

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ЗАСТРАХОВКИ “ЗЛОПОЛУКА” И „ЗАБОЛЯВАНЕ”

Глава първа ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ I. ДЕФИНИЦИИ

Чл. 1. Понятията, използвани в тези Общи условия, носят смисъла, определен по - долу:

1. **Застрахователен договор (застрахователна полица)**, наричан за краткост “договора”, се състои от тези Общи условия, Специални условия, евентуални добавъци. Когато се има предвид писмения документ, обикновено договорът се нарича полица. Застрахователният договор съдържа подробна информация за застрахованите лица, застрахователната година, застрахователната премия, самоучастието и началото на застраховката.

2. **Специални условия (опис на полицата)** - част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми, покрития и условия, както и подписите на страните по договора.

3. **Добавък** е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

4. **Страни по договора** са застрахователят и застрахованият.

5. **Застраховател** е Застрахователно акционерно дружество “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП”, Със седалище и адрес на управление ул. “Света София” № 6, София 1301.

6. **Застраховащ (договорител)** е лицето, което сключва договора за застраховка със застрахователя и плаща определената в договора премия. В случай че застраховката е върху живота/здравето/телесната цялост на застрахования, той е и застрахован.

7. **Застрахован (застраховано лице)** е лицето, върху чийто живот, здраве и телесна цялост Застрахователят носи отговорност.

8. **Ползващо се лице** е лицето, на което при определените в договора обстоятелства се изплаща застрахователно обезщетение.

9. **Застрахователна сума** е сумата, която страните по договора се споразумяват да бъде основа за определяне и/или лимитиране на размера на застрахователните плащания, дължими от застрахователя на ползващите се лица при настъпване на застрахователно събитие или при други условия, посочени в съответния застрахователен договор. Застрахователната сума или начинът на изчисляването ѝ се посочват в специалните условия на договора. Тя може да бъде различна за различните покрити рискове по договора.

10. **Застрахователна премия** (наричана за краткост “премията”) е сумата, която застрахованият дължи на застрахователя срещу поетите от последния задължения по застрахователния договор.

11. **Застрахователно плащане** е паричната сума, която съгласно покритите рискове застрахователят изплаща на ползващото се лице при настъпване на застрахователно събитие.

12. **Срок на застраховката (срок на покритие, застрахователен срок)** е срокът, през който застрахователят покрива поетите рискове. Неговото начало и край се посочват в специалните условия.

13. **Застрахователна година** е периодът от време между две годишнини на договора. Годишнините на договора се отчитат спрямо началото на застрахователното покритие.

14. **Покрит риск** са обстоятелствата, определени в условията на застрахователния договор, при събъдването на които застрахователят трябва да изплати застрахователната сума или процент от нея.

15. **Застрахователно събитие** е злополука или заболяване, настъпили със застрахования през застрахователния срок, което съобразно покритите рискове по договора води до застрахователно плащане.

16. **Заболяване** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лечебно заведение за болнична или извънболнична медицинска помощ и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

17. **Акутно заболяване** е заболяване или болест с остро, внезапно и непредвидено начало,

представлява опасност за живота или здравето на застрахования, има тежки симптоми и кратка продължителност, включително всякакви интензивни симптоми, като например силна болка и изисква спешна и неотложна медицинска помощ.

18. **Хронично заболяване** е болест или нараняване, което притежава един или повече от следните признаци:

18.1. за него не е известно признато лечение;

18.2. продължава за неопределено време;

18.3. повтаря се или е вероятно да се повтори;

18.4. постоянно е;

18.5. изисква палиативно лечение;

18.6. изисква дългосрочно наблюдение, консултации, прегледи, контролни прегледи или изследвания;

18.7. трябва да бъдете рехабилитирани или специално обучени, за да се справите с него.

19. **Инфекциозно заболяване** е заразно заболяване, причинено от вируси, бактерии, гъбички и паразити.

20. **Предварително съществуващо заболяване или състояние** е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом:

20.1. за който са били потърсени, или получени, или са били предвидими, лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране, от страна на застрахованото или ползващото се лице преди началото на полицата за застрахованото лице, или

20.2. чийто произход е от, или за което застрахованото лице е знаело, че съществува преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.

21. **Злополука** е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за застрахования произход, настъпило през срока на застраховката и против неговата воля, което причинява на застрахования телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне).

22. **Трудова злополука** е злополука, настъпила със застрахования:

22.1. по време и във връзка или по повод изпълнение на служебните/трудовете му задължения;

22.2. по време на работа, невключена в служебните/трудовете задължения на застрахования, но извършена по нареждане на работодателя му и във връзка с дейността на работодателя;

22.3. през време на регламентирани почивки в работно време;

22.4. през време, когато застрахованият отива на работа или се връща от работа, но в рамките на един час до началото на работното време и на един час от изтичане на работното време.

23. **Битова злополука /не трудова/** е злополука, която не се включва в определението на трудова злополука.

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

25. **Смърт от злополука** на застрахования (в контекста на покритите рискове) е смърт, която е пряк резултат на (и единствено на) злополука, претърпяна от застрахования през застрахователния срок, и която е настъпила до една година от датата на злополуката.

26. **Смърт от заболяване** на застрахования (в контекста на покритите рискове) е смърт, която е пряк резултат на заболяване, настъпило със застрахования през застрахователния срок.

27. **Трайно намалена или загубена работоспособност** е окончателно и невъзстановимо намалена или изгубена способност за извършване на обичайни действия и занятия, вследствие нарушена функция на отделен орган или на целия организъм. Трайно намалената или загубена работоспособност се определя в проценти от Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) или Застрахователна медицинска комисия (ЗМК) при застрахователя. За дата на настъпване на трайно

намалената или загубена работоспособност се приема датата на инвалидизиране, посочена в решението на ТЕЛК или ЗМК..

28. **Временна загуба на работоспособност** е намалена или напълно загубена способност за извършване на обичайни действия и занятия вследствие на преходно намаляване на общите или локални функции на организма, възстановими в определен срок, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест, чието начало е в срока на застраховката. Продължителността на временната неработоспособност се определя съгласно действащата нормативна уредба.

29. **Медицински разходи** са следните разходи:

29.1. разходи за медицински преглед, изследвания, лечение и хирургическа намеса;

29.2. разходи за лекарства, медицински средства и употреба на медицински уреди;

29.3. разходи за стационарно лечение;

29.4. разходи, направени за превозване по спешност на застрахования с линейка от мястото на злополуката или мястото, където е настъпило заболяването до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна и неотложна медицинска помощ;

29.5. разходи за репатриране на застрахован, който е на стационарно лечение в чужбина до болница в страната на местоживеенето му;

29.6. разходи за репатриране на тленните останки на застрахования до местоживеенето му.

30. **Непредвидени и неотложни медицински разходи са медицински разходи**, спешно наложили се в резултат на злополука или внезапно започнало акутно заболяване, чието неизвършване би довело до:

30.1. постоянна опасност за здравето на застрахования;

30.2. сериозно влошаване на телесните функции;

30.3. други сериозни последици, касаещи здравето и живота на застрахования.

Не са непредвидени и неотложни медицински разходи, разходите за лечение на хронични заболявания, при които симптомите са близки до тези на акутните заболявания, но които са съществували преди началото на срока на застраховката

31. **Самоучастие** в направените медицински разходи е част от покритите по застраховката медицински разходи, която застрахованият плаща за своя сметка.

32. **Болница** е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. **Не са болница:**

- лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние;

- лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение;

- рехабилитационните центрове и специализираните болници, клиники и отделения за лечение на психичноболни, алкохолици и наркомани.

33. **Хоспитализация** /болничен престой, стационарно лечение/ е непрекъсваем минимум 24 часов престой на застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение.

34. **Война** е нахлуване, действия на чужди врагове, враждебност /независимо дали е декларирана или не/, гражданска война, размирици, революция, въстание, военна или узурпирана власт, бунт, метеж, граждански размирици и терористични актове;

35. **Терористичен акт** е действие, включващ, но неограничаващ се само с: използване на сила или упражняване на насилие и/или заплахата за това, от страна на дадено лице или група/и лица, независимо дали действат самостоятелно или от името на или във връзка с дадена организация/и или правителство/а, извършено с политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включвайки намерението да въздейства на дадено правителство и/или да застрашава обществото или част от обществото.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ

Чл. 2. Застрахователният договор се сключва срещу покрити, съгласно условията на договора рискове, свързани със здравето или телесната цялост на застрахования. Застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия при настъпване на застрахователно събитие в рамките на покрития риск, да изплати на Застрахования определеното в специалните условия застрахователно плащане.

Чл. 3. (1) По тази застраховка се застраховат лица на застрахователна възраст от 16 до 64 години - при индивидуални договори и до 74 години – при групови договори.

(2) Възрастта на застрахования се определя в цели години към началото на застраховката, като при изтичане срока на договора застрахованото лице не трябва да бъде по-възрастно от 65 години - при индивидуални договори, съответно до 75 години – при групови договори.

Чл. 4. Застраховката покрива само застрахователни събития, настъпили на територията на Европейския съюз, но доказани с документация, издадена от официални органи, действащи в Република България, освен ако в Специалните условия не е уговорен друг териториален обхват.

Чл. 5. Застраховката осигурява 24-часово покритие през денонощието, освен ако в Специалните условия не е уговорен друг времеви обхват.

Чл. 6. По застраховки „Злополука” и „Заболяване” застрахователят сключва следните видове застрахователни договори:

1. индивидуални застраховки с физически лица;

2. групови застраховки за всички лица, включени в група, като застрахователните премии са за сметка или на застрахованите, или на застраховащ /работодател и др./;

3. групови застраховки на ученици, включително и педагози.

Чл. 7. (1) При групови застрахователни договори, при които застраховащ е работодател, а застраховани лица са неговите работници и служители, то те се посочват в поименен списък, изготвен от работодателя. В този списък всяко от тях удостоверява с подпис съгласието си да бъде сключена застраховката върху живота му. Списъкът е неразделна част от застрахователния договор.

(2) Застрахователният договор може да бъде сключена и без поименния списък по предходната алинея, ако се застраховат всички работници и служители на работодателя и ако той декларира, че те са съгласни да бъде сключена застраховката върху живота им.

(3) Работници или служители, които прекъсват трудовоправните си отношения с работодателя, губят статута си на застраховани лица от 24 часа на последния си работен ден при работодателя.

(4) Новопостъпилите работници или служители, придобиват статут на застраховани лица от 24 часа на деня, в който работодателят плати допълнителна премия за тях. Това правило не се прилага, ако те заемат място на напуснали работници и служители. В последния случай новопостъпилите придобиват статут на застраховани от момента на постъпване на работа при работодателя и обявяването им в НАП. Ако застрахователният договор е бил сключен с поименен списък, за новопостъпилите работници и служители се прилага реда на ал. 2.

РАЗДЕЛ III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Чл. 8. По тези Общи условия се покриват следните основни и допълнителни рискове:

1. Основни рискове:

1.1. смърт на застрахования вследствие на злополука или заболяване;

1.2. трайно намалена или загубена работоспособност на застрахования вследствие на злополука или заболяване.

2. Допълнителни рискове

2.1. временна загуба на работоспособност на застрахования вследствие на злополука или заболяване;

2.2. медицински разходи вследствие на злополука или заболяване, вкл. акутно;

2.3. разходи за медицинско транспортиране и репатриране, наложено от злополука, акутно заболяване или смърт;

2.4. други спомагателни рискове, свързани с изброените по-горе рискове.

Чл. 9. Застрахователният договор може да се сключи за всеки риск по отделно, за комбинация от няколко риска или за всички рискове. Рисковете, които конкретният договор покрива, са описани в специалните условия.

Чл. 10. (1) Задължението на застрахователя да изплати суми в случай на смърт или трайна неработоспособност от злополука, или временна неработоспособност от злополука се поражда ако:

1. смъртта или трайно намалената работоспособност са настъпили най-късно до една година от деня на злополуката и са в причинна връзка с нея;

2. уврежданията, довели до временна неработоспособност от злополука са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката;

(2) Застрахователят извършва плащания за временна загуба на работоспособност до два пъти за едно застрахователно събитие в срока на застраховката.

Чл. 11. (1) Застрахователят възстановява всички извършени необходими и присъщи медицински разходи за диагностика и лечение в болница.

(2) Разходи за предписани лекарства се възстановяват, само при условие, че са закупени до 15 дни от датата на предписването им.

Чл. 12. (1) Застраховката не покрива смърт на лица под 14 години или на недееспособни лица.

(2) Застрахователят не покрива застрахователни събития и техните последствия, когато са пряк или косвен резултат от:

1. самоубийство, опит за самоубийство;

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

3. преднамерени действия на застрахования, довели до загуба на работоспособност или смърт;

4. преднамерени действия от страна на заинтересовано лице. Ако има няколко ползвачи се лица, това изключение важи само за действията на извършителя;

5. виновно поведение на застрахования при управление на МПС, както и при липса на документи за правоспособност;

6. бременност, /вкл. и извънматочна/, раждане, аборт, както и произтичащите от тях усложнения, заболявания или медицинско лечение, освен ако не са предизвикани от настъпила застрахователна злополука; лечение на стерилитет, изкуствено оплождане;

7. в резултат на събития, настъпили вследствие на излагане на опасност, преднамерено действие или непредпазливост от страна на застрахования, независимо дали под формата на самонадеяност или небрежност, както и когато застрахованото лице с действията си е нарушило действащ закон или подзаконен нормативен акт.

8. температурни влияния – слънчев и топлинен удар, измръзване, простуда, освен ако те не са следствие от застрахователна злополука, настъпила по време на застраховката или не е уговорено друго;

9. война или военни действия, въстание, държавен преврат, бунт, терористичен акт или други подобни социални явления;

10. ядрена енергия, радиоактивно излъчване, ядрени взривове, природни бедствия и всички други подобни събития с масови последици. Изключението за ядрена енергия не се прилага в случаите, когато ядрената енергия е използвана за медицинско лечение. Застрахователят не носи отговорност към трети лица;

11. самолечение, неспазване на лекарските предписания;

12. сбиване от страна на застрахования;

13. практикуване на високорискови дейности - за такива се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерения, изискващи специална екипировка и спелеология);

14. употреба на алкохол, наркотици и други упойващи или стимулиращи вещества;

15. при концентрация на алкохол в кръвта над 0,5 на хиляда;
16. боравене с оръжие;
17. предварително съществуващи заболявания или състояния, както и вродени заболявания;
18. СПИН, СПИН – свързан комплекс (ARC) и всички болести, причинени от/или свързани с вируса на СПИН (HIV).

(3) Застрахователят не покрива медицински разходи, които са причинени пряко или косвено от някое от Общите изключения по ал. 2. Не се включват в обхвата на покритието и следните разходи:

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

2. разходи, свързани с медицински преглед и изследвания, при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице, разходи, свързани с венерически болести, лечение на стерилитет, промяна на пола или имплантиране;

3. разходи за рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия и курортно лечение;

4. разходи направени след репатрирането;

5. всякакви разходи, свързани с предварително съществуващо заболяване или състояние на застрахования;

6. разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства, хронични заболявания и вродени заболявания или дефекти, венерически болести, смяна на пола;

7. разходи за ефективна или козметична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия и съответните Специални условия;

8. всякакви разходи за експериментални или изследователски услуги;

9. всякакви разходи за медицинско наблюдение или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване или проверка на здравето, включително ваксинации, витамини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, помощни средства за рехабилитация, издаване на удостоверения и др.;

10. разходи за личен комфорт при стационарно лечение като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги;

11. разходи за продукти за отслабване или продукти за контрол върху теглото; тонизиращи продукти, медицински вина, продукти от рибено масло; витамини; възстановителни продукти и хранителни добавки; слабителни средства; козметични продукти;

12. протези, ортези, патерици, изправителни средства и медицински уреди, които не са необходими вътрешно – оперативно, в т. ч. очила, контактни лещи, слухови апарати, зъбни протези и стоматологични уреди;

13. всякакъв вид потребителски такси, регламентирани в действащото българско законодателство, както и дарения;

14. всяка част от разходите, която надхвърля обичайно необходимите и присъщи разходи, които са покрити съгласно настоящите Общи условия и съответните Специални условия.

(4) Застрахователят може да поеме покриването на някои от рисковете по ал. 3 срещу заплащане на допълнителна премия. Поемането се отразява изрично в Специалните условия по договора или в добавък към него.

РАЗДЕЛ IV. СКЛЮЧВАНЕ, ФОРМА, ДЕЙСТВИЕ И ПРОМЕНИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл. 13. Застрахователният договор се изготвя въз основа на предложение за застраховане от застрахователя и декларация за здравословно състояние, професията и дейността на застрахования, както и на други сведения, които застрахователят може да изисква за оценяване на застрахователния риск. При групови застраховки застрахователят може да сключи договора без да изисква попълването на декларации за здравословно състояние.

Чл. 14. (1) При сключване на договора застраховащият/застрахованият е длъжен да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които застрахователят е поставил писмено въпрос. Ако застраховащият/застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договорот подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застраховането.

(2) По време на действието на договора застраховащият/застрахованият е длъжен да обяви пред застрахователя незабавно след узнаването им за новонастъпили обстоятелства, свързани с професията, професионалните задължения, дейността и страната на местоживеене на застрахования. При неизпълнение се прилага редът, определен в Кодекса за застраховането.

Чл. 15. Застрахователният договор се изготвя от застрахователя, след като застраховащият (застрахованият) представи необходимите документи.

Чл. 16. Застрахователният договор влиза в сила в 00.00 часа на датата, посочена в полицата за начало на застраховката, ако е платена застрахователната премия и полицата е приета от застраховащия, и изтича в 24.00 часа на датата, означена за край на застраховката.

Чл. 17. (1) Застрахователната премия се конкретизира в Специалните условия и се плаща при сключване на договора, освен ако изрично не е уговорено друго.

(2) Всички допълнения към премията, които са за сметка на застраховащия, следва да се плащат едновременно с премията.

(3) Застраховащият е длъжен да извърши плащането на еднократната/годишната премия или вноските по нея в случаите на разсрочено плащане в размерите и сроковете, определени в застрахователния договор. В случай, че Застраховащият забави плащането на премията или някоя вноска от нея или плати по-малък размер от дължимата сума, Застрахователят при спазване на условията и реда, определени в Кодекса за застраховането може да прекрати договора.

(4) Ако премията е определена в чуждестранна валута, Застраховащият може да заплати левовия ѝ еквивалент. Този еквивалент се определя по фиксинга на Българска народна банка към датата на плащането, освен ако не е уговорен друг разменен курс.

(5) Застрахователните премии се плащат на каса, с банков превод, директен дебит, пощенски запис или по друг начин, уговорен между страните. Плащанията на каса се извършват в Централно управление или в териториалните представителства на Застрахователя. За дата на плащане се счита датата на заверяване на сметката на Застрахователя с дължимата сума. При плащане на каса за дата на плащане се смята датата на внасяне на премията.

Чл. 18. (1) Страните по договора, освен в предвидените в договора случаи, не могат едностранно да внасят промени в него.

(2) Застраховащият може да иска промяна на Специалните условия на годишен падеж на полицата. Искането за промяна се предявява писмено пред застрахователя.

(3) При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелства, независещи от застрахователя, чиито последствия не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита, Застрахователят може да предложи на застраховащия промени в тарифите и условията по тези модули. Промяната влиза в сила след съгласие на застраховащия. При липса на съгласие от негова страна застрахователния договор се прекратява.

(4) Ако застрахованият или ползвачо се лице, чиито права по договора се ограничават или отменят с промяната, е бил приел с изрично писмено изявление до Застрахователя уговорката в негова полза, промяната може да бъде осъществена, само ако той даде писменото си съгласие за нея на застрахователя.

(5) Промяната в Специалните условия на договора се извършва чрез издаване на добавък, който влиза в сила от 24 часа на датата на издаването му, освен ако не е уговорено друго.

Чл. 19. (1) Застрахователният договор се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

(2) Застрахователният договор може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

1. с едностранно изявление от застраховачия до застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие;
 2. в случай че застрахованото лице се противопостави писмено пред застрахователя срещу сключването на договора върху живота му – от датата на получаване на възражението;
 3. в случай че застраховачият почине преди застрахования и преди да е платил цялата застрахователна премия (освен ако е уговорено друго);
 4. в случай на забавяне плащането на премията или на някоя вноска от нея, или ако не е платен пълният ѝ размер;
 5. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;
 6. в други случаи, уговорени изрично в договора.
- (3) В случай че договорът се прекратява предсрочно по вина на застраховачия, застрахователят не дължи връщане на неусвоената премия за остатъка от застрахователния срок, освен ако не е уговорено друго.

РАЗДЕЛ V. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ. ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

Чл. 20. За получаване на застрахователно плащане е необходимо ползващото се лице да представи следните документи (в оригинал или нотариално заверено копие):

1. Във всички случаи и независимо от характера на иска - заявление и застрахователна полица в оригинал или дубликат, удостоверяващи наличието на сключена застраховка.

2. В случай на злополука:

2.1. документ, удостоверяващ настъпването на злополуката - анкетен лист в случай на битова злополука, а в случай на трудова злополука се представят декларация за злополука и разпореждане на НОИ, протокол за разследване на трудова злополука, съотв. от работодател, и от НОИ;

2.2. протокол от КАТ или други правно-релевантни документи, ако събитието е настъпило в чужбина;

2.3. болнични листове, епикризи и други медицински документи от лицензирани лечебни заведения. Началната дата на първичния болничен трябва да следва началото на срока на застраховката, а останалите трябва да са негово продължение и поставените в тях диагнози да са в причинно-следствена връзка с диагнозата в първичния болничен лист;

2.4 удостоверение за професия и месторабота на застрахования.

3. В случай на заболяване:

3.1. епикризи, оригинални фактури, издадени от болница – в случай на болнично лечение;

3.2. оригинални медицински документи, съдържащи медицинска диагноза за заболяване и/или информация за проведено лечение (болничен лист съгласно правилата по т. 2.3., талони, рецепти и др.) – в случай на извънболнично лечение;

4. В случай на смърт:

4.1. акт за смърт;

4.2. съобщение за смърт от лекаря, удостоверил смъртта;

4.3. удостоверение за наследници, в случай че в качеството си на ползвачи се лица те не са били посочени поименно;

4.4. при груповите застраховки – служебна бележка или копие от списъка.

5. В случай на трайно намалена или загубена работоспособност:

5.1. решение на НЕЛК, ТЕЛК или ЗМК с точно определения процент на трайно намалена или загубена работоспособност, медицински документи, в това число – болнични листове, епикризи, резултати от медицински изследвания;

5.2. при груповите застраховки – служебна бележка или копие от списъка.

6. В случай на временна загуба на работоспособност:

6.1. медицински документи, епикризи, резултати от медицински изследвания, издадени от лицензирани лечебни заведения;

6.2. болнични листове и протоколи, издадени от ЛКК;

6.3. при груповите застраховки – служебна бележка или копие от списъка.

7. в зависимост от направените разноски:

7.1. болнични листове, документи, доказващи направените медицински разноски, разходи за медицинско транспортиране и репатриране;

7.2. медицинска форма, попълнена от лекаря, осъществил лечението;

7.3. рецепти за предписаните лекарства;

7.4. фактури за извършените разходи;

7.5. епикризи от болнично заведение.

8. Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разноски.

Чл. 21. (1) При настъпване на застрахователно събитие застрахователят/застрахованият/ ползващото се лице е длъжен в седемдневен срок от узнаването да уведоми застрахователя.

(2) Застрахователят/застрахованият/ ползващото се лице е длъжен да представи поисканите документи, свързани с установяването на събитието.

(3) В случай, че застрахователят/застрахованият/ ползващото се лице не изпълни задълженията си по предходните алинеи застрахователят може да откаже плащане на застрахователната сума или съответния процент от нея.

(4) Застрахователят има право да откаже плащане на застрахователна сума или процент от нея, ако застрахователят/застрахованият/ ползващото се лице представи неверни или преправени доказателства или документи.

Чл. 22. (1) Когато застрахователния договор в рамките на покритите рискове, покрива застрахователни събития, настъпили извън територията на Република България и в Специалните условия на договора е предвидено използването от застрахования на Асисанс компания, Застрахованият се задължава в срок до 48 часа от настъпване на застрахователното събитие да уведоми Асисанс компанията на посочените в Специалните условия на договора телефони на най-близкото до местонахождението на застрахования представителство на Асисанс компанията. Застрахованият е длъжен да предостави на Асисанс компанията застрахователния договор, документи доказващи датата на настъпване на застрахователното събитие и всички други поискани от Асисанс компанията документи.

(2) В случай, че застрахованият не изпълни задълженията си по предходната алинея застрахователят може да откаже плащане на застрахователна сума или съответен процент от нея.

Чл. 23. (1) Застрахователното плащане се извършва на застрахованият или ползващото се лице лично или на негов представител, упълномощен с нотариално заверено пълномощно:

1. в касата на представителството на застрахователя, в което е сключен застрахователният договор;

2. по банкова сметка в Република България.

(2) Ако застрахователната сума е определена в чуждестранна валута и плащането ѝ се извършва на територията на Република България, застрахователят може да изплати левовия ѝ еквивалент, ако така е уговорено. Този еквивалент се определя по фиксинга на Българска народна банка към датата на плащането, освен ако не е уговорен друг разменен курс.

(4) В случай, че застрахователят не е платил всички дължими и изискуеми до момента на плащането премии, застрахователят извършва застрахователните плащания, намалени с тези премии.

Чл. 24. (1) Застрахователните плащания се извършват в срок от 15 работни дни от датата на представянето пред застрахователя на всички поискани документи.

(2) Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие са необходими допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяването на основанието и размера на претенцията, Застрахователят уведомява застрахования/ползващите се лица по застрахователния договор за допълнителните доказателства, най – късно в срок 45 дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор.

Чл. 25. Ако от представените документи се установи, че данните за определяне на застрахователния риск са били посочени грешно в предложението за застраховане или в тях е настъпила промяна, за която застрахователят не е информирал застрахователя, застрахователното плащане се променя в зависимост от коректните данни и в съответствие с платената премия.

Чл. 26. (1) При извършване на застрахователно плащане за смърт от сумата се приспадат по-рано изплатените обезщетения за трайно намалена (загубена) работоспособност или временна загуба на работоспособност във връзка със същото застрахователно събитие.

(2) При извършване на застрахователно плащане за трайно намалена или загубена работоспособност от сумата се приспадат по-рано изплатените обезщетения за временна загуба на работоспособност във връзка със същото застрахователно събитие.

(3) При извършване на застрахователно плащане за трайно намалена или загубена работоспособност, засягаща по-рано увреден орган или крайник, от сумата се приспада теоретичното обезщетение за увреждането преди настъпване на застрахователното събитие.

Чл. 27. Застрахователят носи отговорност само за реално извършените медицински разходи, които са до размера на застрахователната сума, посочена в Специалните условия.

Чл. 28. (1) В случай, че съществуват други застрахователни договори, които осигуряват на застрахования аналогично застрахователно покритие за медицински разходи, застрахователят отговаря пропорционално на направените разходи, като неговият дял във всеки вид разходи е равен на стойността на разходите, разделена на броя на договорите, покриващи този вид разходи.

(2) В случай че в Специалните условия е предвидено самоучастие на застрахования във възникналите медицински разходи, застрахователят покрива разходите, надвишаващи това самоучастие.

Чл. 29. (1) Застраховката покрива медицински разходи, извършени на територията на Република България само ако е налице временна неработоспособност или трайно намалена или загубена работоспособност на застрахованото лице във връзка със същото застрахователно събитие, за което са извършени медицинските разходи.

(2) Когато застраховката, в рамките на покритието, съгласно застрахователния договор покрива застрахователни събития, настъпили със застрахованото лице извън територията на Република България, Застрахователят покрива медицинските разходи по тези Общи условия, извършени до 15 дни от датата на настъпване на застрахователното събитие.

(3) Когато съгласно условията на застрахователния договор се покриват застрахователни събития, настъпили със застрахования извън територията на Република България, застрахователят не носи отговорност и за всички медицински разходи, които не са непредвидени и неотложни.

Чл. 30. Общата сума на всички застрахователни плащания не може да надвишава посочената в договора застрахователна сума.

Чл. 31. (1) Освен ако в Специалните условия не е уговорено друго, ползващи се лица са:

1. при временна загуба на работоспособност или трайно намалена (загубена) работоспособност – застрахования;

2. при смърт – законните наследници на застрахования.

(2) Ако смъртта на застрахования е настъпила вследствие умишлено деяние на ползващо се лице, застрахователната сума се изплаща на останалите ползващи се лица или на наследниците, ако няма други ползващи се лица.

(3) Ако застрахования не е заплатил или не е в състояние да заплати направените медицински разходи, неговите права на ползващо се лице се придобиват от лицето, което е извършило или заплатило за услугата.

(4) В случай, че в специалните условия на застрахователния договор е изрично предвидено, че при настъпването на застрахователно събитие застрахования е длъжен да уведоми асистанс компания, посочена в специалните условия на договора и асистанс компанията извърши, покритието от застрахователя разходи, то ползващо се лице по застраховката е асистанс компанията.

Глава втора

РАЗНОВИДНОСТИ

РАЗДЕЛ I. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА” НА ГОСТИ НА ХОТЕЛИ И ДРУГИ СРЕДСТВА ЗА ПОДСЛОН

Чл. 32. (1) Застраховач по тази разновидност на застраховката е хотел (в т. ч. хотелски комплекс) или друго средство за подслон.

(2) Застраховани са всички клиенти (гости) на хотела/средството за подслон, които ползват легло срещу заплащане.

(3) Гостите на хотела се включват в групата на застрахованите от момента на регистрирането им в книгата за регистрация при пристигането им в хотела /средството за подслон.

(4) Гостите на хотела отпадат от групата на застрахованите от момента на отписването им от книгата за регистрация при заминаването им от хотела /средството за подслон.

Чл. 33. Уведомяването на всяко застраховано лице за застраховката и получаването на съгласието му е задължение на застраховачия.

Чл. 34. (1) Общата застрахователната премия се плаща месечно на календарен месец, като всяко поредно плащане се извършва до 10-то число на месеца, следващ отчетния.

(2) Сумата на застрахователната премия се определя след изтичане на календарния месец въз основа на ефективно ползваните нощувки от гостите на хотела /средството за подслон през отчетния месец и размера на премията на човек за нощувка, посочен в Специалните условия.

Чл. 35. (1) Застраховката покрива само застрахователни събития, настъпили на територията на хотела/средството за подслон (вкл. стопанисваните от него части).

(2) При предварителна уговорка между страните по договора и срещу заплащане на допълнителна премия застраховката може да покрие и събития, настъпили по време на и във връзка с организиранияте екскурзии от хотела /средството за подслон.

РАЗДЕЛ II. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА” НА КЛИЕНТИ НА ТУРОПУРАТОРИ

Чл. 36. Застраховачият по тази разновидност на застраховката е туроператор.

Чл. 37. (1) Застраховани са всички туристи – клиенти на туроператора, организирани в туристически групи и фигуриращи в поименен списък.

(2) Периодът, през който туристите са застраховани, се посочва в списъка по предходната алинея.

Чл. 38. Уведомяването на всяко застраховано лице за застраховката и получаването на съгласието му е задължение на застраховачия.

Чл. 39. (1) Общата застрахователната премия се плаща месечно на календарен месец, като всяко поредно плащане се извършва до 10-то число на месеца, следващ отчетния.

(2) Сумата на застрахователната премия се определя след изтичане на календарния месец въз основа на списъците по т. 35 за отчетния месец и размера на премията на човек за ден, посочен в Специалните условия.

Глава трета ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 40. Застраховачият/ Застрахованият нямат право на откуп по застрахователен договор по Комплексна здравна застраховка.

Чл. 41. (1) Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към Застраховачия, се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на Застрахователя. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на Застраховачия.

(2) Съобщенията към Застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса за кореспонденция на Застрахователя.

(3) За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Това правило не се прилага, когато Застрахователят не е уведомил Застрахователя за текущия си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на съобщението.

Чл. 42. В случай на загубване или унищожаване на полицата, застрахователят трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахователят получава копие то срещу декларация за невалидност на изгубения/ унищожения екземпляр.

Чл. 43. (1) Личните данни, получени във връзка със застрахователния договор, се използват от застрахователя за подготвяне и обслужване на този договор. Застрахователят няма право без съгласие на съответното лице да разгласява станалите му известни лични данни, освен в случаите, предвидени със закон, или при предотвратяване на застрахователни измами.

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

Чл. 44. На основание чл. 19, ал. 1 от Закона за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Застрахователя и Застрахователя, че:

1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни.

2. Предоставените от тях лични данни се използват от Застрахователя за целите на: сключването и изпълнението на договори; реализация на законните права и интереси на Застрахователя във връзка със сключените договори.

3. При наличие на изрично съгласие, личните им данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството „обработващ лични данни“ по смисъла на §1, т. 3 от ЗЗЛД; на трети лица за нуждите на директния маркетинг; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели; на трети лица, съгласно договореното между страните.

4. Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за предоставянето им е основание за Застрахователя да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай, че липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси.

5. Всяко лице, предоставило личните си данни има право на достъп до тях, както и право да иска коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.

Чл. 45. Правата по застрахователния договор се погасяват по давност, с изтичането на срок, определен от действащото българско законодателство.

Чл. 46. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

Чл. 47. Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане са в тежест на ползващите се лица, застрахования или техните наследници.

Чл. 48. (1) Настоящите Общи условия са неразделна част от застрахователния договор.

(2) Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящите Общи условия по застраховка „Злополука“ са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД „Булстрад - Живот“ с протокол №73 от 03.12.2003 г. и одобрени с писмо на УЗН към КФН изх. № 22-02-03/24 от 22.12.2003 г.

§2. Настоящите Общи условия са изменени и допълнени с решение на Управителния съвет на ЗАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ по Протокол № 95/29.09.2012 г. и влизат в сила от датата на получаване на лиценз за застраховка „Заболяване“.
