

## ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ “ЗЛОПОЛУКА”

### 1. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. “Животозастрахователен 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 “Застраховач”.
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховачият и ползащото 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 е лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишава 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 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 рисковите, свързани с тези заболявания.

7. Застрахователното покритие за рисковите 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. Рисковите 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, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
- 1.2. Пътвания 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 непредпазливост 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, наркотици, стимуланти, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравания; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличие 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, пешерно дъло, въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилство и мотоциклетизъм, скакалорство, 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, неволебен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, предисобен за пренос на пътници.
- 1.11. Участие в какъвто и да било спорт като професионален състезател.
- 1.12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътното, 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 пътната 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; имплантанте.

- 1.15. СПИИ/НИУ 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 в случаите, когато вследствие на покрития от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.

- 1.25. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него, освен ако не е договорено друго;
- 1.26. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора; последици от заболявания, настъпили извън срока на застрахователното покритие;

- 1.27. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор;
- 1.28. Последици от злополуки, настъпили преди началото на застраховката.
- 1.29. Инфекциозни (заразни) заболявания;
- 1.30. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и началото на химиотерапия;
- 1.31. Лечение в профилакториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 1.32. 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.
- 1.33. Стomatологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрития по тези Общи условия.
- 1.34. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
- 1.35. 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 Застраховачия/Застрахования.

### IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

#### А. 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, обгягания или скъсване на стави, суждения и мускули като следствие от напращане 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 предприетите, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпоредба 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 е 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 ползащото или ползащите 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 покритя 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. Б 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 загубена 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 съответното 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 преосмисляване 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

##### 1. Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване

- 1.1. 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 отпусък по болест.

##### 1.2. 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 и 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 на 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, покритя 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

- 2.2.1. Връщане за медикаменти

- Възстановяване 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 злополуки, 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 сабелитни 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; косметикати, 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. Профилактичните 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 покритя 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 др.
- 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 полиця 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.

3.3. Специфични изключения. Не се изплащат суми за:

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

3.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;

3.3.3. Инвалидни и коремни хернии, дисков хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от К40 до К46 включително, от М50 до М54 включително, от G50 до G59 включително, Н33, Н43 до Н45 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, които 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 изтекия 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 трансфузиозна 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 оперирани 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 оперирани 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 определена 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. Консумативни, 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 изтекия 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 транспортране (репатриране)**

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

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

5.2. Разходи за транспортирани при злополука - Разходи за транспортирани 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 транспортирани трябва да бъде във връзка с настъпило по настоящите Общи условия застрахователно събитие и отразена в амбулаторния лист или епикриза, издадена от лечебното заведение, провело лечението.

5.2.1. Възстановяват се направените разходи за транспортирани 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 самоучастното, ако такава 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. Транспортирани 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.

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

**V. ПОЛЗАЩИ ЛИЦА**

1. При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, Застрахованият/Застрахованият може да определи едно или повече ползвачи 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, ползвачи 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 ползвачи лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или неговите наследници.

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

8. Ако няма определени други ползвачи лица в случай 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 средноиспичен състав с възраст съгласно т. 1.1.

**VII. ПРЕДГОВОРНАТА 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 всички въпроси, 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 испичен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно испичен 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 определен брой лица, чрез посочване на друго тялото качество (дължност, 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 чието животно се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е над 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 цената на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежен риск или условия, различни от заветените 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 предложението 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, добавящите специални 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 му, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпни 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 събитието 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. Застрахователен договор съдържа размера на самоучастното, ако такава 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. Срокът 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 чието животно 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, следващ деня, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банков 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 Застрахования в хода на договора.

4.1. Отговорността на Застрахователя за новонастъпнилице 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 заплащана 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 отговорността 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 се 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 „Животоазастрахователен 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 изпълнени и предвидени цети. 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 ползвачи лице или лица, трябва да представят 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, склучени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застраховачия 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;

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 експертза на труи/;

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

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

2.1.6.1.Справка за реално отработени дни;

2.1.6.2.Копие на болнични листове;

2.1.6.3.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.1.6.4.Лична амбулаторна карта;

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

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

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

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

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

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

2.1.8.4.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.).

2.1.8.5.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 грif „Влязо 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 е 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 експертза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Явно 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 отпуска по болест. Началото на първичния 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 работоспособността, 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 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.

2.3.10.2. Ако застрахователят 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 следящ 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).

2.4.5.3. 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;

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.;

2.5.6. 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/ползвачото лице по застраховката.

2.6.2. Договор с погребналната 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, наложила транспортиране, 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 ползвачите се лица.

2.13. При краткорочни 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 органичаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разносните са за сметка на получателя.

2.15.Всички плащания се извършват в лева по фискинг на БНБ към дни на застрахователното събитие.

## XI. РЕПРЕС

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 договори 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 „Животозастрaховател институт“АД.

## XII. ДАНЪЦИ 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.) /ЗДП/.

## XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

3. Правата на застрахованите и/или ползвачите 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, чийто живот е застрахован със застрахователния договор.

5. ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е лице, посочено от Застраховачия/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 протрахираны оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9. ПРЕДШЕСТВАНЦО ЗАБОЛЯВАНЕ е каквото и да е предидшно 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 предидшна злополука, която би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностицирана преди първия ден на застраховката.

11.ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предидно 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 професионале, 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 договорната 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 Застраховачият/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.

15.ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕНЕ 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 (полица).

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

18.ГРУПА е предварително формирана общност от лица с незастрaхователен 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.ЧЛЕНОВО НА СЕМЕЙСТВОТО са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недесеспособни 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 „Животозастрaховател 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.*

## Застраховател

## Застрахователен посредник: .....

## Подпис: .....

## Дата: .....

## Застрахован / застраховащ

## Днес ..... Г., долуподписаният

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

## ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

### 1. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен 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 "Застраховач".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховачият и ползащото 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 е лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишава 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 застраховане и лица боледуващи или преболудвали 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 разсрочнатата 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, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
- 1.2. Пътювания 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 непредпазливост 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, наркотици, стимуланти, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравания; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличие 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, пешерно дъво, въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилство и мотоциклетизъм, скакалорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартерни 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, неволебен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, предисобен за пренос на пътници.
- 1.11. Участие в какъвто 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. СПИИ/НВИ 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 в случаите, когато вследствие на покрития от застраховката злополука се появят болести страдащи и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.
- 1.25. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него, освен ако не е договорено друго;
- 1.26. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора; последици от заболявания, настъпили извън срока на застрахователното покритие;
- 1.27. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор;
- 1.28. Последици от злополуки, настъпили преди началото на застраховката.
- 1.29. Инфекциозни (заразни) заболявания;
- 1.30. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и началотерапия;
- 1.31. Лечение в профилакториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 1.32. 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.
- 1.33. Стomatологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрития по тези Общи условия.
- 1.34. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
- 1.35. 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 майничко 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 Застраховачия/Застрахования.

### IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

#### А. 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, обгявания или скъсване на стави, суждалия и мускули като следствие от напругане 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 предприетите, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпореджени 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 и 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 ползащото 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 покрита 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. Б 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 загубена 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 съответното 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 и/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

##### 1. Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване

- 1.1. 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 отпусък по болест.

##### 1.2. 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 и 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 на 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, покрити 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

- 2.2.1. Връзката за медикаменти е 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 злополуки, 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 сабелителни 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; косметикати, 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. Профилактичните 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 др.
- 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.
- 2.3.12. 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 полиця 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.

3.3. Специфични изключения. Не се изплащат суми за:

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

3.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;

3.3.3. Инвалидни и коремни хернии, дисков 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, които 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 трансфузиозна 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 условията 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 оперирани 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 оперирани 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 определена 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. Консумативни, 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 самоучастното, ако такава 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 самоучастното, ако такава 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 местонаходението 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 самоучастното, ако такава 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 покрити по условията на застраховката.

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

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

**V. ПОЛЗАЩИ ЛИЦА**

1. При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, Застрахованият/Застрахованият може да определи едно или повече ползвачи 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, ползвачи 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 ползвачи лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или неговите наследници.

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

8. Ако няма определени други ползвачи лица в случай 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 преимия:

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 средноиспичен състав с възраст съгласно т. 1.1.

**VII. ПРЕДГОВОРНАТА 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 всички въпроси, 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 испичен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно испичен 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 определен брой лица, чрез посочване на друго тялото качество (дължност, категория персонал, териториално местоположение и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпусък 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 отпусък 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 чието животно се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е над 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 цената на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежен риск или условия, различни от заветните 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 предложението 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, добавящите специални 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 му, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпни 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 вържени 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 събитието 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. Застрахователен договор съдържа размера на самоучастното, ако такава 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. Срокът 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 чието животно 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, следващия на деня, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банков 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 Застрахования в хода на договора.

4.1. Отговорността на Застрахователя за новонастъпнилице 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 премияте 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 отпусък 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 отпусък 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 заплащана 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 отговорността 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. Премияте 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 „Животоазастрахователен 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 изпълнени и предвидени цети. 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 ползващо лице или лица, трябва да представят на Застрахователя следните документи:

1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноса /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, склучени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахователя 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;

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 аутопсионния протокол /съдебно-медицинска експертза на труи;

2.1.5. 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.

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

2.1.6.1.Справка за реално отработени дни;

2.1.6.2.Копие на болнични листове;

2.1.6.3.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.1.6.4.Лична амбулаторна карта;

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

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

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

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

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

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

2.1.8.4.Ако във връзка с настъпилоото 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.).

2.1.8.5.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 „Влязю 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 е 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 експертза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Явно 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 отпуска по болест. Началото на първичния 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 работоспособността, 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 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.

2.3.10.2. Ако застрахователят 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 следящ 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).

2.4.5.3. 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;

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.;

2.5.6. 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 погребналната 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, наложила транспортиране, 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 краткорочни 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 органичаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разносните са за сметка на получателя.

2.15.Всички плащания се извършват в лева по фискинг на БНБ към дни на застрахователното събитие.

## XI. РЕПРЕС

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 договори 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 „Животозаастраховател институт“АД.

## XII. ДАНЪЦИ 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.) /ЗДП/.

## XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

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

2. Възникнали спорове между Застрахования/Застраховация и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при неопитаност 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, чийто живот е застрахован със застрахователния договор.

5. ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ Е лице, посочено от Застраховация/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 протрахираны оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптомти 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.

11.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 професионален, регистриран, потвърждаван, 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 договорната 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 Застраховачият/Застрахованият 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 (полца).

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 кандидатa за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.

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

21.ЧЛЕНОВО НА СЕМЕЙСТВОТО СА сплургът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недесоиснони 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.*

## Застраховател

## Застрахователен посредник: .....

## Подпис: .....

## Дата: .....

## Застрахован / застраховащ

## Днес ..... Г., долуподписаният

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