/или заболяване;

5.3. Трайна загуба на работоспособност вследствие злополука и/или заболяване;

5.4. Временна неработоспособност вследствие злополука и/или заболяване;

5.5. Хирургическо лечение/ Хирургически операции вследствие злополука и/или заболяване;

5.6. Дневни пари за болничен престой /хоспитализация/ вследствие злополука и/или заболяване;

5.7. Следхоспитализационно възстановяване вследствие злополука и/или заболяване (Неработоспособност след болнично лечение);

5.8. Възстановяване на медицински разходи вследствие злополука и/или заболяване;

5.9. Възстановяване на разходи за медицински транспорт и/или репатриране вследствие злополука и/или заболяване;

5.10. Разходи за погребение при смърт вследствие злополука и/или заболяване;

5.11. Фрактури на застрахованото лице вследствие злополука;

5.12. Дентална помощ вследствие злополука или заболяване;

5.13. Изгаряния вследствие злополука;

5.14. Диагностицирани особено тежки /критични/ заболявания;

5.15. По желание на Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна премия в покритието по застрахователните договори могат да се включат и други застрахователни рискове по специални договорености със Застрахователя.

**IV. ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ**

6. Застраховката покрива събития, настъпили на територията на Република България, освен ако не е уговорено друго.

**V. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ**

7. Не се покриват рискове, настъпили при/вследствие на:

7.1. Война или военни действия, терористични актове, граждански размирици, узурпиране на властта, въстание, бунт, революция и други събития от подобно естество, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу терористични прояви;

7.2. радиоактивни аварии, ядрени взривове, замърсяване с радиоактивни продукти или отпадъци, радиационно /ионизиращо/ лъчение, природни бедствия и всички подобни събития с масови последици;

7.3. практикуване на високорискови дейности /спорт или хоби / - моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене, спелеология и др.

7.4. упражняване от Застрахования на всякакъв вид спорт като професионален спортист, включително участие в тренировки и спортни състезания;

7.5. участие в състезания и изпитания на транспортни средства на земя, по вода и във въздуха;

7.6. пътувания по въздуха (с изключение на тези като пътник с летен билет за самолет за редовен или чартърен полет);

7.7. събития, при които има доказана употреба от Застрахования на алкохол, опиати, наркотици, стимуланти, допингови вещества или други уподобящи вещества, в т.ч. управление на МПС от Застрахования след употреба на алкохол с установено количествено съдържание в кръвта над позволеното от закона, и/или потвърдена алкохолна генеза на заболявания като цироза, хепатитна фиброза, неоплазмен хепатит, хроничен панкреатит и други;

7.8. предварително съществуващи състояния или вродени увреждания и заболявания, включително хронични заболявания, както и всякакви други заболявания, диагностицирани и регистрирани преди началото на застрахователното покритие;

7.9. усложнения на бременността, аборт, раждане или раждане на мъртво дете, както и произтичащо от това медицинско лечение на застрахованата, с изключение на случаите на застрахователна злополука;

7.10. самолечение, неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране или агравирание на заболяване от застрахования, умишлено увреждане на своето здраве, както и осъществяване по волята на застрахования на лечение без медицинска необходимост и без лекарско предписание;

7.11. психични заболявания, психиатрични и еуфорични състояния, умствени увреждания и последиците от тях;

7.12. участие в медицински, научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти;

7.13. упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия валиден разрешителен документ, включително управление на сухоzemни, летателни или плавателни транспортни средства без валиден разрешителен документ за правоуправление;

7.14. злополуки при грубо неспазване от Застрахования на правилата и инструкциите за безопасност на труда, установени от съответните органи, както и упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда;

7.15. СПИН/ХИВ и болести предавани по полов път;

7.16. самоубийство или опит за самоубийство на застрахования; умишлено самонараняване или самоувреждане;

7.17. лечение и процедури за намаляване на наднормено телесно тегло;

7.18. пластични операции, операции за смяна на пола, операции за корекция на зрението и всякакъв вид козметични медицински процедури;

7.19. физиотерапия, рехабилитация и санаториално лечение, освен в случаите на долекуване и продължително възстановително лечение, непосредствено предхождано от болнично лечение;

7.20. лечение на стерилитет, включително ин vitro процедури;

7.21. извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер от застрахования, участие в сбиване;

7.22. изпълнение на смъртна присъда, увреждане на здравето, настъпило по време на задържането на застрахования от органи на властта или в място за лишаване от свобода;

7.23. възстановяване на разходи, платими по други застрахователни полици, по задължително и/или доброволно медицинско осигуряване, или други медицински схеми;

7.24. прегледи, изследвания, лечение и медикаменти и всякакви други здравни услуги и/или стоки, извършени и/или закупени за лечение на заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация, в т.ч. и профилактични прегледи и изследвания за тяхното установяване и/или отхвърляне.

8. Застрахователят може да поеме покритането на някои от рисковете по т.7. срещу заплащане на допълнителна премия. Това се отразява изрично в полицата или в добавък към нея.

9. Страните могат да договорят и други изключени рискове.



## VI. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

### СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

**10.** Застрахователният договор може да се сключи за срок от 1 ден до 5 години.

**10.1.** Срокът на договора се посочва в застрахователната полица, като се отбелязва изрично началото и края на застрахователното покритие. Влизане в сила на застрахователния договор.

**11.** Застрахователният договор влиза в сила от 00:00 часа на датата, посочена в застрахователния договор за начало, при условие, че цялата премия или първата вноска, при разсрочено плащане, са платени до датата, указана в договора.

**11.1.** Договорът се прекратява в 24:00 часа на деня посочен в застрахователния договор за край на застрахователното покритие;

**11.2.** За индивидуалните, семейни и групови договори за сметка на застрахованите лица покритието от заболяване влиза в сила от 00:00 часа на деня, в който изтичат 30 дни от датата, посочена като начало на застраховката /отлагателен период/, освен, ако не е уговорено друго.

**11.2.1.** При подновяване на застрахователния договор без прекъсване, отлагателният период не се прилага.

**12.** По груповите застраховки:

**12.1.** за новопостъпващите лица в групата на застрахованите през времетраене на застраховката, отговорността на застрахователя започва в 00:00 часа на деня следващ датата на постъпване на лицето в групата;

**12.2.** за напусналите групата на застрахованите лица през времетраене на застраховката, отговорността на застрахователя се прекратява в 24:00 часа на деня на напускане;

**12.3.** за лицата, които са в отпуск по болест към началото на договора, отговорността на застрахователя започва в 00:00 часа на деня, следващ датата, на която са се върнали на работа.

### НАЧИНИ НА СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ОЦЕНКА И ПРИЕМАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

**13.** Застраховката се сключва въз основа на писмено предложение на Застраховачия по образец на Застрахователя и/или с издаване на застрахователна полица.

**13.1.** Застрахователят може да откаже сключването на застрахователна полица за отделен кандидат за застраховане физическо лице, за група или за част от членовете на групата;

**13.2.** Застрахователят може да изиска попълнен от кандидата за застраховане индивидуален здравен въпросник и/или да му предпише извършване на медицински прегледи и/или изследвания преди сключването на застраховката във всички случаи, освен ако не е предвидено друго в Специални условия към договора за застраховка.

**14.** Груповите застраховки се сключват за сметка на застрахованите лица или за сметка на трето лице.

**15.** При сключване на договора, Застраховачият/Застрахованият е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за оценяване на застрахователния риск.

**15.1.** За съществените се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос, включително и подробна и точна информацията относно възрастта, пола и здравословното състояние на застрахованото лице;

**15.2.** Ако Застраховачият/Застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати договора. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането и до прекратяването на договора;

**15.3.** Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му;

**15.4.** Застрахователят може да упражни правата по т.15.2. и т.15.3. в едномесечен срок от узнаване на обстоятелствата;

**15.5.** В случаите по т.15.3, ако застрахованият не приеме предложението за промяна на договора в двуседмичен срок от получаването на предложението, договорът се прекратява. В този случай Застрахователят задържа

платената част от премията и има право да иска плащането и до прекратяването на договора;

**15.6.** Когато е настъпило застрахователно събитие преди узнаване на обстоятелствата по т.15.2. и т.15.3., Застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали, съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск;

**15.7.** Ако застрахованият е сключил договора чрез пълномощник или за сметка на трето лице, достатъчно е укритото обстоятелство да е било известно на застрахования или на пълномощника му, съответно на третото лице;

**15.8.** Ако при сключването на договора за застраховка обстоятелствата по т.15 и т.15.1. не са били известни на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването им да предложи изменение на договора;

**15.8.1.** Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което уведомява писмено другата страна;

**15.8.2.** Ако договорът бъде прекратен по предходната алинея, Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок от застрахователния договор;

**15.8.3.** При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на договора, Застрахователят не може да откаже плащане на застрахователно обезщетение или сума, но може да ги намали, съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати за реалния застрахователен риск;

**16.** По време на действието на договора, Застраховачият/Застрахованият е длъжен да обяви пред Застрахователя, незабавно след узнаването им, всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят е поставил писмено въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.

**16.1.** При неизпълнение на това задължение, се прилагат съответните последици по т.15.

**17.** Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес и да съобщи на Застрахователя новия си адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на Застрахователя съобщенията, изпратени от него на адреса на застрахования, се смятат за връчени и получени от застрахования с всички предвидени в закона и договора правни последици.

**18.** Застраховачият е длъжен да даде на застрахованото лице/а цялата информация, която е получил от Застрахователя относно условията на сключения договор и която е необходима на застрахованите за упражняване на правата им по застрахователния договор.

### НАЧАЛО НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

**19.** Застрахователното покритие за застрахованите лица влиза в действие както следва:

**19.1.** за рисковете вследствие на Злополука - покритието е в сила от началото на сключената застраховка, посочено в полицата или добъвък/анекс към нея при условие, че е заплатена застрахователна премия (освен ако в застрахователната полица е уговорено друго).

**19.2.** за рисковете вследствие на Заболяване - започва след изтичането на 30-дневен отлагателен период, считано от датата на началото, посочено в полицата или добъвък/анекс към нея, при условие, че е заплатена застрахователна премия (освен ако в застрахователната полица е уговорено друго).

### VII. САМОУЧАСТИЕ

**20.** В застрахователния договор може да се уговори самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане от него на част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие. Самоучастието може да бъде безусловно или условно, като неговият размер не може да надхвърля 50 на сто от застрахователната сума по договора (съгласно Кодекса за застраховането). Видът и размерът на самоучастието, когато е предвидено такава, се посочва в Специалните условия за застрахованите рискове и/или в застрахователната полица.



**VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА**

**21.** ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА (лимит на отговорност) е договорената или определената с нормативен акт и посочена в застрахователен договор парична сума за едно лице, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя към застрахования или ползващото лице. Тя се договоря между Застрахователя и Застрахователя и служи за основа при изчисляване или лимитиране на застрахователните обезщетения.

**21.1.** Застрахователната сума за избраните допълнителни рискове не може да бъде по-висока от застрахователната сума по основното покритие;

**21.2.** Размерът на минималната и максималната застрахователна сума се определя от Застрахователя;

**21.3.** Размерът на застрахователната сума може да бъде еднакъв или различен за застрахованите лица, включени в група. При договаряне на различни застрахователни суми, списъкът на застрахованите съдържа индивидуална застрахователна сума за всяко лице;

**21.4.** Застрахователната сума се договоря в български лева [BGN], освен ако в застрахователната полица е уговорена друга валута.

**IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ**

**22.** Застрахователна премия е паричната сума, която Застрахователят/Застрахованият заплаща на Застрахователя и срещу която последният покрива включените по договора застрахователни рискове.

**22.1.** Премията се определя по съответната тарифа на застрахователя, в сила към датата на сключване на застрахователния договор;

**22.2.** Премията зависи от избраната тарифа, срока на застраховката, застрахователната сума, рисковия клас и избраното застрахователно покритие.

**23.** Рисковият клас се определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на застрахования и/или характера на дейността, в която участва.

**24.** Застрахователната премия се заплаща:

**24.1.** еднократно при сключване на застраховката. Ако застраховката е сключена за повече от една година Застрахователят/Застрахованият може да плати премията за повече от една година (предплатени премии);

**24.2.** с годишни вноски в началото на всяка застрахователна година, ако застраховката е сключена за повече от една година;

**24.3.** разсрочено на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски, ако застраховката е сключена за една година;

**24.4.** във валута, определена в застрахователната полица, или в левовата равностойност на валутата по курса на БНБ на датата на плащането. Застрахователната премия и застрахователните суми се определят в еднаква валута, освен ако в застрахователната полица е уговорено друго.

**25.** Цялата премия или първата вноска при разсрочено плащане на премиата се плаща при сключването на застрахователния договор, освен ако не е уговорено друго.

**26.** Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска съответно, увеличение или намаление на застрахователната премия или прекратяване на договора.

**26.1.** По искане на някоя от страните по групите застрахователни договори, в края на застрахователния период застрахователната премия може да се преизчислява в зависимост от промените в числения състав на групата или при други обстоятелства, уговорени в застрахователния договор.

**26.2.** Застрахователят запазва договорените тарифни условия за срока на договора и при подновяване, при следните условия:

- а) няма промяна в исканите покрития от Застрахователя;
- б) основната сфера на дейност на Застрахователя остава непроменена
- в) промяната в броя на застрахованите лица /назначени и напуснали/ не надвишава 10% от броя на застрахованите лица;
- г) няма промяна в обстоятелствата, влияещи на оценката на риска.

**X. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ**

**27.** Застрахователят/Застрахованият е длъжен да плаща редовно застрахователната премия/ застрахователните вноски преди или на определения за това падеж.

**27.1.** При неплащане на премиата в уговорения срок, застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати;

**27.2.** При неплащане на вноска на посочения падеж, Застрахователят предупреждава писмено Застрахователя, че му предоставя 30-дневен период на отсрочка от падежа на неплатената вноска, през който период застрахователното покритие по договора остава в сила (гарантиран рисков период);

**27.3.** В случай, че застрахователната премия не е платена в срока на гарантирания рисков период, Застрахователят прилага последиците по т.27.1. Писменото предупреждение ще се смята за връчено и когато в застрахователната полица Застрахователят изрично е посочил кое от правата по т.27.1. ще упражни;

**27.4.** Когато застрахователното събитие е настъпило преди застрахователната премия да е издължена изцяло от застрахования, Застрахователят може да утвържи размера на неиздължената премия от размера на дължимото обезщетение.

**28.** Застрахователният договор влиза в сила след плащането на цялата дължима премия или на първата вноска от нея при разсрочено плащане на премиата, освен ако със закон е предвидено или в договора е уговорено друго. Застрахователният договор влиза в сила след плащането на цялата дължима премия или на първата вноска от нея при разсрочено плащане на премиата, освен ако със закон е предвидено или в договора е уговорено друго.

**XI. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ****ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ**

**29.** При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят е длъжен да плати на Застрахования застрахователно обезщетение или сума.

**29.1.** Застрахователят дължи застрахователни суми/обезщетения само за рисковете и за размерите, записани в застрахователната полица и/или в добавък към нея и в съответствие със специалните условия, които са неразделна част от застрахователния договор;

**29.2.** Застрахователят е длъжен да изплаща застрахователна сума или обезщетение, съгласно условията на застраховката за:

а) Първоначално договорените застрахователни рискове, ако те са възникнали в срока на валидност на застрахователния договор;

б) Допълнително договорените застраховани рискове, ако същите са включени в покритието и са в сила към момента на настъпване на застрахователното събитие.

**30.** Задължението на застрахователя да изплати суми в случай на смърт и/или неработоспособност, се поражда, ако:

**30.1.** Злополуката е настъпила в срока на застрахователния договор;

**30.2.** Смъртта и/или трайната неработоспособност са настъпили най-късно до една година от деня на злополуката и са в причинна връзка с нея;

**30.3.** Уврежданията от злополука, довели до временната неработоспособност, са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец и/или повторно до три месеца от датата на злополуката;

**30.4.** Смъртта от заболяване е настъпила в срока на застрахователния договор;

**30.5.** Първите клинични прояви и регистрация на заболяването, довело до намалена работоспособност и/или смърт, са в срока на застраховката. Същото се отнася и до началото на трайната загуба на работоспособност от Експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК;

**30.6.** Началото на първичния болничен лист, с който е регистрирана временната неработоспособност от заболяване, е в срока на застрахователния договор;

**30.7.** В случай, че Застрахователят е приел да покрива събитие по т.7.2, всички вреди вследствие на това събитие в период до 72 часа от настъпването му се считат като резултат от едно застрахователно събитие;

**30.8.** Застрахователната сума/застрахователното обезщетение се плаща на Застрахования или на третото ползващо се лице, ако при сключване на застраховката е определено такава, или на изрично упълномощено от тях лице. Пълномощното за получаване на сумата/обезщетението следва да бъде в писмена форма с нотариално заверен подпис;

**30.9.** Заплащането на застрахователната сума/застрахователното обезщетение се извършва на територията на Република България във валутата, определена в застрахователния договор, при спазване на приложимия закон за данъци и такси към деня на извършване на плащането.



## XII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

**31.** При настъпване на застрахователно събитие застрахованият или ползващите лица предявяват пред застрахователя писмено претенция за изплащане на обезщетение или застрахователна сума.

**31.1.** Претенциите относно временна неработоспособност се предявяват след изтичане срока на реално ползвания болничен отпуск, указан в болничния лист или поредицата болнични листи, до пълното възстановяване на работоспособността, или ако болничният отпуск надвишава лимита на отговорност – след указания в полицата максимален срок на неработоспособността;

**32.** При възникване на събитие, което може да доведе до предявяване на претенция по тази застраховка, застрахованият трябва да вземе всички възможни предпазни мерки, които са в неговите сили и възможности, за да не настъпи влошаване на здравословното му състояние.

**33.** Застрахованият е длъжен да сътрудничи на Застрахователя за установяване на застрахователното събитие и размера на дължимата сума/обезщетение, като предостави пълна информация за обстоятелствата, довели до възникването на застрахователното събитие и за размера на претърпените вреди. В противен случай Застрахователят запазва правото си частично или изцяло да откаже удовлетворяване на претенцията.

**33.1.** При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация, свързана със здравословното състояние на застрахованото лице и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.

**34.** Застрахованият или ползващите лица набавят сами и за своя сметка необходимите документи, изискани при предявяване и обосноваване на претенцията.

### НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

**35.** Застрахованото лице/Ползващите лица (лично или чрез упълномощено лице) подават в най-близкото представителство на Застрахователя Искане за изплащане на застрахователна сума/обезщетение (по образец на Застрахователя).

**36.** Застрахованият или ползващите лица представят набор от документи, съгласно публикуваните правила за дейността по уреждане на претенции по застраховки „Злополука и заболяване“ на Застрахователя или получените при сключване на договора допълнителни указания за предявяване на претенция пред Застрахователя.

**37.** При предявяване и за доказване на претенцията си за застрахователна сума/застрахователно обезщетение, Застрахованият/Ползващото лице е длъжен да предостави на Застрахователя:

**37.1.** служебна бележка – при групов договор, сключен непоименно;

**37.2.** номер на застрахователна полица и наименование на застрахователя (фирма, организация) - при групов договор, сключен поименно;

**37.3.** документи, доказващи злополука в зависимост от характера ѝ: акт за злополука, декларация за настъпилото събитие по образец на Застрахователя (при необходимост); декларация за трудова злополука в съответствие с чл.57 от Кодекса за социално осигуряване /КСО/ и разпореждане на НОИ в съответствие с чл.60 от КСО (в случай на трудова злополука); копие от протокола за ПТП, заедно с резултата от алкохолна проба (в случай на злополука вследствие на ПТП, при което застрахованият е бил водач на МПС);

**37.4.** медицински документи относно: диагностициране на заболяване, установяване на състоянието в резултат на злополука, провеждане на лечение и/или намалена или загубена работоспособност. В зависимост от характера на злополуката или заболяването медицинските документи могат да бъдат: лична амбулаторна карта на застрахования; амбулаторни листове от прегледи при лекаря, диагностицирал заболяването/състоянието, назначил изследвания и медикаментозно лечение и следящ процеса на лечението; епикризи; резултати от изследвания; рентгенови снимки; болнични листове (заверени от работодателя с гриф „вярно с оригинала“, поставен текст „болничните са ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя) и други;

**37.5.** застрахователят може да изиска допълнителни документи за установяване на работоспособността на застрахования към датата

на събитието като справка за реално отработени дни; копие на фиш за начислено трудово възнаграждение; копия на болнични листи и др.

**37.6.** влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заедно с всички медицински документи, свързани със заболяванията и/или злополуките, взети предвид при определяне на трайна намалената или загубена работоспособност – при трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука или на общо заболяване;

**37.7.** решение на ТЕЛК/НЕЛК за професионалния характер на заболяването и разпореждане на НОИ за професионалния характер на заболяването – при случаите на професионално заболяване на застрахован;

**37.8.** резултати от хистологично изследване, ЕКГ, ЕЕГ и други специализирани изследвания – при диагноза на критично, тежко заболяване;

**37.9.** документ удостоверяващ настъпилото събитие и получените медицински услуги (по образец на Застрахователя, когато е необходим);

**37.10.** препис-извлечение на акт за смърт, съобщение за смърт; копие на епикриза (ако смъртта е настъпила в болнично заведение); копие на аутопсийния протокол съдебно-медицинска експертиза (ако е правена аутопсия); оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата (ако в договора не е указано конкретно ползващо лице) – представят се в случай на смърт на застраховано лице;

**37.11.** документ за приключило следствие или съдебен акт, както и съдебно-медицински документ, удостоверяващ наличието, количеството или отсъствието на употреба на алкохол, наркотично вещество или друг негов аналог в кръвта;

**37.12.** оригинални разходо-оправдателни документи /фактура с фискален бон/ – за възстановяване на разходи за закупени медикаменти или ползвани медицински и други услуги;

**37.13.** рецептурна бланка, с четливо изписани: име на лекаря, име на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, дата на изписване, подпис и печат на лекаря - за възстановяване на разходи за медикаменти.

**38.** Застрахователят може да поиска да бъдат представени и други документи.

### ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

**39.** Застрахователят/Застрахованият има право да определи ползващото лице при сключване на договора, както и да промени ползващото лице по всяко време от действието на договора.

**39.1.** По груповите застраховки за сметка на работодателя ползващи лица са законните наследници;

**39.2.** Застрахователната сума се разпределя поравно между ползващите лица, освен в случаите, когато застраховката се сключва в полза на кредитна институция;

**39.3.** Ако смъртта на застрахования е настъпила вследствие умишлено деяние на ползващо лице, застрахователната сума се изплаща на останалите ползващи лица или на законните наследници, ако няма други ползващи лица. Ако ползващите лица са няколко, частта от застрахователната сума, полагаща се на извършителя на умишленото деяние, се разпределя поравно между тях;

**39.4.** Застрахователната сума не влиза в наследствената маса на застрахования, дори когато за ползващи лица са определени законните му наследници.

### СРОК И НАЧИН НА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

**40.** Застрахователят изплаща посочената в застрахователната полица сума или процент от същата, или договорения лимит:

**40.1.** на ползващите лица – при смърт на застрахования;

**40.2.** на застрахования – при всички останали рискове;

**40.3.** за рисковете по т.40.2. не се изплащат застрахователни суми на наследниците на починал застрахован.

**41.** Застрахователна сума може да се получи от трети лица с нотариално заверено пълномощно и само, ако в неговия текст изрично е вписано правото да се получи сумата и по кой застрахователен договор.

**42.** Застрахователните суми, които следва да се изплатят на малолетни или на пълнолетни, поставени под пълно или ограничено запрещение, се внасят по банкова сметка на името на правоползващото лице, указана от негов законен представител.



43. Застрахователят изплаща сумата не по-късно от 15 дни след постъпването на всички необходими документи или уведомява правоимащите в същия срок, че отказва изплащането, ако има причини за това.

43.1. Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие е необходимо допълнително разследване, срокът за изплащане се удължава до приключване на разследването.

44. Дължимата застрахователна сума или застрахователно обезщетение се изплаща от застрахователя на правоимащия или на негов представител по представена банкова сметка.

### XIII. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

45. Застрахователният договор може да се прекрати:

45.1. с изтичането на срока, за който е сключен;

45.2. по общо съгласие между Застрахователя и Застрахованият/Застрахования;

45.3. едностранно от Застрахователя или Застрахованият/Застрахования, чрез изпращане на 30-дневно писмено предизвестие до другата страна по договора;

45.4. в други случаи, предвидени в закона, тези Общи условия, в Специалните условия или в застрахователния договор.

### XIV. ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

46. Застрахователят съхранява и обработва личните данни на застрахованите лица при спазване изискванията на закона.

46.1. Със сключването на застрахователния договор, застрахованото лице дава съгласие за доброволно предоставяне, обработка и съхраняване на личните му данни.

47. Застрахованото лице има право на информация и достъп до отнасящите се за него лични данни, обработвани от Застрахователя, като информацията и достъпа до тях му се предоставят безплатно.

48. Застрахованото лице осъществява правото си на достъп до обработваните от Застрахователя лични данни с писмено заявление до последния.

49. Застрахованият има право:

49.1. да възрази пред Застрахователя срещу обработването на личните му данни – само при наличие на основание за това;

49.2. да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг;

49.3. да бъде уведомен, преди личните му данни да бъдат разкрити за пръв път на трети лица или използвани от тяхно име като му бъде предоставена възможност да възрази срещу такова разкриване или използване;

49.4. да поиска от Застрахователя да заличи, коригира или блокира негови лични данни, обработването на които не отговаря на изискванията на закона.

### XV. РАЗХОДИ, ДАНЪЦИ, ТАКСИ

50. Всички разходи, данъци и такси, свързани с плащането на застрахователната премия или с получаването на застрахователната сума/застрахователното обезщетение са в тежест на Застрахования съответно на Застрахованото лице или третото ползващо се лице – ако такова е посочено.

51. Разходите, направени от кандидата за застраховане, за предписаните му от Застрахователя медицински прегледи и/или изследвания се възстановяват от Застрахователя след сключването на застрахователната полиця и при условие, че кандидатът е приет за Застраховано лице по нея.

### XVI. ЖАЛБИ

52. Жалби от Застрахованите лица се приемат във всяко представителство на Застрахователя в страната. Застрахователят отговаря на жалбоподателя в 15-дневен срок от постъпването на жалбата.

Подробна информация относно процесите по разглеждане на жалби, молби и сигнали, подадени от потребителите на застрахователни услуги е поместена на интернет страницата [www.generalibg.com](http://www.generalibg.com)

Жалбите могат да бъдат отправени на предоставения за клиенти електронен адрес [klienti@generalibg.com](mailto:klienti@generalibg.com).

Национален телефон за връзка при необходимост: 0800 12 712 /безплатен/.

### XVII. ДАВНОСТ

53. Всички права, произтичащи от Застрахователния договор, се погасяват с изтичането на давностен срок, предвиден в Кодекса за застраховането за съответния вид застраховка.

54. Застрахователят може да разреши, при уважителни причини, изплащането на суми и след изтичане на давностния срок.

### XVIII. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ. НАЧИН НА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ПЛАЩАНИЯТА И ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

55. Застрахователят се задължава да изплати застрахователната сума/обезщетението, посочена в полицата, при условие, че събитието Злополука или Заболяване е настъпило в срока на договора и в периода на валидност на застрахователното покритие.

### СМЪРТ ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

56. Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „Смърт вследствие на злополука“ при условие, че смъртта на Застрахования е настъпила в период до една година (365 дни) от датата на злополуката.

57. Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „Смърт вследствие на заболяване“ при условие, че заболяването е установено в периода на действие на застрахователното покритие и смъртта е настъпила в срока на договора за застраховка.

58. От застрахователната сума за риска смърт се приспадат вече изплатените суми/обезщетения за рисковете трайна и/или временна загуба на работоспособност в резултат на същото застрахователното събитие (злополука или заболяване), което е причината за смъртта.

59. Общата Застрахователна сума, дължима от Застрахователя по един договор за груповата застраховка за всички пострадали застраховани лица в резултат на едно събитие, не може да бъде по-голяма от 20 (двадесет) пъти средната Застрахователна сума за риска смърт. Ограничението не се прилага при договор по задължителна застраховка за риска Трудова злополука.

### ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ

60. При трайна загуба на работоспособност от злополука или заболяване се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената/намалената работоспособност.

60.1. Освидетелстването се извършва от експертни комисии на Застрахователя, ТЕЛК/НЕЛК или от съдебните органи;

60.2. Определянето на степента/процента за трайно намалена или загубена работоспособност се извършва от експертни комисии на Застрахователя, ТЕЛК/НЕЛК на база на Наредба за медицинската експертиза (НМЕ) приета с ПМС № 87 от 05.05.2010 г. обн. в ДВ бр.36 /2010 г.

60.3. Освидетелстването се извършва само след окончателно и пълно стабилизиране на застрахования след получените при злополуката увреждания, но не по-рано от три месеца от датата на злополуката и не по-късно от една година след нея;

60.4. Ако лечението не завърши до една година от злополуката, освидетелстването се извършва независимо от степента на стабилизация на лицето, като се определя процент, отговарящ на състоянието на застрахования към края на едногодишния срок от датата на злополуката;

60.5. Ако по уважителни причини освидетелстването се извършва след изтичането на едногодишния срок, процентът на трайна загуба на работоспособност се определя за състоянието на уврежданията към края на едногодишния срок от датата на злополуката;

60.6. Застрахователят не носи отговорност за усложнения, настъпили в състоянието на застрахования след изтичането на една година от деня на злополуката;

60.7. По искане на застрахования, при травматични ампутации на крайниците и при загуба на очи, процентът на трайната загуба на работоспособност се определя без да се чака изтичането на тримесечния срок, при завършена консолидация;

60.8. Когато застрахованият е получил увреждания с по-значителна тежест, застрахователят може да разреши, по желание на застрахования, но не по-рано от три месеца от злополуката, да бъде определен предварителен процент съобразно предполагаемото състояние на пострадалия към края на едногодишния срок от датата на злополуката и да изплати авансово до 75 процента от сумата по предполагаемия процент. В този случай, застрахованият се преосвидетелства задължително за определяне на окончателния процент на трайна загуба на работоспособност;

60.9. Ако в резултат на застрахователно събитие са засегнати части на тялото или органи, които и преди това са били увредени или функционално



негодни, Застрахователят прилага за определяне на обезщетението редуциран процент трайна загуба на работоспособност, съответен на увреждането, което е пряка и непосредствена последица от събитието.

**61.** Първите клинични прояви и регистрация на заболяването, довело до намалена работоспособност, трябва да са в срока на застраховката. Същото се отнася до началото на трайната загуба на работоспособност от експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК.

**62.** Експертни решения, които са издадени като последващи след предходно освидетелствуване за загубена работоспособност вследствие злополука/заболяване (промяна на групата инвалидност/преосвидетелствуване и други Експертни решения), не се вземат предвид и застрахователят не е в риск при усложнения, настъпили в състоянието на застрахованата.

**63.** В случай, че Застрахованият е получил обезщетение за временна неработоспособност вследствие на Злополука и/или Заболяване и в резултат на същото събитие придобие впоследствие трайна загуба на работоспособност, Застрахователят изплаща разликата между дължимото обезщетение за трайна неработоспособност и изплатеното преди това обезщетение за временна неработоспособност.

**64.** Застрахователят не дължи обезщетения при преосвидетелстване на Застрахованото лице, независимо от времето на неговото извършване.

**65.** Професията на Застрахованото лице не оказва влияние при определяне на процента трайно намалена работоспособност.

#### **ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**66.** Застрахователят се задължава да изплати застрахователно обезщетение в случай, че Застраховано лице претърпи Временна неработоспособност вследствие на Злополука и/или Заболяване в срока на валидност на застраховката. Временната неработоспособност се доказва с болничен лист, представен в съответствие с действащата нормативна уредба.

**67.** Първите клинични прояви и регистрация на заболяването, довело до намалена работоспособност, трябва да са в срока на застраховката. Началото на временната неработоспособност / началната дата на първичния болничен лист за Временна неработоспособност трябва да е в срока на действие на застрахователния договор и в периода на валидност на застраховката по отношение на застрахованото лице. Следващите болнични листове за временна неработоспособност трябва да са издадени в продължение на първия, без прекъсване.

**68.** Застрахователят изплаща обезщетение за Временна неработоспособност вследствие Злополука и/или Заболяване на Застрахованото лице за неработоспособност, настъпила в периода на действие на Застрахователната полица както следва:

**68.1.** Обезщетение за временна неработоспособност вследствие на Злополука се изплаща за всяко събитие в срока на Застрахователната полица;

**68.2.** Обезщетение за временна неработоспособност вследствие на Заболяване (общо, професионално или акутно заболяване) се изплаща един път през застрахователната година за всяко Застраховано лице, освен ако не е договорено друго.

**69.** Продължителността на временната неработоспособност се изчислява и обезщетява въз основа на реално ползваните дни от болничния лист за временна неработоспособност/дните на отсъствие от работа.

**70.** Застрахователят не изплаща обезщетение за временна неработоспособност за санаториално и балнео лечение, за физиотерапия и рехабилитация, освен в случаите, когато е продължение, следващо болнично лечение на последици от злополука или заболяване, покрито по договора.

**71.** Застрахователят изплаща обезщетение за временна неработоспособност вследствие злополука или заболяване за срок и размер, определен в условията на тарифата, на полицата и/или в Специални условия към полицата.

**72.** Застрахователят не изплаща суми за Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване в случаите, когато Застрахованият вече е получил суми за Трайна неработоспособност вследствие на същото застрахователно събитие /на същата злополука или заболяване.

#### **ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**73.** Рискът се сключва съгласно Специалните условия „Хирургично лечение на застрахованото лице от злополука или заболяване“

#### **ДНЕВНИ ПАРИ ЗА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ /ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**74.** В случай, че вследствие на застрахователно събитие, настъпило в срока на валидност на полицата, Застрахованото лице бъде настанено в болница за период от три и повече дни, Застрахователят се задължава да изплати обезщетение за всеки ден болничен престой в размер както е записано в застрахователната полица (или в добавък към нея), освен, ако не е договорено друго.

**75.** Застрахователят изплаща договорената дневна сума за всеки ден престой в болница с максимум 30 (тридесет) дни за еднократен престой, но не повече от 50 (петдесет) дни за една застрахователна година.

**76.** Обезщетяването започва от първия ден на настаняване в болница. Денят на изписване не се включва в броя дни за обезщетяване.

**77.** Началото на болничния престой/началната дата на настаняване в болница трябва да бъде в срока на действие на застрахователния договор и в периода на валидност на застраховката по отношение на застрахованото лице.

**78.** Изплащат се суми за болничен престой само в случаите, когато правоспособен лекар/лекар-специалист е препоръчал настаняването в болница с цел лечение на последиците от покрито събитие по условията на сключената застраховка. Не се изплащат суми за болничен престой при настаняване по желание на Застрахования.

**79.** Застрахователното покритие обхваща случаите/дните, когато болничното лечение продължава непосредствено в рехабилитационно или санаториално здравно заведение.

**80.** Застрахователното покритие не обхваща случаите и Застрахователят не изплаща суми за болничен престой при балнео и/или санаториално лечение, физиотерапия и рехабилитация, освен в случаите по предходната т.79.

**81.** Не се възстановяват извършените разходи от Застрахованото лице през време и във връзка с хоспитализацията. Застрахователят изплаща договорените дневни суми/обезщетения само в полза на Застрахованото лице.

#### **СЛЕДХОСПИТАЛИЗАЦИОННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**82.** В случай на настъпване на Злополука и/или Заболяване през застрахователния период, която доведе до временна загуба на работоспособност на Застрахованото лице, потвърдена съгласно медицинска експертиза на Застрахованото лице, и тази временна неработоспособност е след период на болничен престой (хоспитализация) от минимум 3 (три) дни, Застрахователят ще изплати обезщетение, посочено в Застрахователния договор, за всеки ден на следхоспитализационно възстановяване. Максималният брой дни на следхоспитализационно възстановяване е 40 (четиридесет) дни за една застрахователна година, освен ако не е договорено друго.

**83.** Покритието за следхоспитализационно възстановяване на Застрахованото лице е валидно на територията на Република България.

#### **ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ ОТ ЗЛОПОЛУКА И/ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**84.** Застрахователят възстановява на застрахованото лице медицински разходи, извършени за лечение на територията на Република България.

**85.** Застрахователното покритие влиза в сила, както следва:

**85.1.** за събития при злополука без отлагателен период;

**85.2.** за събития при заболяване отлагателният период е 30 (тридесет) дни от началото на Застрахователната полица, освен ако не е договорено друго.

**86.** Застрахователят не прилага отлагателен период при подновяване на Застрахователния договор без прекъсване на застрахователното покритие.

**87.** Възстановяват се разходи за следните медицински услуги от извънболничната помощ:

**87.1.** извършване на медицински процедури като: контролни и диагностични прегледи, лабораторни изследвания;

**87.2.** медицински услуги в публични (гържавни или общински) или частни заведения за извънболнични прегледи и диагностика;



**87.3.** покупка или наем на протези, патерици, и друго подобно необходимо оборудване и инструменти, въз основа на предписание на лекар - веднъж по време на застрахователния период;

**87.4.** хирургическо лечение в амбулаторни условия.

**88.** Възстановяват се разходи за медикаменти предписани от лекар за Болнично или Извънболнично лечение.

**88.1.** Медикаментите, трябва да са закупени по лекарско предписание в срок до 15 дни от деня на предписанието;

**88.2.** Възстановяват се разходи за медикаменти, необходими за до 30 дневен период на лечение при обострени хронични заболявания и за до 15 дневен период на лечение при остри заболявания;

**88.3.** Застрахователят прилага самоучастие на застрахования като възстановява 80% (осемдесет процента) от направените разходи за медикаменти по лекарско предписание, свързани с конкретно проведеното лечение.

**89.** Възстановяват се разходи за Болнично лечение, извършени на територията на Република България. Застрахователят покрива следните разходи за Болнично лечение:

**89.1.** прегледи при специалисти;

**89.2.** скенери и рентгенови снимки;

**89.3.** анестезиология;

**89.4.** индивидуален сестрински пост;

**89.5.** хирургия;

**89.6.** терапевтично лечение;

**89.7.** физиотерапия и рехабилитация - непосредствено след и във връзка с болничното лечение - до 20% от общия лимит за риска „Медицински разходи“.

**90.** Застрахователят възстановява медицински разходи на база на медицински и фискални документи, издадени на Застрахованото лице, до максималния лимит за всяко покритие в Застрахователната полица.

**91.** Разходите трябва да са извършени в размери на разумното и обичайното ниво за разходи, съпоставени със средните разходи за лечение, приложими за съответния здравословен проблем.

**92.** Застрахователят не дължи плащане на суми за:

**92.1.** профилактични медицински изследвания, включително гинекологични изследвания; тестове на слуха; посявки и ваксинации, медикаменти за превенция; грижи за новородени;

**92.2.** тестове и лечение на зрението;

**92.3.** рехабилитация и физиотерапия в извънболнично лечение;

**92.4.** козметични процедури;

**92.5.** лечение и процедури за намаляване на телесното тегло и проблеми с наднормено тегло;

**92.6.** лечение с хормони;

**92.7.** разходи, свързани със замяна на органи или разходи, свързани с премахване на орган от донор, разходи за трансплантация и свързани с тях административни разходи;

**92.8.** прекъсване на бременност по собствено желание, с изключение на случаите, когато това е продиктувано от медицинска необходимост или при вродени малформации на плода, диагностицирани от медицински специалист;

**92.9.** всички събития, свързани с бременност, раждане и техните последици;

**92.10.** лечение на вродени аномалии, малформации и генетични заболявания;

**92.11.** лечение, пряко и ли непряко произтичащо от необходимостта за контрол на раждаемостта (за мъже и жени), безплодие и/или фертилност и стерилност;

**92.12.** лечение на импотентност и всякакви свързани състояния или последици от това;

**92.13.** „Ин Витро“ процедури;

**92.14.** лечение, пряко или непряко свързано с промяна на пола или последици от това;

**92.15.** лечение на алкохолизъм, зависимост от наркотици и други вещества;

**92.16.** хранителни добавки, в това число и фито-препарати, витамини, минерали, микроелементи, имуностимулатори и имunosупресори, цитостатици, медикаменти за лечение на психични заболявания, противозачатъчни, медицинска козметика, санитарни материали, слабители средства, хомеопатични средства, препарати на алтернативната медицина, както и всички лекарствени продукти, нерегистрирани в Република България по реда на Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ);

**92.17.** лекарствени средства, които нямат директно лечебно действие, както и такива, с профилактичен характер, витамини, протеини, ваксини, специализирани храни, противозачатъчни средства, помощни средства при рехабилитация, хранителни добавки, консумативи и медицинска козметика.

#### **ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ И/ИЛИ РЕПАТРИРАНЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА И/ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**93.** Възстановяване на разходи за спешно медицинско транспортиране на територията на Република България.

**93.1.** Застрахователят покрива риска разходи за транспортиране с линейка от мястото на Злополуката или от мястото, където се намира пациента със сериозни (спешни) здравни проблеми, до най-близката болница/медицинско заведение, работещи с диспечерски (координационен) център, с право да представят първа помощ или до друга болница/специализирано зъно, работещи с други медицински заведения, в случай, че е абсолютно наложително и обосновано от медицинска гледна точка за диагностициране и лечение на Застрахованото лице.

#### **РАЗХОДИ ЗА ПОГРЕБЕНИЕ ПРИ СМЪРТ ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

**94.** Разходите за погребение включват еднократна сума или възстановяване на фактически извършени разходи за кремиране/погребение до размера на лимита, указан в застрахователния договор.

**95.** Разходите за погребение не се редуцират от застрахователната сума, платима за смърт.

#### **ФРАКТУРИ ОТ ЗЛОПОЛУКА**

**96.** В случай, че Застрахованото лице претърпи една или повече фрактури (счупвания), вследствие Злополука, Застрахователят заплаща сума, изчислена на база определените в тази точка проценти от договорената застрахователна сума или от сумата за риска, посочена в полицата за фрактури, както следва:

##### **Описание на фрактура:**

Фрактура на черепни кости	от 10% до 60%
Фрактура на един или повече прешлени на гръбначния стълб, в зависимост от характера на счупването - дъги, прешленно тяло, вида на лечение- постелен режим или транспедикулярна стабилизация	от 10% до 50%
Фрактура на бедрена кост	от 10% до 50%
Фрактура на една или на двете кости на погбегреницата	от от 5% до 30%
Фрактура на тазови кости	от 5% до 30%
Фрактура на раменна кост	от 5% до 25%
Фрактура на една или на двете кости на предмишницата или на капачката на колянна става	от 5% до 20%
Фрактура на долна челюст, на горна челюст, на орбитален ръб- поотделно или комбинирано	от 5% до 20%
Фрактура на ключица, на лопатъчна кост	от 5% до 15%
Фрактура на костици на китката и на метакарпални кости - поотделно или в комбинация	от 5% до 15%
Фрактура на кости, формиращи глезенна става или разкъсване на глезенния връзков апарат	от 5% до 15%
Фрактура на носна пирамида, на кости на носни кухини	от 5% до 10%
Фрактура на две или повече ребра, на гръдна кост	от 5% до 10%
Фрактура на пръст или няколко пръста на ръка или на стъпало	от 2% до 5%
Фрактура на зъб	2%

Процентите ТНР се определят съобразно размера на фрактурите, времето и степента на очакваната и настъпила консолидация / пъна, непъна или неконсолидираност - костен дефект с минус тъкан/, при отчитане на наличието и на степента на ограничение в механиката на близките до счупванията стави, начина на лечението - консервативно с имобилизация или оперативно с метална остеосинтеза или с пластика на дефект, както и отражението върху общото състояние.



97. В случай, че при едно събитие са предизвикани повече от една фрактури, застрахователното обезщетение се определя за фрактурата с най-високо покритие/предвиден процент за обезщетение.

#### ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА И/ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

98. Застрахователят покрива риска Разходи за дентално лечение съгласно договорените лимити и услуги, по условия посочени в Застрахователната полица. Разходите трябва да са извършени на територията на Република България и в срока на застрахователния договор.

99. Застрахователят покрива риска Разходи за дентално лечение, извършено от правоспособен дентален лекар, регистриран по българското законодателство и членуващ в Българския зъболекарски съюз.

100. Застрахователят покрива риска Разходи за дентално лечение във връзка със Злополука, в случай, че същите са извършени до 7 (седем) дни от злополуката.

100.1. Застрахователят изключва от покритие злополуки, настъпили по време на хранене.

#### ИЗГАРЯНИЯ ОТ ЗЛОПОЛУКА

101. При настъпване на застрахователно събитие, покрито от настоящите условия, Застрахователят изплаща сума, изчислена като процент от застрахователната сума, посочена в застрахователната полица или от сумата по риска, който процент се определя в зависимост от степента на полученото изгаряне и количеството засегната площ, както следва:

- 101.1. Втора степен на изгаряне с най-малко 10% засегната площ: 15%;
- 101.2. Втора степен на изгаряне с най-малко 25% засегната площ: 30%;
- 101.3. Втора степен на изгаряне с най-малко 50% засегната площ: 45%;
- 101.4. Трета и четвърта степен на изгаряне с най-много до 10% от човешкото тяло: 70%;
- 101.5. Трета и четвърта степен на изгаряне на важни органи: 100%;
- 101.6. Трета и четвърта степен на изгаряне на област повече от 10% от човешкото тяло: 100%.

102. Застрахователят не предоставя покритие и не дължи възстановяване на разходи и плащане на суми в следните случаи:

- 102.1. слънчеви изгаряния поради умислено и прекомерно излагане на слънчево лъчение / слънчева радиация;
- 102.2. изгаряния вследствие на излагане на солариум;
- 102.3. боравене и съхранение на летливи, лесно запалими течности и горива в нарушение с технологичните норми и предписания;
- 102.4. умислен пожар, предизвикан от пострадалото застраховано лице, самозапалване при каквато и да е форма, причина и начин.
- 102.5. боравене от застрахования с открит огън и запалителни устройства на местата, където изрично е указана забрана за това.

103. Застрахователното покритие по тази клауза не предвижда възстановяване на каквито и да е разходи от застрахованото лице във връзка с хоспитализация и лечение на последиците от изгарянето. Застрахователят изплаща договорените суми/обезщетения само в полза на Застрахованото лице.

#### ДИАГНОЗА НА КРИТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ/ОСОБЕНО ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ

104. Рискът се сключва съгласно Специалните условия Хирургично лечение на застрахованото лице от злополука или заболяване\*

#### XIX. ДЕФИНИЦИИ

105. По смисъла на тези Общи условия:

105.1. ЗАСТРАХОВАТЕЛ: „Дженерали Застраховане“ АД, вписано в търговския регистър при Агенцията по вписванията с ЕИК 030269049, със седалище и адрес на управление в гр. София 1504, бул. „Княз Ал. Дондуков“ № 68, притежаващо Разрешение №1 от 26.03.1998 г. за извършване на застрахователна дейност, издадено от Националния съвет по застраховане.

105.2. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА: Застраховка на определен или определен брой Застраховани лица, намиращи се в трудово, служебно или гражданско правоотношение със Застрахователя.

105.3. ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА: Формуляр (по образец на Застрахователя), който съдържа предложението от Застрахователя до Застрахователя за сключване на застраховка, както и отговори на поставените от Застрахователя въпроси за всички данни и обстоятелства, които са съществени за риска. Допълнително, когато

Застрахователят го е изискал, предложението следва да съдържа също и списък с личните данни на Застрахованите лица и/или Здравен въпросник, попълнен от Застрахованите лица.

105.4. ЗДРАВЕН ВЪПРОСНИК: Формуляр (по образец на Застрахователя), който съдържа декларация от Застрахования за здравословното му състояние и отговорите на Застрахования на писмено поставените му въпроси от Застрахователя.

105.5. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПОЛИЦА: Формата, в която се сключва застрахователния договор.

105.6. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР (Застраховка): Двустранен договор, с който Застрахователят се задължава да поеме определен застрахователен риск/застрахователни рискове срещу плащане на застрахователна премия и при настъпване на застрахователно събитие да заплати на Застрахования или на трето ползващо се лице застрахователната сума, съответно застрахователното обезщетение. Застрахователният договор включва: Застрахователна полица; Общи условия; Специални условия/Клаузи; Предложение за сключване на застраховката; Здравен въпросник (при необходимост); Добавъци, уведомления или други документи, изискани и съставени за сключването на застраховката.

105.7. ИНДИВИДУАЛНА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: Парична сума, която Застрахованият заплаща на Застрахователя срещу поемането на застрахователните рискове за едно Застраховано лице.

105.8. ОБЩА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ: Парична сума, която Застрахованият заплаща на Застрахователя срещу поемането на застрахователните рискове за всички застраховани лица.

105.9. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ: Настъпването на покрит застрахователен риск по застрахователния договор в периода на застрахователното покритие.

105.10. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК: Обективно съществуваща вероятност от убреждане на живота и/или здравето на Застрахования, настъпването на която е несигурно, неизвестно и независимо от неговата воля. Покритите застрахователни рискове и изключенията от покритие са посочени в условията по застрахователния договор.

105.11. ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ: Периодът, през който Застрахователят покрива застрахователния риск, съгласно условията на застрахователния договор.

105.12. ПАДЕЖ е датата за плащане на застрахователната премия.

105.13. НОРМАЛНО ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ: Здравно състояние на Застрахования, основните показатели за което са в границите на нормалните, съгласно утвърдената медицинска практика в страната.

105.14. ЗАБОЛЯВАНЕ: Органично или функционално изменение в нормалното здравословно състояние на Застрахования. Измененията в здравословното състояние на Застрахования трябва да са възникнали и диагностицирани от правоспособен лекар-специалист за първи път в срока на застрахователния договор. Не се счита за заболяване изменението в здравословното състояние от или вследствие на злополука.

105.14.1. ПРЕДШЕСТВАЩО/ПРЕДВАРИТЕЛНО СЪЩЕСТВУВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ: Заболяване на Застрахования, възникнало и установено преди сключването на застрахователния договор.

105.14.2. ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ: Определя се като заболяване, болест, страдание или травма, които имат една или повече от следните характеристики:

- повтарящ се характер на основните симптоми, клиничната картина, лабораторните показатели;
- прогресивно развитие, понякога с ремисия, но без окончателно излекуване.
- изискващо поддържащо лечение- постоянно, сезонно или при обостряне, което нормализира състоянието, без да отпада необходимостта от терапия
- изискващо диспансерно наблюдение, проследяване на патологичните отклонения и внасяне на корекции в лечението
- водещо до константно ограничение на функцията на отделен орган или система и формиращо процент ТНР.

В тази категория се включват следните заболявания (изброяването не е изчерпателно): захарен диабет, хроничен хепатит, хроничен панкреатит, ревматоиден полиартрит, сърдечна недостатъчност и др. Категорията на Хроничните заболявания включва всяко друго заболяване в резултат на употреба на алкохол, токсични вещества и медикаменти, пушене, както и



други заболявания с подобни характеристики от гледна точка на клинично развитие.

**105.14.3. ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната здравна организация, която не е определена като професионално заболяване или траматично увреждане.

**105.14.4. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е болест, настъпила изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес и която оторизиран орган е определил за професионално заболяване, отговарящо на изискванията се критери.

**105.14.5. АКУТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** са тези заболявания с остро начало и прогресивен ход, с или без болкова симптоматика, изискващи спешно извършване на преглед, изследвания и лечение, поради прякото застрашаване живота на болния. Акутните заболявания могат да бъдат включени в списък на Застрахователя.

**105.15. ЗЛОПОЛУКА** е събитие, настъпило внезапно, не по волята на застрахования, което може да бъде определено по време и място и в срок до ЕДНА година от датата на настъпването е причинило неработоспособност и/или смърт.

За ЗЛОПОЛУКА се признават и случаите на:

**105.15.1.** изкълчане, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно налягане на собствени сили;

**105.15.2.** неработоспособност и/или смърт причинени от задължителна имунизация;

**105.15.3.** заболявания, които са пряко следствие от настъпила злополука;

**105.15.4.** инфекции, при които заразната материя е проникнала при злополука в организма на пострадащото лице.

**НЕ СЕ СЧИТАТ ЗА ЗЛОПОЛУКА** нещастните случаи, настъпили в резултат на:

а) професионални заболявания;

б) заболявания от общ характер;

в) траматични увреждания, получени при епилептични припадъци както и при припадъци, причинени от други заболявания (включително колики), при психични болести, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане, атеросклероза и други;

г) остри стомашно-чревни инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза, ингаляционните и коремни хернии, дисковите хернии, радикулити, отлепване на ретината и други;

д) усложнение на бременността, раждането и следродовия период, аборт в извънболнични условия;

е) температурни влияния – простуда, измръзване, слънчев или топлинен удар, слънчево изгаряне, възпалителни състояния на органи и системи, причинени от ниски температури;

ж) медицинска или хирургическа манипулация и интервенция, освен ако тя е наложена от самата злополука;

з) алкохолно въздействие, довело до смърт или траматични увреждания;

и) въздействие с наркотични вещества, или техни анализи - стимулатори, гопингиращи средства, довело до смърт или траматични увреждания.

**105.16. ЗАДЪЛЖИТЕЛНА ЗАСТРАХОВКА ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА** се сключва съгласно изискванията на Наредба за задължително застраховане на работниците и служителите за риска „Трудова злополука“. Трудова злополука е понятието, определено от чл. 55, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване-злополука, настъпила през време и във връзка или по повод на извършаната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието по нареждане на работодателя. Удостоверява се с разпореждане на ТП на НОИ по чл. 55, ал. 1 от КСО.

**105.17. ЗЛОПОЛУКА ПО ВРЕМЕ НА РАБОТА** е злополука, настъпила през установеното от работодателя работно време във връзка или по повод на извършаната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието по нареждане на работодателя.

**105.18. НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ** е частично намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност. Тя може да бъде трайна или временна.

**105.18.1. ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ** е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

**105.18.2. ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ** е дефинитивно намалена в определен процент или напълно загубена, без възможност за пълно или частично възстановяване,

способност за извършване на дейност с цел получаване на доход или печалба, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

Процентът на трайно загубената работоспособност/трайната загуба на работоспособност се определя съгласно експертно решение на Териториалната експертна лекарска комисия (ТЕЛК) или Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) или от Медицинска комисия на застрахователя, като решенията на ТЕЛК/НЕЛК са окончателни.

**105.19. ФРАКТУРИ ОТ ЗЛОПОЛУКА** са счупванията на кости, причинени от различни видове травматизъм, отговарящ на условията за покритие от застрахователна злополука. Счупванията на костите предстватляват нарушение на целостта на костта в различни оси. Възможно е счупването да не обхваща цялата обиколка на костта, а само на част от кортикалния слой/ твърдата външна повърхност/ със или без ангажиране на спонгиозата /вътрешния слой/. Фрактурите могат да доведат и до разкъсване на целостта на кожата и на подкожните тъкани и да се визуализира костен фрагмент - така наречените открити фрактури. В други случаи фрактурите са закрити, т.е. няма откритата рана, създаваща условие за инфектиране от контакта с външната среда.

В обсега на фрактурите влизат и фисуриите /пуквания на кости/ и инфракция /отлепване на хрущялна повърхност/.

В тази общност не влизат патологичните счупвания, причинени от болестни причини: фрактури при метапроцеси в костите, при предшествуваща остеопороза с висок фрактурен риск /над - 2.5 Т-скор/, при хематологични заболявания с ангажиране на костите и при вродени заболявания на костните структури /остеогенезис имперфекта/.

**105.20. СПЕШНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ:** включва следните стоматологични услуги, които се ползват при спешно възникнали внезапни състояния:

**105.20.1.** лечение на траматично увредени зъби;

**105.20.2.** инцизия на абцеси и флегмони в устната кухина;

**105.20.3.** изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия;

**105.20.4.** неотложни състояния след посочените стоматологични процедури

**105.20.5.** един контролен преглед след горните услуги;

**105.20.6.** Не се считат за спешна стоматологична помощ следните случаи: изграждане на зъб, зъбопротезиране, естетично протезиране, премахване на зъбен камък, лечение на пародонтоза, физиотерапевтични и ортодонстични услуги.

**105.21. РАЗХОДИ ЗА МЕДИЦИНСКО ТРАНСПОРТИРАНЕ/РЕПАТРИРАНЕ:** неоходимите и целесъобразни транспортни разходи, извършени от специализирано за целта превозно средство, за настанияване или преместване на застрахованото лице в лечебно заведение, доказани с оригинални разходни и медицински документи.

**105.22. ДНЕВНИ ПАРИ ЗА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ/ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:** по смисъла на настоящите условия болничен престой е настанияване на Застрахования в болница за лечение вследствие на злополука или заболяване, с продължителност над 2 дни (3 и повече дни). За болничното лечение е характерно следното:

– Настанияване в отделение на болница за полагане медицински грижи и лечение на състоянието на болния, съставяне на лист за общо клинично наблюдение, осигуряване на медицинска помощ за остри/акутни заболявания и увреждания от злополука през периода, който е необходим за лекуване на съответния здравословен проблем.

– болничното лечение трябва да бъде по препоръка на лекуващ лекар, лекар-специалист или настанияване поради необходимост от спешна помощ. Не се счита за болнично лечение и болничен престой настанияването:

– в заведенията, предназначени за полагане на грижи за лицата, зависими от алкохол, наркотици или от други психоактивни вещества;

– в заведенията, предназначени за гледане на старите хора и старческите домове;

– в медико-санитарни заведения или болници и секциите, предназначени за настанияване по социални причини на хронично болни;

– в здравни сектори за стационарно лечение;

– в санаториуми или отделения за рехабилитация и физиотерапия, с изключение на възстановително медицинско обслужване в специализирани стационарни заведения за продължително лечение и долекуване, непосредствено предхождано от болнично лечение;

– в клиники за естетична пластична и козметична хирургия;

– в здравни заведения за лечение на туберкулоза;



- в медицински социални заведения, болници или отделения за хронични заболявания;
- в заведения за балнеотерапия и психотерапия;
- настъпяване като придружител в болнично заведение;
- настъпяване за лечение на стерилитет, изкуствено оплождање и последиците от тях;
- хоспитализация за хирургически операции за дарение на органи.

**105.23. МЕДИКАМЕНТИ:** лекарствени средства, предписани от лекар, за лечение на Заболявания и/или последици от Злополука.

**105.24. ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ:** лечение на Застраховано лице в медицинско заведение (кабинет), без необходимост от настъпяване в болнично заведение.

**105.25. БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ:** лечение на Застраховано лице при условие, че е настъпено/прието в болница с минимална продължителност 24 часа.

**105.26. ПЕРИОД НА ОТСРОЧКА/ГАРАНТИРАН РИСКОВ ПЕРИОД:** Посочен в условията по застрахователния договор или в полицата период след падежа на застрахователната премия/разсрочената вноска, гаден на Застрахователя за нейното заплащане и през който застрахователното покритие е в сила.

**105.27. ИСКАНЕ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА/ОБЕЗЩЕТИЕ:** Формуляр (по образец на Застрахователя), съдържащ претенция от Застрахования/Ползващите лица за изплащане на застрахователна сума/обезщетение.

**105.28. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ТАЙНА:** Задължение на Застрахователя да не разкрива сведения, данни и информация за здравния статус на Застрахованото лице и условията на Застрахователния договор, освен в предвидените от закона случаи.

**105.29. ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД:** Период от време, през който Застрахователят не предоставя застрахователно покритие за всички или за някои от рисковите покрития по договора. Отлагателен период не се прилага при подновяване без прекъсване на застрахователния договор.

**105.30. ОСОБЕНО ТЕЖКО/КРИТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ:** заболяване, включено в списъка на Особено тежки/ критични заболявания на Застрахователя.

**106.** За неупоменати в този раздел дефиниции, се прилагат дефинициите и понятията, посочени в Кодекса за застраховане, както и в други нормативни актове, приложими към тази застраховка.

## XX. ОБЩИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**107.** За броемето на сроковете по тези Общи условия, когато изрично не е указано друго, се прилага чл.72 от Закона за задълженията и договорите.

**108.** По тези Общи условия заглавията на разделите са указателни и не влияят върху тълкуването на отделните точки.

**109.** Всички въпроси и спорове, породени от действието и тълкуването на застрахователния договор или тези Общи условия или издадените към тях Специални условия, се разрешават доброволно, чрез преговори между страните, а ако такива не са възможни - от компетентния български съд.

**110.** За неурегдени в тези Общи условия и застрахователната полица въпроси се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховането и останалото приложимо право.

**111.** Застрахователят не дължи лихви за неправилно и погрешно внесени суми.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на „Дженерали Застраховане“ АД с Протокол № 50 от 30.11.2015г. и влизат в сила от 01.12.2015г.