

РАЗДЕЛ I. ДЕФИНИЦИИ

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

1. **Застрахователен договор**, наричан още **Застрахователна полица** или за краткост „договора“ или „полицата“, се сключва в писмена форма. Тези Общи условия, Специалните условия на договора/полицата и евентуални добавъци са неразделна част от застрахователния договор, както и всички уведомления, декларации, съгласия, които страните подписват с оглед спазване изискванията на Общия регламент за защита на личните данни (Регламент (ЕС) 2016/679). Субсидиарно приложение намира българското законодателство.
2. **Специални условия** е част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми и условия, както и други реквизити, определени от Кодекса за застраховане.
3. **Добавък** е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него.
4. **Страни по договора** са Застрахователят и Застрахованият.
5. **Застраховател** е ЗЕАД „БУАСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Света София“ № 6.
6. **Застраховач** е лицето, което сключва договора за застраховка със Застрахователя и плаща определената в договора застрахователна премия. В случай че застраховката е върху живота на Застрахования, той е и Застрахован.
7. **Застрахован (Застраховано лице)** е физическо лице, гражданин на Европейския съюз или на трета държава, в случай че има постоянно пребиваване в държава – членка на ЕС, върху чиито живот, здраве и телесна цялост се сключва застраховката.
8. **Ползващо се лице** е лицето, което има право да получи застрахователната сума при настъпване на застрахователно събитие. Ползващото се лице се посочва в застрахователния договор. То може да бъде както Застрахованият, така и Застрахованият или неговите законни наследници, или друго лице, посочено от Застрахователя.
9. **Група от застраховани лица** е съвкупност от 10 и повече лица, събрани по определен критерий, различен от желанието им да се включат в застраховка.
10. **Срок на застраховката** е срокът, за който е сключен застрахователният договор. Неговото начало и край се посочват в Специалните условия или в последващ добавък за удължаване на срока на застраховката.
11. **Период на застрахователно покритие** е периодът, през който Застрахователят носи риска по застраховката.
12. **Застрахователен период** е периодът, за който се определя застрахователна премия. Този период е една година, освен ако не е уговорен по-кратък или по-дълъг срок. Застрахователният период може да съвпада със срока на договора. Възможно е също в срока на застрахователния договор да се включва повече от един застрахователен период.
13. **Застрахователна година** е част от срока на застраховката, представляваща период от време между две годишнини на договора. Годишнините се отчитат спрямо началото на застрахователния срок.
14. **Отлагателен период** е определен в настоящите Общи условия период от началото на срока на застрахователното покритие, през който период Застрахователят не дължи плащания за настъпило застрахователно събитие.
15. **Застрахователно събитие** е събитие, настъпило по време на застрахователния срок, което води до възникване на застрахователна отговорност, в случай че вследствие на това събитие настъпи покрит по настоящата застраховка риск.
16. **Покрит риск** е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при сключването на която Застрахователят трябва да изплати застрахователната сума или процент от нея. Рисковете, които конкретният застрахователен договор покрива, се посочват в Специалните условия.
17. **Застрахователна сума (лимит на отговорност)** е договорената между страните и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования, Застрахования или третото ползващо се лице.
18. **Застрахователна премия**, наричана за краткост „премията“, е сумата, която Застрахователят изисква в замяна на поетите от него задължения по застрахователния договор.
19. **Злополука** е непредвидено, случайно и внезапно събитие, настъпило през периода на застрахователното покритие, с външен за Застрахования произход и против неговата воля, което причинява на Застрахования телесно увреждане (напр. 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 и др.).
20. **Трудова злополука** е внезапно увреждане на здравето, станало през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило неработоспособност

или смърт.

21. **Битова злополука** е всяка друга злополука, която не се включва в определението на трудова злополука.
22. **Самопричинено състояние** е застрахователно събитие, настъпило вследствие на съзнателно увреждане на собственото здраве, извършено от Застрахования или от някое от ползващите се лица, или извършено по тяхна подбуда.
23. **Заболяване** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.
24. **Общо заболяване** е всяка болест по критериите на Световната здравна организация, която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.
25. **Професионално заболяване** е заболяване, за което е издаден акт за професионално заболяване от диагностична лекарска комисия.
26. **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.
27. **Предварително съществуващо заболяване, увреждане или състояние** е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом:
27.1. 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
27.2. 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.
28. **Хронично заболяване** е болест или нараняване, което притежава един или повече от следните признаци:
28.1. за него не е известно признато лечение;
28.2. продължава за неопределено време;
28.3. повтаря се или е вероятно да се повтори;
28.4. постоянно е;
28.5. изисква палиативно лечение;
28.6. изисква дългосрочно наблюдение, консултации, прегледи, контролни прегледи или изследвания;
28.7. лицето, което се справя с него, трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено.
29. **Вродени заболявания** означава всяко вродено разстройство, физическа аномалия и/или всяко отклонение от нормалното развитие, възникнало след раждането, или медицинско състояние, придобито по време на развитието на плода, независимо дали е диагностицирано към момента. За застрахователните цели няма значение дали вродената болест се дължи на наследственост или на околната среда.
30. **Заразно заболяване** е заболяване, което се причинява от вируси, бактерии, паразити или други организми и може да бъде предадено от човек на човек чрез пряк контакт, по въздушно-капков път, чрез повърхности или предмети, или чрез биологични вектори (насекоми или кърлежи) или животни.
31. **Епидемия** е бързо и масово разпространение на определено заболяване, което значително надхвърля обичайното и очакваното, в рамките на определен географски район и за сравнително кратък период от време.
32. **Пандемия** е вид всеобхватна епидемия, засягаща голям регион, континент или целия свят и характеризираща се с появата на нов вирус или инфекциозен носител, срещу който човешката популация няма имунитет.
33. **Трайно намалена или загубена работоспособност (инвалидност)** е окончателно и невъзстановимо намалена или загубена способност на Застрахования за извършване на обичайни действия и занятия вследствие нарушена функция на отделен орган или на целия организъм, настъпили през периода на застрахователното покритие. Трайно намалената или загубена работоспособност се определя в проценти от Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) или Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК) и се потвърждава от доверения лекар на Застрахователя 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/НЕЛК или ЗМК.
34. **Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК)/Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)** са нормативно конституирани органи в България, натоварени със задачата да определят вида, степента, срока, датата на настъпване и причините за трайно намалената или загубена работоспособност.
35. **Застрахователна медицинска комисия (ЗМК)** е орган при Застрахователя, натоварен със задачата да определи вида, степента, срока, датата на настъпване и причините за трайно намалената или загубена работоспособност.
36. **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, възстановима в определен срок, през който Застрахованият реално ползва отпуск по болест, чието начало е в периода на застрахователното покритие. Продължителността на временната неработоспособност се определя съгласно действащата нормативна уредба.

37. Медицински разходи е покритие, което, в случай че е уговорено в застрахователния договор, включва разходи за:

37.1. медицински прегледи, изследвания, лечение и хирургическа намеса в извънболнични условия;

37.2. лекарства, медицински помощни средства и консумативи;

37.3. стационарно/болнично лечение, вкл. хирургическа намеса;

37.4. транспортиране по спешност на застрахования със специализиран медицински превоз от мястото на злополука или мястото, където е настъпило заболяването, до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна и неотложна медицинска помощ;

37.5. транспортиране на застрахован, който е на стационарно лечение в болница до друга болница в страната.

38. Непредвидени и неотложни медицински разходи са медицински разходи, спешно наложени се в резултат на злополука или внезапно започнало акутно заболяване, чието неизвършване би довело до постоянна опасност за здравето на Застрахования и/или сериозно влошаване на телесните функции и/или 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, освен ако проявлението на хроничното заболяване е внезапно възникнало усложнение, протичащо остро, изискващо спешна и неотложна медицинска намеса и застрашаващо живота на Застрахования.

39. Хоспитализация (болничен престой) по смисъла на настоящите Общи условия е непрекъсваем минимум от над 24 (двадесет и четири) часов престой на Застрахования в болница, по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение.

40. Дневни пари за болничен престой (хоспитализация) е предварително договорена сума за всеки ден на болничен престой, която Застрахователят заплаща на Застрахованото лице, в случай че то бъде хоспитализирано в лечебно заведение за болнично лечение през периода на застрахователното покритие вследствие на покрит по условията на договора риск.

41. Дневни пари за следболнично възстановяване е предварително договорена сума, която Застрахователят заплаща на Застрахованото лице за всеки ден на продължаване на лечението му в амбулаторни (домашни) условия след проведено болнично лечение (хоспитализация), във връзка с покрит по условията на договора риск.

42. Хирургическо лечение и хирургическа намеса означава ръчно или оперативно – извършена(и) процедура(и), необходима(и) за лечение на заболяване или телесно увреждане, корекция на деформации, диагностика и лечение на заболявания, облекчаване на страдание, извършена(и) в болница или амбулаторно от правоспособен лекар.

43. Болница е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото българско законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия, извършено в съответствие с утвърдените в Република България медицински стандарти. По смисъла на тази застраховка 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, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение, както и рехабилитационните центрове и специализираните болници, клиники и отделения за лечение на психичноболни, алкохолици и наркомани.

44. Фрактура е медицинско състояние на костите, при което има установено нарушение/увреждане на непрекъснатостта и/или целостта на костта вследствие на настъпила злополука. По смисъла на тази застраховка не се считат за фрактури – патологични фрактури, при които дадено заболяване е причинило промени на костната структура или е отслабило костта.

45. Изгаряне е тъканна увреда, предизвикана от термични, химични или електрически агенти и довела до изгаряне на телесна повърхност.

46. Разходи за медицинско транспортиране са действително извършени разходи за превоз по спешност на Застрахования със специализиран медицински транспорт на територията на Република България от мястото на злополука или мястото, където е настъпило акутно заболяване, до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна и неотложна медицинска помощ, както и разходи за превоз със специализиран медицински транспорт за последващо преместване на

Застрахования от едно лечебно заведение в друго, необходимостта от което се определя от медицинското заведение, провело лечението, или от лекуващия лекар. Под специализиран медицински транспорт се разбира линейка или друго превозно средство, лицензирано за извършване на медицинско транспортиране.

47. Самоучастие в направените медицински разходи е част от покритите по застраховката медицински разходи, която Застрахованият плаща за своя сметка.

48. Тероризъм е всяко действие, извършено с цел да причини смъртта или да нанесе сериозни телесни поражения на граждани или невоюващи лица с цел заплашване на дадено население или заставяне на дадено правителство или международна организация да извърши или да се въздържа от извършването на каквото и да е действие.

49. 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 и терористични актове.

50. КИБЕР събитие е всяко неразрешено, случайно или злоумишлено действие или серия от свързани с него неразрешени, случайни или злоумишлени действия, както и заплахата или измамата, свързани с достъпа до обработката, оперирането със или използването на която и да е информационна технология или електронни данни от лице или група лица.

51. Адрес за кореспонденция е пощенски или електронен адрес, посочен от Застрахователя в заявлението за застраховане или в други документи, предоставени на Застрахователя, на който Застрахователят изпраща всички съобщения или уведомления, свързани с обслужването на договора.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Чл. 2. (1) По тези Общи условия за Рискова застраховка „Живот“ срещу платена застрахователна премия Застрахователят застрахова едно или повече физически лица, наричани по-нататък Застрахован/и, срещу покрити съгласно условията на договора рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на Застрахования.

Чл. 3. (1) По тази застраховка се застраховат здрави лица. По преценка на Застрахователя могат да бъдат приети за застраховане при условията на утешен риск и лица с допълнителни рискови фактори.

(2) Утешеният риск по ал. 1 може да се изрази в прилагане самостоятелно или в комбинация на: промяна размера на застрахователната премия, промяна на рисковата ставка, промяна на застрахователния срок, изключване на определени рискове или в прилагане на други способи, наложени при сключване на застраховката. (3) По тази застраховка не се застраховат за риска „смърт“ лица под 14 години и недееспособни лица. Ако през срока на застрахователния договор Застрахованият бъде признат за недееспособен, договорът се прекратява автоматично.

(4) По Рискова застраховка „Живот“ Застрахованият няма право на откуп.

Чл. 4. (1) Възрастта на Застрахования към датата на влизане в сила на договора е между 18 (осемнадесет) и 70 (седемдесет) години. Възрастта на Застрахования се определя в цели години към началото на застраховката, като по-малко от шест месеца от датата на раждане не се вземат под внимание, а навършени шест или повече месеца от нея се приемат за цяла година.

(2) Към датата на изтичане срока на застраховката възрастта на Застрахования не трябва да надхвърля 74 (седемдесет и четири) навършени години.

(3) По настоящата застраховка застрахователното покритие за застраховани лица на възраст над 70 (седемдесет) години е за застрахователни събития единствено вследствие злополука.

(4) Застрахователното покритие за риска трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване се предлага само за застраховани лица, чието възраст към датата на изтичане срока на застраховката не надхвърля 65 (шестдесет и пет) навършени години.

(5) Застрахователното покритие за риска критични заболявания се предлага само за застраховани лица, чието възраст към датата на изтичане срока на застраховката не надхвърля 65 (шестдесет и пет) навършени години.

Чл. 5. Застрахователят покрива поетите рискове на територията на държавите – членки на Европейския съюз, освен ако изрично не е уговорен друг териториален обхват.

РАЗДЕЛ III. ПОКРИТИ И ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Чл. 6. (1) По тези Общи условия основни покрити рискове, които са включени в обхвата на застрахователния договор, са:

1. смърт на Застрахования вследствие на:

1.1. злополука или на определен вид злополука и

1.2. заболяване или на определен вид заболяване;

2. трайно намалена или загубена работоспособност, настъпила със Застрахования вследствие на:

2.1. злополука или на определен вид злополука и/или
2.2. заболяване или на определен вид заболяване;
3. временна загуба на работоспособност, настъпила със Застрахования вследствие на:
3.1. злополука или на определен вид злополука;
3.2. заболяване или на определен вид заболяване.
(2) Основният риск по ал. 1, т. 1 е задължително покрит от застрахователния договор. Рисковете по ал. 1, т. 2 и т. 3 се покриват от застрахователния договор по желание на Застрахователя.
(3) Допълнително покрити рискове, които могат да бъдат включени в обхвата на застрахователния договор по желание на Застрахователя и при заплащане на допълнителна застрахователна премия, са:
1. дневни пари за болничен престой на Застрахования вследствие на злополука или на определен вид злополука;
2. дневни пари за болничен престой на Застрахования вследствие на заболяване или на определен вид заболяване;
3. дневни пари за следболнично възстановяване на Застрахования вследствие на злополука или на определен вид злополука;
4. дневни пари за следболнично възстановяване на Застрахования вследствие на заболяване или на определен вид заболяване;
5. хирургическо лечение или хирургическа намеса вследствие на злополука или на определен вид злополука;
6. хирургическо лечение или хирургическа намеса вследствие на заболяване или на определен вид заболяване;
7. фрактури на Застрахованото лице вследствие на злополука;
8. изгаряния на Застрахованото лице;
9. възникване за Застрахования на медицински разходи или определен вид медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпила с него злополука или определен вид злополука, които разходи не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователна отговорност;
10. възникване за Застрахования на медицински разходи или определен вид медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпило с него заболяване или определен вид заболяване, които разходи не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователна отговорност;
11. критични заболявания.
(3) Рисковете, които конкретният застрахователен договор покрива, са описани изрично в Специалните му условия.
(4) За покритите рискове по т. 2, т. 4 и т. 6 на ал. 3 е предвиден отлагателен период от 120 (сто и двадесет) дни, считано от датата на влизане на застрахователния договор в сила или на индивидуалното застрахователно покритие, както и от датата на възстановяване на застрахователния договор. Посоченият отлагателен период не се прилага, в случай че хоспитализацията или хирургическото лечение са вследствие инфекциозно заболяване, както и при подновяване на застрахователен договор без прекъсване.
(5) За риска „критични заболявания“ се прилагат Общите условия по застраховка „Критични болести“ на Застрахователя.
Чл. 7. (1) Застрахователните рискове по тези Общи условия, както и последиците от тях не се покриват в случаите, когато събитието е настъпило или е вследствие на:
1. самоубийство, опит за самоубийство, самопричинено състояние;
2. извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер от страна на Застрахования;
3. изпълнение на смъртна присъда или злополука, настъпила, докато Застрахованият е задържан от органите на властта или се намира в затвор;
4. преднамерени действия от страна на ползващото се лице, довели до загуба на работоспособност или смърт на Застрахования. Ако има няколко ползващи се лица, това изключение важи само за действията на извършителя;
5. бременност, раждане, аборт, както и произтичащите от тях усложнения, освен ако не са предизвикани от настъпила злополука;
6. лечение на безплодие, стерилитет, както и лечение чрез репродуктивни технологии (вътрематочна инсеминация, инвитро оплождане, икси оплождане и др.);
7. температурни влияния – слънчев и топлинен удар, измръзване, простуда, освен ако те не са следствие от злополука, настъпила по време на застраховката, или не е уговорено друго;
8. война или военни действия (независимо дали войната е обявена или не), въстание, държавен преврат, бунт, терористичен акт, граждански размирици или други подобни социални явления, пряко или косвено произтичащи от взривяване на ракети, бомби, гранати, експлозиви, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу тероризъм;
9. ядрена енергия, радиоактивно излъчване, ядрени взривове, биологично или химическо замърсяване, природни или екологични 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; самолечение, както и когато Застрахованият не е потърсил квалифицирана медицинска помощ или е отказал такава, не е следвал медицинско предписание за изследване, лечение, консултация, при прилагане на непризнато и неутвърдено лечение, вкл. състояние след приемане на медикаменти, които не са предписани от правоспособен лекар;
10. предварително съществуващо заболяване, увреждане или състояние;
11. злополука, настъпила със Застрахования, вследствие негова несъзнана непредпазливост (небрежност);
12. постравматична епилепсия;
13. участие от страна на Застрахования в облог или предизвикателство, сбиване, предизвикано от него или в което Застрахованият активно и доброволно е участвал, хулигански действия от страна на Застрахования;
14. боравене с оръжие и експлозиви;
15. практикуване на високорискови професии и практикувани дейности, в т.ч. спортове и хоби (за такива се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерения, изискващи специална екипировка, и спелеология и зимни спортове, практикувани извън места, обозначени за тяхното упражняване);
16. упражняване от Застрахования на всякакъв вид спорт като професионален спортист, включително участие в тренировки и спортни състезания, освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго;
17. проява на алергия, страничен ефект от лекарства за лечение на увредите, настъпване на известни рискове, свързани с всяка медицинска или хирургическа процедура, бактериални и вирусни инфекции;
18. употреба на алкохол, наркотици, упойващи или стимулиращи вещества от Застрахования;
19. пътнотранспортни произшествия, независимо дали като водач или пешеходец, настъпили поради неспазване на Закона/Правилата за движение по пътищата, вкл. управление на МПС със скорост над максимално разрешената за съответния пътен участък, в който е настъпило пътнотранспортното произшествие;
20. управление на МПС от Застрахования, когато не притежава правоспособност за управление на съответната категория МПС или когато свидетелството му за управление е било временно отнето;
21. упражняване на дейност, за която Застрахованият няма валиден разрешителен документ, ако такъв се изисква по закон, включително управление на сухопътни превозни средства (с изключение на МПС), летателни апарати или плавателни съдове, без да притежава правоспособност за управление или когато е с временно отнета правоспособност;
22. злополука, настъпила поради неспазване от Застрахования на правилата и инструкциите за безопасност на труда, установени от съответните органи;
23. участие в медицински, научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти, както и експериментално лечение;
24. заразяване с какъвто и да било вирус на човешката имунна недостатъчност (HIV) или в организма на Застрахования съществуват каквито и да било антитела на вируса на човешката имунна недостатъчност (HIV), или Застрахованият боленува от синдрома на придобитата имунна недостатъчност (AIDS);
25. психично заболяване или психични разстройства;
26. злополука, настъпила със Застрахования при упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда;
27. събития, настъпили, когато Застрахованият е нарушил действащ закон или подзаконов нормативен акт;
28. епидемии и пандемии;
29. полово предавани болести, както и при смяна и промяна на пола и свързаните с това усложнения;
30. стоматологична помощ и орална хирургия, както и техните усложнения, освен ако не са предизвикани от настъпила злополука.
(2) Застрахователят не извършва застрахователни плащания за риска „временна загуба на работоспособност“, когато Застрахованият не е ползвал реално дните за отпуск по болест.
(3) В допълнение към уговорените в ал. 1 изключения, не се включват в обхвата на покритието за медицински разходи и разходи във връзка с:
1. преглед, лечение и хирургическа намеса, които не са извършени от правоспособен лекар или лицензирано лечебно заведение;
2. медицински преглед и изследвания, при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със Застрахованото лице;
4. рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия;
5. лечение след репатрирането по чл. 1, т. 37, подточка 37.5, ако не е изрично покрито;
8. лечение на проблеми, свързани с телото;
9. 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;

10. прегледи, изследвания и лечение чрез методите на неконвенционалната/ алтернативна медицина;

11. експериментални или изследователски услуги;

12. медицински наблюдения или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване или превенция на здравето, включително ваксинации, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, издаване на удостоверения и др.;

13. личен комфорт и подобрени битови условия при болнично лечение, избор на екип/лекар, сестрински пост, допълнителен помощен персонал, както и всякакви административни и/или потребителски такси, включително поискани и предоставени дейности (ППД);

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

15. генетични изследвания, като в случая молекулярно-генетичната и биохимично-генетичната диагностика се определя като анализ на ДНК, РНК, гени, гени продукти (белтъци и ензими) и специфични метаболити с цел откриване на изменения, свързани с наследствени или придобити болести. Методът на анализ се осъществява чрез специализирани диагностични генетични изследвания – цитогенетичен и молекулярно-цитогенетичен анализ, молекулярно-генетичен анализ, биохимичен генетичен анализ.

(4) В допълнение към уговорените в ал. 1 изключения не се включва в обхвата на покритието по настоящата застраховка и хоспитализация във връзка с:

1. лечение в нелицензирано лечебно заведение;

2. провеждане на рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия, както и за закупените лекарства, средства и ползването на медицински уреди в тази връзка;

3. естетична хирургия, освен ако е наложена вследствие на претърпяна травматична увреда, изгаряне или критично заболяване, възникнали в срока на застраховката.

(5) По настоящата застраховка не са покрити събития, които са пряк или косвен резултат от заразно заболяване или заплахата, или страх от заразяване, включително понесените поради нормативни изисквания, мерки или разпореждания на компетентните власти, и/или действия или мерки на Застрахования или трети лица, с цел или във връзка с контрол и ограничаване на разпространението на заразно заболяване, независимо от всички други събития или обстоятелства, които могат да имат отношение към причиняването и/или размера на вредите.

(6) Независимо от други условия по застрахователния договор, настоящата застраховка не покрива събития, които са пряк или косвен резултат от КИБЕР събитие.

(7) В изброените в предходните алинеи случаи платените застрахователни премии не се връщат.

(8) С изрична писмена уговорка между страните и след заплащане на допълнителна премия някои от изключенията от застрахователното покритие могат да бъдат покрити.

РАЗДЕЛ IV. ЛИМИТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ

Чл. 8. Дължимата застрахователна сума при настъпване на покрит по полицата риск е посочена в Специалните условия.

Чл. 9. Отговорността на Застрахователя за изплащане на застрахователна сума възниква само в случай че застрахователното събитие е настъпило в срока на застраховката.

Чл. 10. (1) В случай на настъпила със Застраховано лице смърт вследствие злополука Застрахователят извършва застрахователно плащане само ако смъртта е в причинно-следствена връзка със злополуката и при условие че е настъпила до 1 (една) година от датата на злополуката и е настъпила в срока на индивидуалното му застрахователно покритие.

(2) В случай на настъпила със Застраховано лице смърт вследствие заболяване, Застрахователят извършва застрахователно плащане само ако заболяването е диагностицирано за пръв път през срока на застраховката, смъртта е в причинно-следствена връзка с него и е настъпила в срока на индивидуалното му застрахователно покритие.

Чл. 11. (1) Задължението на Застрахователя да изплати застрахователната сума или част от нея в случай на трайно намалена или загубена работоспособност, настъпила вследствие на заболяване, се поражда само ако трайно намалената или загубена работоспособност на Застрахования е определена за заболяване, което е диагностицирано за пръв път през срока на застраховката и датата на инвалидизация, посочена в решението на ТЕЛК, е в периода на индивидуалното застрахователно покритие.

(2) Задължението на Застрахователя да изплати застрахователната сума или част от нея в случай на трайно намалена или загубена работоспособност, настъпила

вследствие на злополука, се поражда само ако уврежданията са в причинно-следствена връзка със злополуката и при условие че трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила до 1 (една) година от датата на злополуката. Изключение от правилото по изречение първо се прилага в случаите, при които Застрахованото лице е било във временна загуба на работоспособност, продължила за срок до 18 (осемнадесет) месеца без прекъсване, която непосредствено е преминала в трайно намалена или загубена работоспособност.

(3) Когато процентът трайно намалена или загубена работоспособност е формиран от няколко заболявания и/или злополуките, Застрахователят дължи плащане само ако всяко от тях е възникнало в срока на действие на договора. Когато в общия процент трайно намалена или загубена работоспособност е включен процент за заболяване и/или злополука, диагностицирани или възникнали преди сключването на договора, то процентът за тях се изключва от общия процент.

(4) Трайно намалената или загубена работоспособност се определя в проценти и се определя по някой от следните начини:

1. от Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) в съответствие с действащата нормативна уредба;

2. от Застрахователна медицинска комисия (ЗМК) на Застрахователя, съгласно Континентална скала, представяваща Приложение № 1 към настоящите Общи условия.

(5) Освидетелстването на трайно намалената или загубена работоспособност вследствие на злополука, при условията на ал. 4 т. 2, се извършва след окончателно и пълно стабилизиране на състоянието на Застрахования, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на настъпване на злополуката. Застрахователят не носи отговорност за усложнения в състоянието на Застрахования, настъпили след изтичане на една година от датата на злополуката. По искане на Застрахования (Застраховация) при ампутации на крайници и при загуба на очи процентът на трайно намалена или загубена работоспособност се определя, без да се чака изтичането на тримесечния срок, но само при завършена стабилизация.

Чл. 12. (1) В случай на настъпила със Застраховано лице временна загуба на работоспособност вследствие злополука или заболяване, Застрахователят извършва застрахователно плащане само ако временната загуба на работоспособност е настъпила през срока на застраховката.

(2) В случай на настъпила със Застраховано лице временна загуба на работоспособност вследствие злополука, Застрахователят извършва застрахователно плащане само ако временната загуба на работоспособност е настъпила през срока на индивидуалното застрахователно покритие, намира се в причинно-следствена връзка със злополуката и нейното начало е не по-късно от един месец от датата на злополуката.

(3) Временната загуба на работоспособност се удостоверява с първичен болничен лист и неговия продължения, издадени от лицензирано лечебно заведение.

(4) Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на срока на застрахователния договор и преди изтичането му. В поредицата от болнични листове трябва да има само един първичен болничен лист, а останалите трябва да са негово продължение и поставените в тях диагнози да са същите или в причинно-следствена връзка с диагнозата в първичния болничен лист.

Чл. 13. (1) Застрахователят носи отговорност само за реално извършените медицински разходи, които са до размера на застрахователната сума, посочена в Специалните условия.

(2) В случай че съществуват други застрахователни договори, които осигуряват на Застрахования аналогично застрахователно покритие за медицински разходи, той трябва да го декларира при заявяване на застрахователната претенция. В тези случаи 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.

(3) В случай че в Специалните условия е предвидено самоучастие на Застрахования във възникналите медицински разходи, Застрахователят покрива разходите, надвишаващи това самоучастие.

(4) Застраховката покрива медицински разходи, извършени на територията на Република България само ако е налице временна неработоспособност на Застрахованото лице, във връзка със същото застрахователно събитие, за което са извършени медицинските разходи, независимо дали застрахователния договор покрива временна загуба на работоспособност.

(5) Когато застраховката, в рамките на покритите съгласно застрахователния договор рискове, покрива застрахователни събития, настъпили със Застрахованото лице извън територията на Република България, Застрахователят покрива само медицински разходи, извършени до 15 (петнадесет) дни от датата на настъпване на застрахователното събитие и носи отговорност само за тези медицински разходи, които са непредвидени и неотложни.

Чл. 14. (1) В случай на смърт на Застрахования, Застрахователят изплаща на законните му наследници или на други, посочени в застрахователния договор ползватели се лица, застрахователната сума, определена в застрахователния договор.

От дължимата застрахователна сума се приспадат извършените до момента застрахователни плащания за трайно намалена или загубена работоспособност и/или временна загуба на работоспособност и/или медицински разходи и/или дневни пари при болничен престой и/или дневни пари за следболнично възстановяване, направени за същото Застраховано лице по време на действие на застрахователния договор.

(2) В случай на трайно намалена или загубена работоспособност на Застрахования, Застрахователят му изплаща процент от определената в договора застрахователна сума, равен на процента на трайно намалена или загубена работоспособност, определен в експертното решение на ТЕЛК или на ЗМК на Застрахователя (при злополука). От застрахователната сума се приспадат извършените до този момент застрахователни плащания за временна загуба на работоспособност и/или медицински разходи и/или дневни пари при болничен престой и/или дневни пари за следболнично възстановяване във връзка със същото застрахователно събитие. В случаите, когато лицето вече е било освидетелствано от ТЕЛК с трайно намалена или загубена работоспособност поради предшестващи заболяване или злополука, или увреди, която не е последица от претендираното застрахователно събитие, то на Застрахования се изплаща процентът от застрахователната сума, определен само за увредите, които са в причинно-следствена връзка с настъпилото в срока на договора заболяване или злополука. Ако преди настъпването на застрахователното събитие Застрахованият има установено по вид и степен трайно увреждане, което допълнително е било увредено от заболяването или злополуката, от застрахователната сума се приспада теоретичното обезщетение за увреждането преди настъпване на застрахователното събитие.

(3) В случай на временна загуба на работоспособност на Застрахования, Застрахователят му изплаща част от застрахователната сума, чийто размер е посочен в застрахователния договор и която зависи от продължителността на временната загуба на работоспособност на Застрахования.

(4) В случай че определената сума за временна неработоспособност надвишава тази за трайно намалена или загубена работоспособност, Застрахователят изплаща само сумата за временната неработоспособност.

(5) Сума за временна загуба на работоспособност от заболяване може да се изплати на Застрахования не повече от един път през срока на застрахователния договор.

(6) Застрахователните плащания за неработоспособност (в т.ч. и трайна, и временна), дължими за дадено Застраховано лице, не могат да надхвърлят размера на определената в Специалните условия застрахователна сума за същото лице.

(7) В случай на хоспитализация на Застрахования в периода на застрахователното покритие вследствие на злополука или заболяване, Застрахователят изплаща на ползвача се лице за всеки ден болничен престой на Застрахования, застрахователна сума, чийто размер е посочен в Специалните условия. Застрахователят извършва застрахователно плащане само при условие че престоят в болница е продължил над 24 (двадесет и четири) часа, при еднократен престой до 20 (двадесет) дни и не повече от 30 (тридесет) дни общо в рамките на периода на индивидуалното застрахователно покритие.

(8) В случай на хоспитализация на Застрахования, продължила над 24 (двадесет и четири) часа във връзка със злополука или заболяване, в случай че те са покрити по условията на застрахователния договор и при необходимост от продължаване на лечението в домашни условия, съгласно издадени при изписването епикриза и болничен лист, Застрахователят му изплаща за всеки ден на следболнично възстановяване застрахователна сума, чийто размер е посочен в Специалните условия. Периодът на извършване на плащане за следболнично възстановяване не може да надвишава 20 (двадесет) дни при едно събитие, съответно 30 (тридесет) дни, в рамките на индивидуалното застрахователно покритие.

(9) В случай на хирургическо лечение или хирургическа намеса Застрахователят извършва на Застрахованото лице застрахователно плащане, което представлява процент от застрахователната сума, посочена в Специалните условия, определен съгласно „Таблица на операциите и хирургическите интервенции“, представляваща Приложение № 2 към настоящите Общи условия. В случай че хирургическото лечение или хирургическа намеса не са изрично посочени в „Таблица на операциите и хирургическите интервенции“, те се приравняват по сложност към съществуваща в таблицата позиция.

(10) Застрахователят има право да откаже застрахователно плащане, ако броят на дните на болничен престой е над обичайния, необходим и присъщ за съответното лечение, наблюдение или изследване.

(11) В случай че Застрахованият претърпи злополука, вследствие на която получи фрактура (счупване) или изгаряне, Застрахователят извършва на Застрахованото лице застрахователно плащане, което представлява процент от застрахователната сума, посочена в Специалните условия, определен съгласно „Таблицата с фрактури и изгаряния“, представляваща Приложение № 3 към настоящите Общи условия.

Чл. 15. При подновяване на застрахователен договор Застрахователят покрива риска по всички застрахователни събития, възникнали по време на действие на предходни застрахователни договори, сключени със Застрахователя, при условие че

индивидуалното застрахователно покритие на Застрахования е било без прекъсване и при същите покрити рискове.

РАЗДЕЛ V. ПОЛЗВАЩИ СЕ ЛИЦА

Чл. 16. (1) Застрахованият има право да определи едно или повече ползвачи се лица. Правата на ползвачите се лица се посочват в Специалните условия. При наличието на няколко ползвачи се лица, освен ако изрично не е уговорено друго в договора, правата им са равни.

(2) По време на срока на застраховката Застрахованият може да промени ползвачите се лица или да впише нови такива.

Чл. 17. (1) Ако в Специалните условия не е посочено друго, ползвачи се лица при смърт на Застрахования са неговите законни наследници. Наследниците трябва да фигурират в удостоверение за наследници, като Застрахователят не носи отговорност за претенции на лица извън това удостоверение.

(2) Ако смъртта на Застрахования е настъпила вследствие умишлено деяние на ползвача се лице, застрахователната сума или съответният процент от нея се изплаща на останалите ползвачи се лица. Ако ползвачите се лица са няколко, частта от застрахователната сума, полагаща се на извършителя на умишленото деяние, се разпределя между останалите ползвачи се лица.

(3) Ако в специалните условия не е посочено друго, ползвача се лице за рисковете трайно намалена или загубена работоспособност, временна загуба на работоспособност, медицински разходи, дневни пари при болничен престой и/или дневни пари за следболнично възстановяване е Застрахованият. Застрахователните плащания по тези рискове са лични, цялата подпомагане на Застрахования в трудни за него моменти и поради тази причина не се наследяват и не се дължат на други лица, независимо дали са законни наследници или ползвачи се лица при смърт.

(4) В случай че Застрахованият не е заплатил или не е бил в състояние да заплати направените медицински разходи, неговите права на ползвача се лице се придобиват от лицето, което е извършило или заплатило за услугата.

Чл. 18. При индивидуални застрахователни договори, ако ползвача се лице почине преди Застрахования, последният придобива неговите права по договора.

РАЗДЕЛ VI. СКЛЮЧВАНЕ, ДЕЙСТВИЕ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ

Чл. 19. (1) Застрахователният договор се сключва въз основа на Заявление за застраховане от Застрахования по образец на Застрахователя.

(2) При сключване на застрахователен договор Застрахованият, Застрахованият, техните пълномощници или застрахователни брокери са длъжни да обявят точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил изрично и писмено въпрос.

(3) Ако Застрахованият, Застрахованият, техните пълномощници или застрахователни брокери съзнателно са обявили неточно или са премълчали обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати договора в едномесечен срок от узнаването му. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането за периода до прекратяването на договора.

(4) Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по предходната ал. 3.

(5) Когато в случаите по ал. 3 и 4 застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже частично или изцяло плащане на застрахователно обезщетение или сума само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

(6) Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелството не е било известно на някоя от страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи писмено изменение на договора. Ако другата страна не приеме направеното предложение в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. В този случай Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор. При настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяване на договора, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно

съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

(7) По време на действието на застрахователния договор Застрахованият е длъжен да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпроси. Обявяването трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на задължението се прилагат съответно последиците по предходните алинеи.

Чл. 20. Застрахователните договори могат да бъдат индивидуални или групови.

Чл. 21. (1) Индивидуалните застрахователни договори се сключват със здрави лица при нормален застрахователен риск. Лица с утежнен застрахователен риск, съгласно критериите в здравната декларация, се застраховат при условия, определени от Застрахователя и посочени в застрахователния договор и/или при завишена застрахователна премия.

(2) При сключване на индивидуален застрахователен договор към заявлението по чл. 19, ал. 1 се прилагат и следните документи:

1. попълнена и подписана собственооръчно от кандидата за застраховане декларация за здравословно състояние по образец на Застрахователя, вкл. информация за професията и дейността на същия, като Застрахователят има право да изиска и друга информация и документи, необходими за оценка на застрахователния риск;
2. документ за самоличност, както и документи, изискуеми от действащото законодателство или от вътрешните правила на Застрахователя.
- (3) Застрахованият може да сключи индивидуален договор за Рискава застраховка „Живот“, чийто предмет е животът, здравето или телесната цялост на друго лице (Застрахован). Този договор има сила само ако е сключен с изричното писмено съгласие на Застрахования. Застрахованият може по всяко време да прекрати застрахователния договор с едностранно писмено изявление, отправено до Застрахователя.

Чл. 22. (1) При сключване на групов застрахователен договор към заявлението за застраховане по чл. 19, ал. 1 се прилага и:

1. поименен списък на застрахованите лица, предоставен от Застрахования, в който се вписват трите имена, ЕГН и друга правно-индивидуализираща информация;
2. други документи, изискуеми от действащото законодателство или от вътрешните правила на Застрахователя.
- (2) Застрахованият има право да актуализира списъка на застрахованите лица през времето на действие на договора, като писмено, в сроковете и при условията, определени в Специалните условия, предоставя на Застрахователя актуализираните данни. Уведомяването на Застрахователя за промени в списъка може да бъде извършено при спазване на някой от следните варианти:
 1. При условията на изрично уведомяване – при този вариант Застрахованият изпраща информация на Застрахователя за всяка настъпила промяна в списъка на застрахованите по договора лица, като отговорността на Застрахователя възниква от 00.00 часа на датата на включването им в поименния списък на застрахованите лица, съответно се прекратява в 24.00 часа на датата на изключването им от поименния списък на застрахованите лица;
 2. При условията на авансово застраховане – застрахователният договор се сключва на база на подадена информация, изискана от Застрахователя, и в посочените в Специалните условия срокове, Застрахованият се задължава да предостави на Застрахователя подробна информация за промените в списъка на застрахованите лица. При този вариант Застрахователят се задължава да носи авансово риска за новоназначените служители на Застрахования, които по-късно ще бъдат включени в списъка на застрахованите лица, от датата на регистрирането на договорите им в НАП, като при настъпване на застрахователно събитие с даден служител Застрахованият/Застрахованият е длъжен да представи Справка-уведомление до НАП. В случаите, когато се извършва замяна на застраховани лица, застрахователното покритие на освободеното лице се прекратява от датата на освобождаването му, а назначеното заема неговото място при спазване на принципа, посочен в предходното изречение.
- (3) Застрахователната премия за новоназначените служители се изчислява пропорционално за периода, оставащ до края на договора, определен в цели месеци. Неусвоената застрахователна премия за лицата, изключени от списъка, се преизчислява пропорционално за периода, оставащ до края на договора, определен в цели месеци.
- (4) В случаите по ал. 3 за всеки започнат календарен месец от срока на договора е дължима застрахователна премия за цял месец, като промените в премията, записани във всеки от добавящите за промяна в списъка на застрахованите лица, се отразяват при изчисляването на премията, което се извършва един месец след изтичане срока на договора.
- (5) При липсата на актуализация за предходен период, в случай на промени в списъка на застрахованите лица при сключване на застрахователен договор, извършено при условията на авансово застраховане, за актуален списък на застрахованите лица се счита последно изпратеният от Застрахования списък с всички записани промени.
- (6) Застрахователният договор може да бъде сключен и без поименен списък,

ако Застраховател е работодател и се застраховат всички работници и служители, съгласно средносписъчен състав.

(7) Когато работодател сключва за своя сметка групов застраховка върху живота, здравето и телесната цялост на свои служители и/или работници, в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласието на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква.

(8) В зависимост от числеността на групата, застрахователното покритие, възрастта на Застрахования, размера на застрахователната сума и предоставената информация, Застрахователят има право преди подписване на групов застрахователен договор да изиска попълване на декларация за здравословно състояние и извършване на медицински прегледи и изследвания на кандидат/ите за застраховане. Медицинският преглед се извършва от доверени на Застрахователя лекар/лечебно заведение и по начин, посочен от Застрахователя.

Чл. 23. (1) Застрахователният договор влиза в сила от 00.00 часа на датата, посочена в Специалните условия за начало на периода на застрахователното покритие и при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска от нея, освен ако не е договорено друго.

(2) Приемането на полицата от Застрахования е възможно до 1 (един) месец от датата на издаването ѝ и се осъществява чрез връчването ѝ на Застрахования от представител или посредник на Застрахователя, срещу подпис и при платена премия или първа вноска от нея. В случай че приемането на полицата не се изпълни в едномесечния срок по настоящата алинея, издадената полица се анулира от Застрахователя и платената премия се възстановява.

(3) Застрахователното покритие се прекратява в 24.00 часа на датата, посочена в застрахователния договор за край на срока.

Чл. 24. (1) Страните по договора, освен в предвидените в договора случаи, не могат едностранно да внасят промени в него.

(2) Застрахованият има право да иска следните промени на Специалните условия, които, ако бъдат приети от Застрахователя, влизат в сила от датата, посочена в добавъка:

1. промяна в размера на застрахователната сума:

1.1. при искане на промяна на застрахователната премия/сума, състояща се в намаляването ѝ, нейният намален размер трябва да отговаря на изискванията за минимален размер на Застрахователя;

1.2. при искане за промяна, водеща до увеличаване на застрахователната сума, в случай че договорът е сключен с оценка на застрахователния риск, Застрахованият следва да удостовери здравословното си състояние с декларация за здравословното състояние, професията и дейността по образец на Застрахователя. Ако искането за увеличаване на застрахователната сума попадне в лимита, който според изискванията на Застрахователя налага да се направят медицински изследвания, Застрахованият следва да направи изследванията по указанията на Застрахователя.

2. промяна на разсрочеността на премийните вноски, като новият им размер трябва да отговаря на изискванията за минимален размер на Застрахователя;

3. промяна на ползващите се лица;

4. промяна на Застрахования, която е възможна само след като Застрахователят получи изричното писмено съгласие на стария Застраховател, новия Застраховател, а при индивидуални застрахователни договори и на Застрахования.

(3) Застрахованият може да иска промяна на Специалните условия, като за случаите по ал. 2, т. 1 и 2 е поне един месец преди предстоящия падеж, от който ще влезе в сила исканата промяна. Промяната се извършва чрез изготвяне и подписване от страните по договора на добавък към него.

(4) При индивидуални застрахователни договори, в случай на смърт на Застрахования преди Застрахования, ако страните не са уговорили друго, всеки, който има правен интерес, може да замести Застрахования. Замяната става с писмено уведомление от заинтересованото лице до Застрахователя, към което се прилага акт за смърт на Застрахования.

(5) 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 по застрахователния договор, Застрахователят може да предложи на Застрахования промени в тарифите и условията по полицата. Промяната влиза в сила след съгласие на Застрахования. При липса на съгласие от негова страна, изразено писмено и изрично в 15 (петнадесет) дневен срок, считано от датата на получаване на предложението, застрахователният договор се прекратява с изтичането на 15 (петнадесет) дневния срок.

(6) Застрахователят има право да удържа от плащанията по полицата всички извършени от него разходи, направени във връзка с недобросъвестно поведение от страна на Застрахования/Застрахования.

Чл. 25. (1) Застрахователният договор се прекратява с изтичането на срока, за който е сключен, със смъртта на Застрахования при индивидуални договори, с изчерпване лимита на отговорност на Застрахователя, както и в други случаи, предвидени в Кодекса за застраховането или в договора.

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

1. с едностранно изявление от Застрахователя до Застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие;
2. в случай че Застрахованият се противопостави писмено пред Застрахователя срещу получаването на договора върху живота му – от датата на сключване на възражението;
3. в случай че Застрахованият почине преди Застрахования и преди да е платил цялата застрахователна премия (освен ако не е уговорено друго) и не е извършена замяна по чл. 24, ал. 4;
4. при неплащане на разсрочена вноска от премията в уговорения срок договорът се прекратява от 24:00 часа на 15-ия ден от датата на падежа на разсрочената вноска;
5. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

(3) Всяко лице, сключило индивидуален застрахователен договор по застраховка „Живот“ със срок повече от 6 (шест) месеца, има право едностранно да прекрати договора в срок до 30 (тридесет) дни от датата на сключване на договора.

(4) Застрахованият може да упражни правото си да прекрати застрахователния договор с едностранно писмено уведомяване, отправено до Застрахователя. Считано от датата на получаване на уведомлението от страна на Застрахователя, застрахователният договор се прекратява, като Застрахованият се освобождава от задълженията си по него и има право да получи заплатената застрахователна премия, с изключение на частта, съответстваща на времето, през което Застрахователят е носил риск, ако не е настъпило застрахователно събитие. Застрахователят връща съответната част от премията в 30-дневен срок от получаването на уведомлението по изречение първо.

РАЗДЕЛ VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл. 26. (1) Размерът на застрахователната премия се посочва в Специалните условия на договора. Тя зависи от покритите рискове по договора, срока на застраховката, застрахователната сума, възрастта на Застрахования и обявените данни в декларацията за здравословното състояние, професията и дейността му, ако такава се изисква.

(2) Застрахователната премия и застрахователните суми се определят в еднаква валута.

Чл. 27. (1) Застрахователната премия по настоящата застраховка е годишна. Годишната премия става дължима в началото на застрахователната година, за която тя се отнася. Годишната премия може да бъде разсрочена на вноски с определен в договора срок на плащане. Ако годишната премия се плаща разсрочено (т.е. на равни вноски, по-често от годишни), едногодишната поредица от разсрочени премийни вноски става дължима в началото на застрахователната година, а всяка поредна премийна вноска става изискуема на датата на плащане (падежа), определена в Специалните условия.

(2) Застрахователната премия се заплаща:

1. преди началото на всеки застрахователен период от една година или на разсрочени вноски, като първата от тях се заплаща при сключването на договора, а останалите, ако има такива, се плащат на уговорените в договора срокове;

2. във валутата, определена в застрахователния договор, или в левовата равностойност на валутата по фиксинга на Българската народна банка към датата на плащането (падежа) в случаите, когато сумата постъпва в левова сметка на Застрахователя. Във всички останали случаи този еквивалент се определя спрямо обменния курс на обслужващата банка.

(3) Всички допълнения към премията, които са за сметка на Застрахования, следва да се изплащат едновременно с премията.

(4) Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска съответно увеличение или намаление на застрахователната премия или прекратяване на договора. В случай че промяната не бъде приета от другата страна, договорът може да бъде прекратен.

Чл. 28. (1) Застрахователната премия се заплаща с банков превод, директен дебит или по друг начин, уговорен между страните. За дата на плащане се счита датата на заверяване на сметката на Застрахователя с дължимата сума.

(2) При неплащане на разсрочена вноска от премията в уговорения срок Застрахователят има право да прекрати договора на 15-ия ден от дата на падежа.

(5) При индивидуални застрахователни договори, когато застрахователното събитие е настъпило, преди застрахователната премия да е издължена изцяло, Застрахователят може да удържи размера на неиздължената премия от размера на дължимото обезщетение.

РАЗДЕЛ VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл. 29. (1) При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият, негов

представител или законните му наследници са длъжни писмено да уведомят Застрахователя и да представят следните документи (в оригинал или заверено копие), свързани с установяване на съответното събитие и размера на застрахователното плащане:

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума по образец на Застрахователя;
2. Следните условия на застрахователната полица и евентуалните добавъци към нея;

3. Копие на документ за самоличност на Застрахования, респ. ползващото се лице;
4. Документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или такива, свидетелстващи за последиците от него върху Застрахования: подробно писмено описание на злополуката в случай на битова злополука; протокол за трудова злополука; Декларация за трудова злополука и други официални удостоверителни документи, констатиращи настъпилото застрахователно събитие; протокол от КАТ; съдебномедицинска експертиза; копие на аутопсионен протокол; резултат от алкохолна проба; съдебни решения; лична амбулаторна карта на Застрахования; амбулаторни листове от прегледи и консултации; резултати от изследвания, вкл. специализирани изследвания и проведено лечение; епикриза от смъртта, както и други епикризи от проведено болнично лечение на Застрахования; медицински сертификати и удостоверения от различни органи и институции и др.;

5. Сведения от работодателя за настъпило застрахователно събитие (само при групови застраховки, направени за сметка на работодателя);

6. Удостоверение за банковата сметка на Застрахования, респ. ползващите се лица;

7. В случай на смърт: в допълнение към документите от т. 1 до т. 6 и препис-извлечение на акт за смърт, съобщение за смърт, удостоверение за наследници;

8. В случай на трайно намалена или загубена работоспособност: в допълнение към документите от т. 1 до т. 6 и влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК;

9. В случай на временна загуба на работоспособност: в допълнение към документите от т. 1 до т. 6 и:

- 9.1. болнични листове (заверени от работодателя „вярно с оригинала“ и потвърждение, че болничните са реално ползвани), като продължителността на временната загуба на работоспособност се определя от срока, посочен в болничния лист и неговите продължения. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде в рамките на застрахователната година, а следващите болнични листове трябва да са издадени в продължение на първичния и да са без прекъсване и/или

- 9.2. протокол от Лекарска консултативна комисия (ЛКК), удостоверяващ диагнозата, продължителността на лечението и периода за възстановяване на работоспособността;

10. В случай на медицински разходи: в допълнение към документите от т. 1 до т. 6 и медицинска форма, попълнена от лекаря, осъществил лечението; рецепти за предписаните лекарства; фактури в оригинал за извършените разходи, заедно с фискален бон към тях; епикриза от болнично заведение, болничен лист или справка от НОИ за реално използван отпуск по болест, както и други документи в зависимост от направените разходи.

(2) Застрахователят може да изисква и други документи за оценка на предявената застрахователна претенция и вземане на решение.

(3) Трайно намалената или загубена работоспособност и временната загуба на работоспособност задължително се удостоверяват с официални документи, издадени от оторизирани български органи, дори ако са настъпили извън територията на Република България и/или със Застраховано лице, пребиваващо извън територията на Република България.

(4) Ползващото се лице е длъжно да представи поисканите документи, свързани с установяването на събитието и определяне размера на застрахователното плащане. Застрахователят има право да откаже плащане на застрахователна сума, ако ползващото се лице представи неверни или преправени доказателства или документи.

Чл. 30. (1) Застрахователната сума или процент от нея се изплаща в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата на представянето пред Застрахователя на всички необходими документи.

(2) Ако за изясняване 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 застрахователната претенция, Застрахователят уведомява Застрахования/ползващите се лица по застрахователния договор за допълнителните доказателства, най-късно в срок 45 (четиридесет и пет) дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор.

(3) Когато не са предоставени всички доказателства, необходими за установяване на застрахователната претенция по основание и размер, Застрахователят е длъжен да се произнесе по претенцията не по-късно от 6 (шест) месеца от датата на нейното предявяване.

(4) Застрахователната сума се изплаща на Застрахования/ползващите се лица по

посочената от тях лична банкова сметка в Република България. Ако Застрахованият/ползващото се лице заяви желание застрахователната сума да бъде преведена по сметка извън Република България, разходите по превода са за негова сметка.

(5) Плащане към лицето, което има право да получи сумата или обезщетението чрез пълномощник, се допуска само въз основа на изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписа за съответната застрахователна претенция, в което се съдържа изявление, че лицето (упълномощителят) е уведомено, че има право да получи плащането лично.

(6) 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 Българската народна банка към датата на плащането, освен ако не е уговорен друг разменен курс.

РАЗДЕЛ IX. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 31. (1) При сключване на застрахователния договор Застрахованият предоставя адрес за кореспонденция, като избира какъв да е той – пощенски или електронен. Първоначално посоченият адрес за кореспонденция може да бъде променен в срока на застрахователния договор, като тази промяна може да бъде извършена по всяко време и за нея не се заплаща такса. Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към Застрахования, се изпращат на последния адрес за кореспонденция, който той е съобщил писмено на Застрахователя. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния известен му адрес за кореспонденция на Застрахования.

(2) За дата на уведомяването се счита следната дата:

1. в случай на кореспонденция чрез пощенски адрес – датата на получаването на писмото. Това правило не се прилага, когато Застрахованият не е уведомил Застрахователя за промяна в пощенския си адрес за кореспонденция. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на писмото;

2. в случай на кореспонденция чрез електронен адрес – датата на постъпване на съобщението в посочената електронна система. Връщането на електронното писмо се удостоверява с копие от електронния запис (разпечатка на електронното писмо).

(3) Съобщенията към Застрахователя са в писмена форма и следва да бъдат изпратени по пощата на адреса за кореспонденция на Застрахователя или да бъдат подадени на място във всеки негов офис.

Чл. 32. В случай на загубване или унищожаване на полицата Застрахованият трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахованият получава копие от декларация за невалидност на изгубения/унищожения екземпляр и заплащане на такса в размер на 10 (десет) евро.

Чл. 33. (1) ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД, в качеството си на администратор на лични данни, защитава и пази поверителността на личните данни при спазване изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент, Закона за защита на личните данни и Вътрешните правила и политики на Застрахователя. Предоставените лични данни се използват от Застрахователя за целите на сключване, обслужване, изпълнение на задължения и уреждане на претенции по застрахователни договори. Информацията относно целите и условията, при които се обработват личните данни, е публикувана на официалната страница на Застрахователя в интернет: www.bulstradlife.bg.

(2) При сключване на застрахователен договор, както и по време на действието на договора Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно следните категории лични данни: възраст, пол, здравословно и финансово състояние на лицето, чиито живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

(3) При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до лични данни, съдържащи се в цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чиито живот, здраве и телесна цялост е застраховал, като може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето, с цел изпълнението на задълженията

си по застрахователния договор.

(4) Застрахователят няма право без съгласието на съответното лице да разгласява станали му известни лични данни на трети страни, освен в случаите, предвидени със закон, съгласно договорено между страните или при предотвратяване на застрахователни измами, както и във връзка със Закона за мерките срещу изпирането на пари.

(5) 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.

(6) Всяко лице, предоставило личните си данни, има право на достъп до тях и може свободно да упражнява правата си съгласно действащото законодателство за защита на личните данни и Вътрешните правила на Застрахователя.

Чл. 34. (1) При условие че настоящата клауза не нарушава конкретен национален закон или разпоредба, приложими за Застрахователя, независимо от условията по настоящия застрахователен договор, Застрахователят не предоставя покритие, не носи отговорност за изплащане на обезщетение или предоставяне на други услуги по настоящия договор, доколкото подобно покритие, обезщетение или предоставяне на услуги би изложило Застрахователя на риск, свързан с приложими от Застрахователя търговски, финансови, ембаргови или икономически санкции, закони или регулаторни изисквания.

(2) Приложимите търговски, финансови, ембаргови или икономически санкции могат да бъдат следните:

- а) национални санкции;
- б) санкции на Европейския съюз (ЕС);
- в) санкции на Организацията на обединените нации (ООН);
- г) санкции на Съединените американски щати (САЩ);
- д) санкции на Великобритания;
- е) други санкции.

(3) В случаите, когато се установи, че страна по застрахователния договор присъства в консолидираните списъци със санкции, посочени по-горе, Застрахователят го прекратява незабавно, считано от момента на узнаването.

Чл. 35. Правата и задълженията по застрахователния договор, сключен при действието на тези Общи условия, се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

Чл. 36. Не се допуска принудително изпълнение върху застрахователната сума.

Чл. 37. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

Чл. 38. 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. 39. (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 Рискова застраховка „Живот“ са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД „Булстрад Живот“ с протокол № 71 от 7.05.2003 г. и одобрени с писмо на УЗН към КФН изх. № 22-02-03 от 23.04.2003 г.

§2. Настоящите Общи условия са изменени с Протокол № 84/15.11.2004 г. на заседание на Съвета на директорите на „Булстрад Живот“ АД, допълнени с решение на Управителния съвет на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 280/ 05.03.2020 г., изменени и допълнени с решение на Управителния съвет на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 377/19.10.2023 г. и влизат в сила от 01.01.2024 г.

ДЕКЛАРАЦИИ ОТ ЗАСТРАХОВАЩИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ПОДПИСВАНЕ НА ПОЛИЦА №:

Застрахованият декларира, че е запознат с настоящите Общи условия, приема ги и ще ги доведе до знанието на всички застраховани.

Застраховач:
(име на фирмата, ЕИК)

Представявано от: Дата: Подпис:
(име, презиме, фамилия)