

Комисия за регулиране на съобщенията
Изх. № 03-08-18
Дата: 28.08.2019

ДОГОВОР

ЗА ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА”

Днес 28.08 2019 г. в гр. София, се сключи настоящият договор между:

КОМИСИЯ ЗА РЕГУЛИРАНЕ НА СЪОБЩЕНИЯТА, ЕИК 121747864, адрес: гр. София, ул. Гурко 6, представлявана от Кристина Хитрова – главен секретар и Йордан Пеев – главен счетоводител, наричан за краткост **ЗАСТРАХОВАН** от една страна,

и

„ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО „ОЗОК Инс”“ АД, ЕИК: 200140730, със седалище и адрес на управление: гр. София 1113, район „Изгрев“, ж.к. „Изток“, ул. „Атанас Делчев“, между блок 93 и блок 96, представлявано от Александър Личев – Главен изпълнителен директор и Румен Димитров – Изпълнителен директор, наричано за краткост **ЗАСТРАХОВАТЕЛ**, от друга страна, се договориха за следното:

I. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА:

Чл. 1. **ЗАСТРАХОВАНИЯТ** възлага, а **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** приема да осигури: „Групова застраховка „ЗЛОПОЛУКА” за служители на Комисията за регулиране на съобщенията.

ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право с писмено уведомление да информира **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ** за промяна обекта на застрахованото имущество или лица.

II. СРОК НА ДОГОВОРА:

Чл. 2. Договорът се сключва за срок от една календарна година. Срокът на действие на договора е от 00,00 часа на 01.01.2020 г. до 24,00 часа на 31.12.2020 г.

Чл. 3. **ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ** издава застрахователната полица в 7-дневен срок преди влизане в сила на договора.

III. ГАРАНЦИИ

Чл. 4. Преди подписването на този договор, **ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ** представя на **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ** гаранция за изпълнение на договора е в размер на 3 % /три на сто/ от стойността/застрахователна премия по договора, а именно **7,94 (седем лева и деветдесет и четири стотинки) лева** („Гаранцията за изпълнение“), която служи за обезпечаване на изпълнението на задълженията на Изпълнителя по договора.

1. Гаранцията за изпълнение на договора се представя от Изпълнителя преди сключване на договора под формата на:

1.1. парична сума, внесена по сметката на Възложителя, или

1.2. безусловна и неотменяема банкова гаранция, в оригинал, издадена в полза на Възложителя, или

1.3. застраховка, която обезпечава изпълнението чрез покритие на отговорността на Изпълнителя.

2. В случай че гаранцията е под формата на парична сума, Изпълнителят представя доказателство, че сумата е внесена по сметката на Възложителя:

IBAN: BG16BNBG96613300122601

ВПС код на БНБ: BNBG BGSD

Българска народна банка

3. Когато като Гаранция за изпълнение се представя банкова гаранция, ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ предава на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ оригинален екземпляр на банкова гаранция, издадена в полза на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, която трябва да отговаря на следните изисквания:

- да бъде безусловна и неотменяема банкова гаранция и да съдържа задължение на банката - гарант да извърши плащане при първо писмено искане от ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, деклариращ, че е налице неизпълнение на задължение на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ или друго основание за задържане на Гаранцията за изпълнение по този Договор;
- да бъде със срок на валидност за целия срок на действие на Договора плюс 30 (тридесет) дни след прекратяването на Договора, като при необходимост срокът на валидност на банковата гаранция се удължава или се издава нова.

Банковите разходи по откриването и поддържането на Гаранцията за изпълнение във формата на банкова гаранция, както и по усвояването на средства от страна на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, при наличието на основание за това, са за сметка на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ.

4. Когато като Гаранция за изпълнение се представя застраховка, ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ предава на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ оригинален екземпляр на застрахователна полица, издадена в полза на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, която трябва да отговаря на следните изисквания:

- да обезпечава изпълнението на този Договор чрез покритие на отговорността на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ;
- да бъде със срок на валидност за целия срок на действие на Договора плюс 30 (тридесет) дни след прекратяването на Договора, като при необходимост срокът на валидност на банковата гаранция се удължава или се издава нова.

Разходите по сключването на застрахователния договор и поддържането на валидността на застраховката за изисквания срок, както и по всяко изплащане на застрахователно обезщетение в полза на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, при наличието на основание за това, са за сметка на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ.

Гаранцията за изпълнение се освобождава в срок до 10 дни от пълното изпълнение на договора.

IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Чл. 5. За застраховка на обекта, подробно описан в Приложение № 2 „Поименен списък на оправомощени служители”, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ ще обезщети ЗАСТРАХОВАНИЯ за загуба или повреда, причинена от рисковете, посочени в Приложение № 1 „Оферта на застрахователя”.

(2) ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право с писмено уведомление да информира ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за промяна в списъка на служителите (новоназначени или напуснали лица). Тази промяна в списъка не може да води до промяна на общия брой на служителите по списъка съгласно Приложение № 2. След получаване на писменото уведомление и потвърждение от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ новоназначените лица се считат за застраховани за остатъка от срока на застрахователната полица.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

Чл. 6. Общата стойност на застрахователната сума за застраховка на обекта съгласно Приложение № 2 „Поименен списък на оправомощени служители” е в размер на 1 180 000,00 (един милион сто и осемдесет хиляди) лева, а стойността на застрахователната сума за едно лице е в размер на 20 000,00 (двадесет хиляди) лева, съгласно Приложение № 1 „Оферта на застрахователя”.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл. 7. Общата застрахователна премия по договора е в размер на 264,79 (двеста шестдесет и четири лева и седемдесет и девет стотинки) лева.

VII. ЦЕНИ И НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ

Чл. 8. Заплащането на застрахователната премия по договора се извършва еднократно, в български левове, чрез банков превод по сметката на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, в срок от 3 (три) работни дни от връчването на подписаните застрахователни полици. Плащанията по договора се извършват в съответствие с Решение на Министерския съвет № 592/21.08.2018 г. за условията и реда за разплащанията на разпоредители с бюджет по договори.

Банковата сметка на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ е, както следва:

Чл. 9. При предсрочно прекратяване действието на договора по чл. 15, т. 2 ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ връща на ЗАСТРАХОВАНИЯ част от застрахователната премия по чл. 7 от договора. Сумата, която подлежи на връщане, се изчислява пропорционално за дните до изтичането на срока по чл. 2.

VIII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл. 10. При настъпване на застрахователно събитие ЗАСТРАХОВАНИЯТ се задължава за следното:

1. В давностния срок съгласно Кодекса на застраховането да уведоми най-близкия клон на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ за настъпването на застрахователното събитие.
2. При настъпване на застрахователно събитие да изпълнява изискванията съгласно Общите условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

IX. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Чл. 11. Размерът и начинът на определянето на застрахователното обезщетение са посочени в Приложение № 1 „Оферта на застрахователя”, неразделна част от настоящия договор.

X. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

Чл. 12. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава да изплаща застрахователното обезщетение в срок до 1 (един) ден след датата, към която ЗАСТРАХОВАНИЯТ е представил

Заманна цифрова сметка / 070 / 00000000000000000000 / 070
Заманна сметка / 070 / 00000000000000000000 / 070

всички данни и документи, удостоверяващи настъпването на застрахователното събитие и размера на щетата.

Чл. 13. Обезщетенията се изплащат на ЗАСТРАХОВАНИЯ по следната банкова сметка:

БПБ – ЦУ

IBAN: BG78BNBG 9661 3000 1226 01

BIC: BNBGBGSD

Чл. 14. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ се задължава при промяна на Общите си условия, касаещи обекта на застраховане, да уведоми писмено ЗАСТРАХОВАНИЯ в 7-дневен срок от промяната им.

XI. НЕУСТОЙКА

Чл. 15. В случай на забавено изпълнение на задълженията по договора неизправната страна дължи неустойка в следните размери:

1. При забавено изпълнение на заплащането на застрахователната премия, ЗАСТРАХОВАНИЯТ дължи неустойка, равна на законната лихва върху застрахователната премия, за времето на забавата.

2. При забавено изпълнение на задълженията по договора от страна на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, същият дължи неустойка, равна на законната лихва върху застрахователната сума, за времето на забавата. При забава на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ с повече от десет дни договорът може да бъде развален от ЗАСТРАХОВАНИЯ, като в този случай ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи неустойка за неизпълнение в размер на 3 % (три процента) от застрахователната сума.

3. При предсрочно прекратяване на договора от ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, той дължи неустойка в размер на 3 % (три процента) от застрахователната сума.

4. Неустойките могат да се удържат от внесената гаранция за изпълнение на договора.

XII. ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

Чл. 16. (1) По отношение на обработваните във връзка с изпълнението на настоящия договор лични данни, страните декларират, че всяка от тях е предприела необходимите технически и организационни мерки за осигуряване на защитата на тези данни, в рамките на извършваните от нея операции по обработване на данните, с оглед спазване на изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 и на Закона за защита на личните данни.

(2) Изпълнителят гарантира, че лица, различни от Възложителя и оторизирани от него служители, нямат достъп до личните данни, обработвани в хода на изпълнението на договора, доколкото достъпът е под контрола на Изпълнителя.

(3) Изпълнителят гарантира, че в случай че се наложи да обработи лични данни във връзка с изпълнението на договора, извън необходимостта от свързване с определени от Възложителя служители за контакт във връзка с изпълнението на договора, ще обработва тези данни след консултация с Възложителя и с оглед неговите указания.

(4) Страните се съгласяват при необходимост да си съдействат при нарушаване на сигурността на личните данни, обработвани в хода на изпълнението на договора, с цел отстраняване на проблеми и изпълнение на изискванията по Регламент (ЕС) 2016/679 и на Закона за защита на личните данни в максимално кратки срокове.

(5) Страните се съгласяват при необходимост да си съдействат при искане за упражняване на правата на субектите на лични данни по Регламент (ЕС) 2016/679.

(6) Всички задължения за защита на личните данни остават в сила докато бъдат изпълнени и имат действие и след прекратяване на настоящия договор, независимо от причината, както и по отношение на съответните частни или универсални правоприменици на страните.

ХІІІ. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 17. Страните по този договор ще решават възникналите спорове относно изпълнението му по взаимно съгласие, а когато това се окаже невъзможно – по съдебен ред.

Чл. 18. В случай на противоречие между уговореното в настоящия договор и Общите условия на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, прилагат се разпоредбите на настоящия договор.

Чл. 19. За неуредените в този договор въпроси се прилагат разпоредбите на действащото законодателство в Република България.

Настоящият договор се състави и подписа в два еднообразни екземпляра, по един за всяка от страните.

ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ:

.....
Кристина Хитрова
Главен секретар на КРС

.....
Йордан Пеев
Главен счетоводител на КРС



ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:

.....
Александър Личев
Главен Изпълнителен директор
на „ЗД ОЗОК Инс“ АД

.....
Румен Димитров
Изпълнителен директор
на „ЗД ОЗОК Инс“ АД

Валиден и извършен

ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ЗА УЧАСТИЕ В ПРОЦЕДУРА ЗА ИЗБОР НА ИЗПЪЛНИТЕЛ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С ПРЕДМЕТ:

ЗАСТРАХОВКА НА ИМУЩЕСТВО И СЛУЖИТЕЛИ НА КРС ПРИ СЛЕДНИТЕ САМОСТОЯТЕЛНО ОБОСОБЕНИ ПОЗИЦИИ:

ЗА ПОЗИЦИЯ IV. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА” НА СЛУЖИТЕЛИ НА КРС

(попълва се предмета на поръчката/съответната позиция, за която участникът подава оферта)

Настоящото предложение е подадено от:

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО „ОЗОК ИНС“ АД

(наименование на участника)

представявано от: доц. д-р Александър Петров Личев

(трите имена)

в качеството му на Главен изпълнителен директор и

(длъжност)

Румен Кирилов Димитров в качеството му на Изпълнителен директор

телефон/ факс: телефон

email:

Адрес на участника: пощенски код 1113, гр. София, ж.к. „Изток“, ул. „Атанас Далчев“ между бл. 93 и бл. 96

(пощенски код, град, община, квартал, улица №, бл., ет., ап.)

След проучване и запознаване с изискванията на Възложителя даваме следното предложение за изпълнение на поръчката:

Предлагаме да извършим:

ЗАСТРАХОВКА НА ИМУЩЕСТВО И СЛУЖИТЕЛИ НА КРС ПРИ СЛЕДНИТЕ САМОСТОЯТЕЛНО ОБОСОБЕНИ ПОЗИЦИИ:

ЗА ПОЗИЦИЯ IV. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА” НА СЛУЖИТЕЛИ НА КРС

(попълва се предмета на поръчката/съответната позиция, за която участникът подава оферта)

1. Начин за определяне и срок за плащане на застрахователните обезщетения:

Застрахователната сума за обекта по позиция IV се определя на база посочена стойност в т. 4 от раздел VIII „Техническите изисквания” от документацията

Групова застраховка „Злополука” на оправомощени служители на КРС за сметка на работодателя, съгласно чл. 312, ал. 2 от Закона за електронните съобщения (ЗЕС).

Застраховката на служителите покрива риска от злополука на служителите, настъпила при или по повод изпълнението на служебните им задължения. Застраховката включва служители по списък от Комисия за регулиране на съобщенията, които са оправомощени да осъществяват контрол върху електронните съобщения по чл. 312 от ЗЕС.

– Застрахователна сума 20 000,00 лева;

Обезщетението при трайно намалена работоспособност се определя съответно на установения процент трайно намалена работоспособност.

*Ванелия
Иванова
М. Д. от Акм Делта / 678*

Обезщетението при временна неработоспособност се определя, както следва:
над 10 до 30 календарни дни включително – 3 на сто от застрахователната сума;
над 30 до 60 календарни дни включително – 5 на сто от застрахователната сума;
над 60 до 120 календарни дни включително – 7 на сто от застрахователната сума;
над 121 календарни дни 10 - на сто от застрахователната сума;
– Обект на застраховка - 59 служители на КРС по списък;

2. Застрахователни покрития (покрити рискове и изключения)

Застраховката на служителите покрива риска от злополука на служителите, настъпила при или по повод изпълнението на служебните им задължения. Застраховката включва служители по списък от Комисия за регулиране на съобщенията, които са оправомощени да осъществяват контрол върху електронните съобщения по чл. 312 от ЗЕС.

Покрити рискове: смърт на застраховано лице, трайно намалена работоспособност, временна неработоспособност.

Изключения:

Изключение от покритие са съгласно Раздел III от Глава IV от Общите условия застраховки „Злополука и заболяване“ на ЗД „ОЗОК Инс“ АД неразделна част от настоящата оферта и договора.

3. Условия за определяне и срок на плащане на застрахователните обезщетения

Процедури за регистрация на щети:

При настъпване на застрахователно събитие, увреденото лице или негов упълномощен представител има право да предяви претенция към Застрахователя, чрез подаване на писмено Заявление за плащане (по образец на Застрахователя), заедно с документи, удостоверяващи настъпването на злополуката и увреждането на застрахованото лице. Заявлението се подава на място в централния офис на ЗД „ОЗОК Инс“ АД с адрес гр. София -1113, ж.к. „Изток“, ул. „Атанас Далчев“ между бл. 93 и бл.96, по пощата или в местоработата на пострадалия.

Срокът за подаване на Заявление за плащане е давностният срок, определен в Кодекса на застраховането.

За доказване на застрахователното събитие по рисковете от застраховката правоимащите следва да представят следните документи:

При смърт от злополука

- Заявление за плащане (по образец на Застрахователя);
- Препис-извлечение от акт за смърт и съобщение за смърт;
- Оригинално удостоверение за наследници;
- Служебна бележка за удостоверяване на събитието;
- Съдебно медицинска експертиза и/или аутопсионен протокол - ако е правена аутопсия;
- Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт
- Документ, удостоверяващ наличието, количеството или отсъствието на алкохол в кръвта на Застрахования, на наркотици или други упойващи вещества;
- Банкова сметка/сметки на законни наследници.

При трайна неработоспособност от злополука

- Заявление за плащане на сума (по образец на Застрахователя);
- Експертно Решение на ТЕЛК за определяне % на трайна неработоспособност гриф "Влязло в сила";
- Служебна бележка за удостоверяване на събитието;
- Медицинска документация;
- Банкова сметка.

При временна неработоспособност от злополука

- Заявление за плащане на сума (по образец на Застрахователя);
- Епикриза /при стационарно лечение/;
- Копия от болнични листове, заверени с гриф "Вярно с оригинала" и с подпис и текст "Болничните са реално ползвани", подпис на длъжностно лице и с подпис на работодателя;
- Служебна бележка за удостоверяване на събитие;

Банкова сметка

Застрахователят може да поиска да бъдат предоставени и други документи доказващи събитието.

Изплащане на обезщетенията

Застрахователят изплаща застрахователни обезщетения в срок до 1(един) ден след представяне на застрахователя на всички необходими документи, доказващи претенцията по основание и размер.

4. Доказателства за презастраховане на рисковете, предмет на поръчката: Съгласно приложена към офертата Декларация за действаща презастрахователна защита .

5. Срок на застраховката – 1 (една) година от датата на изтичане на полицата (24:00 часа на 31.12.2019 г.).

6. Място на изплащане на застрахователното обезщетение

7. Преференции:

8. Скала за участие в положителния резултат при ниска квота на щетимост:

Квота на щетите:	Процент от положителния финансов резултат:
при 0% до10%	3 % от положителния финансов резултат

9. Срок на валидност на офертата: 90 (деветдесет) календарни дни, считано от крайния срок за подаване на офертите.

Дата 04.06.2019 г.

Представители:
(Подпис и печат)

доц. д-р. Александър Личев
Главен изпълнителен директор

Румен Димитров
Изпълнителен директор



Зачитан
Генерален директор

ОФЕРТА

ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

ЗА УЧАСТИЕ В ПРОЦЕДУРА ЗА ИЗБОР НА ИЗПЪЛНИТЕЛ
ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР С ПРЕДМЕТ:

ЗАСТРАХОВКА НА ИМУЩЕСТВО И СЛУЖИТЕЛИ НА КРС ПРИ СЛЕДНИТЕ
САМОСТОЯТЕЛНО ОБОСОБЕНИ ПОЗИЦИИ:

ЗА ПОЗИЦИЯ IV. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА” НА СЛУЖИТЕЛИ
НА КРС

(попълва се предмета на поръчката/съответната позиция, за която участникът подава
оферта)

Настоящата оферта е подадена от:

Застрахователно дружество „ОЗОК Инс“ АД
(наименование на участника)

представявано от:

доц. д-р Александър Петров Личев

(трите имена)

в качеството му на: Главен изпълнителен директор, ЗАЕДНО с
(длъжност)

Румен Кирилов Димитров

(трите имена)

в качеството му на: Изпълнителен директор

След проучване и запознаване с изискванията на Възложителя предлагаме да изпълним
поръчката в съответствие с условията на тази документация, както следва:

Застрахователна сума за позиция IV в размер на 20 000 лева (двадесет хиляди) без
ДДС за всяко застраховано лице или обща застрахователна премия за 59
застраховани лица 1 180 000 лева (един милион сто и осемдесет хиляди лева)
(За Позиция IV. Групова Застраховка „Злополука” на служители на КРС)

Застрахователна премия за позиция IV в размер на 264,79 лева (двеста шестдесет и
четири лева и седемдесет и девет стотинки) без ДДС с 2 % ЗДЗП.
(за Позиция IV „Групова Застраховка „Злополука” на служители на КРС).

Цената е окончателна и включва всички разходи по изпълнението на поръчката.

Дата 04.06.2019 г.

Представител:

(Подпис и печат)

Александър Петров Личев
Главен изпълнителен директор

Румен Димитров
Изпълнителен директор

*Заминка
информация*

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКА "ЗЛОПОЛУКА"

ГЛАВА ПЪРВА. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. По тези Общи условия за застраховка „Злополука“, наричани за краткост Общите условия и представляващи неразделна част от застрахователния договор, Застрахователно дружество „ОЗОК Инс“ АД осигурява застрахователна защита по застраховките:

- СЕКЦИЯ I: Групова застраховка злополука
- СЕКЦИЯ II: Индивидуална застраховка злополука
- СЕКЦИЯ III: Планинска застраховка
- СЕКЦИЯ IV: Злополука на учачи и деца от детските градини и ясли
- СЕКЦИЯ V: Злополука, комбинирана с медицински разноси в чужбина
- СЕКЦИЯ VI: Злополука на туристи и гости при престоя им в туристически обекти
- СЕКЦИЯ VII: Злополука на кредитополучател
- СЕКЦИЯ VIII: Злополука на спортисти
- СЕКЦИЯ IX: Злополука, комбинирана с медицински разноси за чуждестранни граждани пребиваващи краткосрочно, пътуващи или транзитно преминаващи през територията на Република България.

РАЗДЕЛ I. Определения

Чл. 2. По смисъла на настоящите Общи условия:

1. **Застраховател** е Застрахователно дружество „ОЗОК Инс“ АД, със седалище и адрес на управление гр. София, ул. Атанас Далчев № 93-96, с ЕИК 200140730, с лиценз за извършване на застрахователна дейност, съгласно Решение № 619-ОЗ от 07.08.2013 г. на КФН.
2. **Застрахован** е физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор.
3. **Застрахован/Договорител:** Физическо или юридическо лице, което сключва застрахователния договор със застрахователя и плаща определената в договора премия. Лицето, което е сключило договора и на чието име е направена застраховката е притежателят на полицата.
4. **Ползващо лице** - лицето, на което е договорено да се плати застрахователната сума при настъпване на застрахователно събитие. При липса на посочени ползващи лица за такива се считат законните наследници.
5. **Злополука** е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за застрахования произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, а не от болест, заболяване или постепенен физически или умствен процес, настъпило през срока на застраховката и против неговата воля, което в срок до една година от датата на настъпването 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). По смисъла на тези Общи условия, за злополука се считат и производствените травми и професионални заболявания.
6. **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.
7. **Болест** е аномално според общопризнатото ниво на

медицинската наука телесно или душевно състояние.

8. **Трудова злополука** – злополука, настъпила при или по повод изпълнение на служебни задължения при наличие на сключен трудов договор с Работодател, както и при възложени работа в интерес на Работодателя; по време на регламентирана почивка на територията на предприятието, както и до час необходим за придвижване по пътя от и до работното място.
9. **Смърт** – трайно и необратимо прекратяване на функциите на кръвообращението и дишането или трайно и необратимо спиране на функциите на главния мозък и на наличната сърдечна дейност, вследствие злополука през срока на договора.
10. **Нетрудоспособност** - намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност поради нарушени жизнени функции на застрахования в резултат на злополука.
11. **Временна нетрудоспособност** - намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, вследствие преходно намаляване на общите или локални функции на организма, възстановими в определен срок.
12. **Трайна нетрудоспособност** - окончателно намалена в определен процент или напълно изгубена способност за извършване на трудова дейност, вследствие нарушена функция на отделен орган или на целия организъм на Застрахования.
13. **Хронично заболяване** е болест или нараняване, което притежава един или повече от следните признаци: за него не е известно признато лечение; продължава за неопределено време; повтаря се или е вероятно да се повтори; постоянно е; изисква палиативно лечение; изисква дългосрочно наблюдение, консултации, прегледи, контролни прегледи или изследвания; трябва да бъдат рехабилитирани или специално обучени, за да се справите с него.
14. **Медицинско лечение** е това лечение, което отговаря на общоприетите норми на медицинската наука за възстановяване на здравословното състояние, подобряване на състоянието или предотвратяване на влошаването му.
15. **Разходи за хирургическо лечение** са хонорарите на опериращия хирург, анестезиолога, сестриращите при операцията лекари, операционни сестри и друг обслужващ персонал, включително при предварителното и последващо лечение преди и след операцията, както и включените отделно в сметката материални разходи с изключение на разходите за апарати, които заместват органи или поддържат функционирането им.
16. **Лекарства и медикаменти по рецепта** - продукти, които могат да бъдат обозначени като медикаменти по силата на местното законодателство (включени в Списъка на лекарствените продукти, отпускани по лекарско предписание на Изпълнителна агенция по лекарствата) и които са били предоставени по нареждане на общопрактикуващ лекар, лекар-специалист или стоматолог. Недопустими за обезщетение са разходи за лечебна и минерална вода, медицински вина, хранителни продукти и добавки, възстановителни продукти, тонизиращи средства, гериатрични средства, медицинска козметика, слабители средства и средства за отслабване, витамини, контрацептиви и всички нерегистрирани лекарства.

17. **Медицински разноси** са всички разумни

ВЪРНО
КОПИЕ
ОРИГИНАЛ



необходимите разходи, направени във връзка с медицинско или хирургическо лечение на медицинско състояние, оказано от лекар и/или хирург, радиолог (рентгенолог) или друг специалист, към когото застрахованото лице е било препратено.

18. Разумни и обичайни разходи - под този израз се разбира средната сума, начислена във връзка с валидни разходи за услуги или лечение, определени въз основа на опита и практиката на застрахователя и подкрепени от независимо трето лице, което е практикуващ лекар - специалист или държавен здравен орган.

19. Превъзнесен/франшиз е първата сума на всеки отделен иск, която сума е отговорност на застрахованото лице, преди обезщетенията по тази полица да станат дължими.

РАЗДЕЛ II. Предмет на застраховката

Чл. 3. (1) На основание сключен Договор за застраховка, срещу заплащане на застрахователна премия, Застрахователят осигурява застрахователна защита, във вид размер и на лицето, посочени в застрахователната полица, под формата на фиксирани парични суми, застрахователни обезщетения или комбинация от двете, срещу събития, свързани с живота, телесната цялост и здравето на застрахованите лица, в резултат на рисковете дефинирани по-долу.

Чл. 4. (1) По тази застраховка се застраховат физически лица, до определена с настоящите Общи условия застрахователна възраст.

(2) Определянето на застрахователната възраст се извършва в цели години към началото на застраховката, като период до шест месеца не се взема предвид, а шест и повече месеца се считат за цяла година.

ГЛАВА ВТОРА. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

РАЗДЕЛ I. Видове договори

Чл. 5. (1) Застрахователните договори биват: индивидуални и групови.

(2) Индивидуален застрахователен договор е този, съгласно който се застрахова едно физическо лице на възраст от 0 до 69 години, но не по-възрастно от 70 години към датата на изтичане на срока на договора. По тези застраховки притежател на полицата може да бъде застрахованото лице или друго физическо или юридическо лице.

(3) Групов застрахователен договор е този, съгласно който се застраховат групи от минимум 3 лица предварително формирани с незастрахователни цели, при индивидуална възраст на лицата допустими за включване в групата от 0 до 69 години към началото на застраховката, но не повече от 70 години към датата на изтичане на срока на договора. Групови застрахователни договори се сключват:

1. по средносписъчен състав - когато застраховани са лицата, които са в трудови правоотношения със Застраховачия /Договорителя/, длъжностите им са посочени в поименното щатно разписание към момента на настъпване на застрахователното събитие и за които е платена дължимата застрахователна премия..

2. по приложен поименен списък на застрахованите лица - за застраховане на допълнителни лица, които не попадат в средносписъчния състав, както е описан по т.1 или когато за конкретния вид застраховка, съгласно настоящите Общи условия се изисква такъв

РАЗДЕЛ II. Преддоговорна информация

Чл. 6. (1) Застрахователният договор се сключва, въз основа на попълнено Предложение за застраховане от

Застраховачия, придружено от:

1. При групов застрахователен договор, по приложен поименен списък на застрахованите лица - списък на застрахованите лица, по образец на Застрахователя. В зависимост от броя лица и размера на застрахователната сума, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на всяко едно лице от групата.

2. При индивидуален застрахователен договор - Декларация за здравословното състояние, подадена от застрахованото лице (при застрахователни суми над определен размер), както и други обстоятелства от интерес за Застрахователя.

(2) Застраховки върху живота на трето лице се сключват за съпрузи, лица, живеещи във фактическо извънбрачно съжителство, лица в родствена връзка по права и по сребрена линия до втора степен. Ако третото лице няма това качество, за сключването на застраховка се изисква писменото му съгласие, респективно - съгласието на законните му представители, ако е на възраст от 14 до 18 години.

(4) Преди сключване на застрахователния договор и/или преди включване на ново застраховано лице, Застрахователят има право да изисква допълнителна писмена информация и сведения за оценяване на застрахователния риск.

(3) Ако в срок от 45 дни след подписването на Декларацията, застрахователният договор не бъде сключен, се изисква попълване на нова Декларация.

(4) Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката. При отказ той уведомява писмено Застраховачия.

РАЗДЕЛ III. Сключване и форма на договора. Застрахователна премия

Чл. 7. (1) Застрахователният договор се изготвя от застрахователя, след като застраховачият (застрахованият) представи необходимите документи.

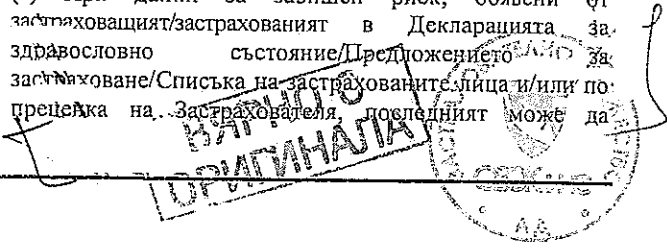
(2) Сключването на застрахователен договор се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(3) Неразделна част от Договора за застраховка са Предложенията за застраховане, Списъкът на застрахованите лица, Декларацията за здравословното състояние, другите поискани от застрахователя документи по реда на чл.6, Застрахователната полица, Общите условия, Добавъците, Специалните условия и всички останали договорености.

(4) Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са сключени в писмена форма.

(5) При сключване на договора, застраховачият/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 и/или е поискал да бъдат декларирани от застрахования/ застраховачия. Ако застраховачият/ застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договорът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застрахованото.

(6) При данни за завишен риск, обявени от застраховачият/застрахованият в Декларацията за здравословно състояние/Предложенията за застраховане/Списъка на застрахованите лица и/или по преценка на Застрахователя, последният може да



изисква и друга информация, относно здравословното състояние, включително и медицински преглед на кандидата за застраховане от доверен лекар.

(7) Застрахователният договор влиза в сила след плащането на цялата дължима премия или на първата вноска от нея при разсрочено плащане на премията.

Чл. 8. Срокът на действие на застрахователния договор се договаря между страните, но не може да надвишава една година. Срокът на действие може да бъде продължен за всеки следващ период, ненадвишаващ една година, като се издаде нова застрахователна полица и застрахователната премия или първата вноска от нея бъдат платени преди започване на следващия застрахователен период.

Чл. 9. (1) Размерът на Застрахователната премия, срокът и начинът на плащане се определят от застрахователя, съгласно действащите тарифи, в зависимост от възрастта, здравословното състояние на застрахованото лице, броя на застрахованите лица, избраното рисково покритие, срока на застраховката, застрахователна сума/лимита на отговорност и размера на самоучастието.

(2) Дължимата годишна премия се заплаща от застраховачия /договорителя/:

1. еднократно - при сключване на застрахователния договор;

2. разсрочено - по уговорен със застрахователя план.

(3) Ако срокът за плащане на поредната вноска не бъде спазен, застрахователят може да намали общия лимит на отговорност/ застрахователната сума, да измени застрахователния договор или да го прекрати, но не по-рано от 15 дни от деня, в който застраховачият е получил писмено предупреждение за това и покана за плащане в рамките на този срок. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица застрахователят изрично е посочил кое от правата по изречение първо ще упражни след изтичането на 15-дневния срок от датата на падежа на разсрочената вноска.

(4) Ако, преди уговорените срокове за внасяне на разсрочените застрахователни вноски, настъпи застрахователното събитие, застрахователят може, по своя преценка, да удържи дължимите застрахователни вноски от определеното обезщетение. Ако при индивидуалните е договорено разсрочено плащане на премията, при настъпване на застрахователно събитие, неплатените разсрочени вноски стават изискуеми и Договорителят е длъжен да ги заплати изцяло преди Застрахователят да изплати предявените към него искове.

(5) В случай, че застраховачия не заплати дължимата сума, в срока посочен му с предупреждението по ал.3, застрахователят:

1. може да развали действието на застрахователния договор, като върне на застраховачия събраната до момента премия за остатъчния срок на застраховката, намалена с направените административно-стопански разноски по сключването на застраховката;

2. в случай, че през този период е настъпило застрахователно събитие, застрахователното обезщетение ще бъде намалено пропорционално на неизплатената част от застрахователната премия.

РАЗДЕЛ IV. Действие на договора, промени и прекратяване

Чл.10. По време на действието на договора застраховачият/застрахованият е длъжен писмено да

обяви пред застрахователя незабавно след узнаването им, за новонастъпили обстоятелства, свързани с професията, професионалните задължения, дейността и страната на местоживеене на застрахования. При изпълнението се прилага редът, определен в Кодекса за застраховането.

Чл.11. (1) При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелства, независимо от застрахователя, чиито последиствия 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 Застраховачия промени в тарифите и/или условията. Промяната влиза в сила след съгласие на застраховачия. При липса на съгласие от негова страна от застрахователния договор отпада застрахователното покритие и застраховачия не дължи заплащането на застрахователна премия по него от датата на промяната.

(2) Застрахователят има право да удържа от плащанията по полицата всички извършени от него разходи, направени, във връзка с некоректно поведение от страна на застраховачия/ застрахования.

Чл.12. (1) Промяна в нивото на покритие и/или в застрахователната сума може да се прави по време на срока на действие на договора, след писмено отправено предложение от страна на Застрахования/ Застраховачия, прието от Застрахователя.

(2) При груповите застраховки, сключени по приложен поименен списък, включването или изключването на лица от списъка се извършва с допълнително споразумение към застрахователния договор, в което се посочва началото, респ. крайт на застраховката за тези лица. За лицата, които се включват допълнително в списъка на застрахованите, се изисква същата преддоговорна информация, каквато е изисквана от Застрахователя при сключването на застраховката. За нововключените лица Застраховачият /Договорителят/ е длъжен да плати допълнителна премия.

(3) Промени в застрахователния договор се извършва чрез издаване на Добавък, който влиза в сила от 24 часа на датата на издаването му и заплащането на договорената с него допълнителна премия (ако има такава).

Чл.13. Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

Чл.14. Ако се установи, че Застрахования/Договорителя са дали неверни данни за здравословното състояние на застрахованото лице или са укрили или премълчали обстоятелство, при известността на което застрахователят не би сключил застраховката, същият има право:

1. да прекрати договора в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството;

2. да откаже плащане на застрахователно обезщетение, ако събитието е в причинна връзка с неточно обявеното или укрито обстоятелство.

Чл.15. (1) Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок (изцяло или по отношение на конкретно застраховано лице) в следните случаи:

а) ако Застрахования/Застраховачия умишлено е представил неверни факти и обстоятелства;

б) в изтичане на календарния месец, в който застрахованото лице, навършва, определена в чл.б. максимално допустимата възраст, като при групов договор, договорът се счита за прекратен само по

отношение на конкретното лице.

в) при смърт на застрахования по полицата и/или обявяване на несъстоятелност или ликвидация на застрахования /юридическото лице/, когато той се явява договорител по полицата, ако в срок от 1 месец след смъртта/ несъстоятелността/ ликвидацията на застрахования/ застрахования, страните не са уговорили продължаване на застраховката чрез определяне на нов застрахован/ застраховач;

г) при смърт на застрахованото лице, част от групов договор, по отношение на това лице.

д) с едностранно изявление от застрахования до застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие, в срок до три месеца преди изтичането на застрахователната година;

е) по взаимно съгласие, изразено писмено;

ж) едностранно от всяка от страните с 15-дневно писмено предизвестие, течащо от деня на получаването му.

з) в други случаи, уговорени изрично в застрахователния договор или предвидени в българското законодателство.

(2) Застрахователят има право да откаже подновяване на застрахователния договор, както и да го прекрати или да промени условията му, в случай че:

а) от страна на застраховано/застраховачо лице се върши или е била извършена измама, укриване на факти, както и ако са били направени невярни изявления. В този случай застрахованото лице ще трябва да върне всички суми, които вече са били изплатени, по силата на договора;

б) застраховано лице е нарушило условията на застрахователния договор.

(3) Възможността за прекратяване на застрахователния договор от страна на застрахования не се прилага, ако:

а) промяната на застрахователната премия и/или другите условия произтича от законови разпоредби;

б) промяната води до намаляване размера на застрахователната премия и/или разширяване на застрахователното покритие.

(4) Когато договорът се прекратява предсрочно:

а) на застрахователя се полага премията за изтеклия до тогава срок на договора, доколкото специални разпоредби не предвиждат друго;

б) Застрахованият има право (освен в случаите по ал.5) да получи част от платената застрахователна премия, пропорционална на неизползувания остатък от застрахователния срок, намалена с размера на административните разходи, при условие, че не са платени и не предстои да се изплащат застрахователни обезщетения.

в) Застрахователят носи отговорност за настъпилите застрахователни събития преди датата на прекратяване на договора, ако обстоятелство, по отношение на което е нарушено задължение за уведомяване, не е имало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху размера на обезщетението;

г) за застраховки/застраховани лица (при прекратяване само по отношение на конкретно лице), по които са извършвани или предстои да бъдат извършени плащания от Застрахователя, застрахователната премия остава изцяло дължима от Застрахования.

д) Застрахованият връща на Застрахователя оригиналната полица и всички издадени с нея формуляри и документи.

(5) В случай че договорът се прекратява предсрочно, по вина на Застрахования, Застрахователят не дължи връщане

на неувоената премия за остатъка от застрахователния срок, освен ако е уговорено друго.

ГЛАВА ТРЕТА. Обхват и валидност. Застрахователна сума.

Чл. 16. (1) Застрахователното покритие влиза в сила в 00.00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, но не преди 24.00 часа на датата, на която е заплатена цялата дължима премия или първата вноска от нея, при договорено разсрочено плащане.

(2) Застрахователното покритие приключва в 24.00 часа на датата на прекратяване на застрахователния договор.

(3) При групови застраховки "Злополука", сключени по средносписъчен състав, за новопостъпилите работници и служители отговорността на Застрахователя започва от деня следващ деня на постъпването и се прекратява в деня на напускането на съответния служител.

Чл. 17. (1) Със застраховките, сключени по тези Общи условия застрахователят покрива изброените в Глава Четвърта рискове за събития, настъпили след началото и преди края на застрахователния договор.

(2). Застрахователят разширява или ограничава покритите рискове и отговорността си с други действащи и прилагани от него Специални условия (вкл. с описанията в Приложения №№ от 1 до 9, към настоящите Общи условия, Специални условия по Секции), съответстващи на спецификата на дейността или желанията на Застрахования.

Чл.18. (1) Застрахователното покритие по договора важи за територията на Република България, освен ако в полицата е уговорено друго.

Чл. 19. (1) Размерът на застрахователната сума се договаря между Застрахователя и Застрахования /Договорителя/.

(2) Страните по застрахователния договор могат да договорят увеличен размер на застрахователната сума за рисковете смърт от трудова злополука и/или трайна загуба на трудоспособност вследствие трудова злополука.

(3) При груповите застраховки, застрахователната сума може да бъде еднаква за всички застраховани лица или различна по размер за отделните категории лица.

Чл. 20. (1) Недействителна е застраховката, за случай на смърт на трето лице под 14 години, както и на лице, поставено под пълно запрещение. При наличие на такъв договор, същите се считат за застраховани единствено срещу риска "Трайна загуба на трудоспособност, в резултат от злополука".

(2) По тези Общи условия не се застраховат и не се изплаща обезщетение за лица със загубена трудоспособност над 50%, както и за психично болни.

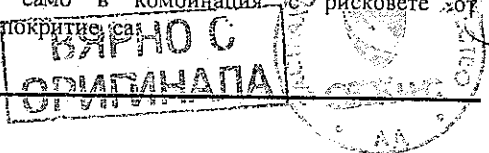
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ

Раздел I. Основно и разширено покритие

Чл. 21. Рисковете по „Основно покритие“, които Застрахователят покрива са:

1. Смърт на Застрахования в резултат на злополука;
2. Трайна загуба на трудоспособност на Застрахования, в резултат на злополука;
3. Временна загуба на трудоспособност на Застрахования, в резултат на злополука.

Чл. 22. Рисковете по „Разширено покритие“, което се предоставя само в комбинация с рисковете от Основното покритие са:



1. Смърт на Застрахования в резултат на професионално заболяване;
2. Инвалидизиране на Застрахования, в резултат на професионално заболяване;
3. Непрекъсната временна загуба на трудоспособност на Застрахования, в резултат на професионално заболяване.

Чл. 23. Застрахователят покрива рисковете от злополука, довела до настъпване на събитията по чл.21 и чл.22 и причинена от:

1. работа с машини; пътно-транспортно произшествие; ползване на оръжия и инструменти; пожар; обгаряне, задушаване; замръзване; удавяне; експлозия и/или имплозия; земетресение; буря, ураган, удар от мънлия; срутване; падащи предмети; злонамерени действия на трети лица; нападения и ухапване от животни; ухапване от отровни насекоми и влечуги; хранителни отравяния; отравяне от токсични вещества; нараняване при опит за спасяване на трети лица от пожар или природни бедствия; действие на електрически ток; механичен удар.

2. за злополука се смятат и случаите на изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, слави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно напрегане на собствени сили; както и събитията, причинени от задължителни профилактични имунизации, инфекции, при които заризната материя е проникнала в организма на пострадащото от злополука лице.

Раздел II. Допълнително покрити рискове

Допълнително покрити рискове "Медицински разноски и разходи за репатриране"

Чл.24. По искане на Застрахователя, при наличие на сключен Индивидуален или Групов застрахователен договор за „Основно покритие“ по застраховка „Злополука“ (задължително условие), към условията на застраховката могат да бъдат договорени, заедно или поотделно, и следните Допълнителни рискове за Медицински разноски и разходи за репатриране, настъпили през срока на договора, вследствие на злополука, довела до временна или трайна загуба на трудоспособност:

(1) „Разходи за медикаменти“ - на Застрахования се възстановяват действително извършени от него разходи за медикаменти и консумативи, предписани за лечение на последиците от злополуката, до размери и при условия, както следва:

1. От 75% до 100% от извършените разходи, в зависимост от размера на приложеното самоучастие (от 0% до 25%) на застрахованото лице, съгласно условията на застрахователния договор;

2. До 10% от застрахователната сума, но не повече от посочения в полицата / в специалните условия към съответната Секция максимален размер за едно събитие. В случаите, когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;

3. До 30% от застрахователната сума, но не повече от посочения в полицата / в специалните условия към съответната Секция максимален размер за всичките събития в рамките на една застрахователна година. В случаите, когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие. При краткосрочните застраховки този лимит на отговорност се намалява пропорционално в същото съотношение, както се отнася срокът на застраховката към една година.

4. Условия за възстановяване на извършените разходи:

а) размерът на извършените разходи за медикаменти в резултат на едно събитие, след евентуално приложеното самоучастие да е над 20 BGN;

б) разходите за медикаменти трябва да са извършени в рамките на 30 календарни дни, считано от датата на застрахователното събитие;

в) разходите за медикаменти да не са били поети от задължителното или доброволно здравно осигуряване, други застраховки или други лица и да са били извършени от застрахованото лице, за което то може да представи оригинални платежни документи;

г) злополуката е настъпила през срока на застраховката, довела е до временна или трайна загуба на трудоспособност на застрахованото лице, за което то може да представи болничен лист и същият е бил реално ползван;

д) медикаментите са разрешени за употреба, в съответствие с изискванията на българското законодателство;

е) медикаментите са предписани от лица с медицинска правоспособност, които имат право да издават рецепти; закупени са от лицензирани аптеки на територията на Република България;

ж) медикаментите са били предписани, закупени и ползвани от Застрахования през срока на застраховката и то само през периода на временната нетрудоспособност;

5. По условията на тази застраховка, не се считат за медикаменти продукти с профилактичен характер, витамини, протеини, ваксини, специализирани храни, средства с козметичен ефект и други подобни.

(2) „Дневни пари за болничен престой“ - за всеки ден болничен престой през срока на застраховката, след третия/петия ден, за лечение на последиците от злополуката, на Застрахования се изплаща дневна сума до размери и при условия, както следва:

1. Посочените в полицата/в специалните условия към съответната Секция размер (определен като процент от застрахователната сума), максимален размер и максимален брой дни за едно събитие и за всички събития в рамките на една застрахователна година.

2. При краткосрочните застраховки, със срокове под една година, лимитите на отговорност за еднократния и общия болничен престой се намаляват пропорционално в същото съотношение както се отнася срокът на застраховката към една година.

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

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

б) болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

в) не се изплащат дневни пари за болничен престой от момента, в който по обективна лекарска преценка, отпада необходимостта лечението да продължи като стационарно;

г) лечението на последиците от злополуката е извършено на територията на Република България от квалифициран и правоспособен медицински персонал;

д) болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за такова от болничния

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

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

(3) „Разходи за хирургично и болнично лечение“ - в случай на хирургично лечение на последиците от злополуката, с болничен престой над три дни през срока на застраховката, на Застрахования се възстановяват действително извършените разходи за хирургично лечение, както и разходите свързани с болничното обслужване, конкретната диагностика и лечение /спешни лабораторни, рентгенови или скопични изследвания, медицински прегледи, терапевтични и медицински средства за употреба на медицински уреди и др./, до размери и при условия, както следва:

1. От 75% до 100% от извършените разходи, в зависимост от размера на приложеното самоучастие /от 0% до 25%/ на застрахованото лице, съгласно условията на застрахователния договор;

2. до 10% от застрахователната сума, но не повече от посочения в полицата / в специалните условия към съответната Секция максимален размер за едно събитие. В случаите, когато с договорно самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;

3. до 30% от застрахователната сума, но не повече от посочения в полицата / в специалните условия към съответната Секция максимален размер за всичките събития в рамките на една застрахователна година. В случаите когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие. При краткосрочните застраховки този лимит на отговорност се намалява пропорционално в същото съотношение, както се отнася срокът на застраховката към една година.

4. Условия за възстановяване на извършените разходи:

а) разходите за хирургично и болнично лечение се възстановяват, само ако са били наложителни през срока на застраховката от медицинска гледна точка;

б) не се възстановяват разходите за болнично лечение от момента, в който, по обективна лекарска преценка, отпада необходимостта лечението да продължи като стационарно;

в) лечението на последиците от злополуката е извършено на територията на Република България от квалифициран и правоспособен медицински персонал в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативни);

г) за хирургично лечение на един и същ орган или система, в резултат на една и съща злополука, се

възстановяват разходи за хирургичното лечение само веднъж в рамките на една застрахователна година;

д) разходите за хирургично и болнично лечение се възстановяват, само ако не са били поети от задължителното или доброволно здравно осигуряване, други застраховки или други лица и са били извършени от застрахованото лице, за което то може да представи оригинални платажни документи;

е) не се възстановяват разходи за пластична или козметична хирургия, когато е извършена по волята на Застрахования, без това да се налага от медицинска гледна точка;

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

з) не се възстановяват разходи за пребиваване в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни, дори необходимостта от това да е предизвикана от злополуката и да е предписана от лекуващия лекар.

(4) „Разходи за репатриране на тленни останки и погребение“ - на ползващите лица се възстановяват действително извършените разходи за репатрирането на тленните останки при смърт на застрахованото лице и разходи за погребение до размери и при условия, както следва:

1. До 10 % от договорената застрахователната сума, но не повече от посочения в полицата / в специалните условия към съответната Секция максимален размер за едно събитие.

2. Условия за възстановяване на извършените разходи:

а) възстановяват се действително извършените разходи срещу представени оригинални фактури и касови бележки за заплатени услуги, придружени с епикризи и/или медицински направления, акт за смърт, удостоверение за наследници и други документи, които застрахователя поиска във връзка с установяване на обстоятелствата по настъпилото застрахователно събитие.

б) извършените разходи да не са били поети от други застраховки или други лица и да са били извършени от ползващото лице, за което то може да представи оригинални платажни документи.

(5) Условия за ползване/покриване на рискове по настоящия член:

1. Застрахованите лица, които не са български граждани ползват застрахователно покритие по тях, само в случай, че застрахователното събитие и ползваните медицински услуги са настъпили на територията на Република България.

2. Началото и краят на действие на покритието по тях, трябва да съвпадат със срока респ. началото и края на действие на „Основното покритие“ по Застраховка „Злополука“.

3. Застрахователната сума по допълнителните рискове:

а) може да бъде различна по размер от тази по „Основното покритие“.

ОРИГИНАЛ
12

- б) при групови застрахователни полици може да бъде еднаква за всички застраховани лица или различна за отделните категории лица;
- в) при индивидуалните застрахователни полици не може да надвишава тази по Основното покритие.
4. Общата сума на всички плащания за рисковете от Допълнителното покритие за събития в рамките на една застрахователна година за едно застраховано лице не може да надвишава размера на застрахователната сума. При краткосрочните застраховки, със срокове под една година, този лимит на отговорност се намалява пропорционално в същото съотношение, както се отнася срокът на застраховката към една година.
5. По условията на тази застраховка се възстановяват само тази част от разходите, която не е покрита от задължително или доброволно здравно осигуряване, други застраховки или лица. Настоящата застраховка предвижда изплащане на обезщетение едва след изчерпване на лимитите им.
6. С плащането на обезщетението Застрахователя встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата до размера на извършените разходи.
7. Застрахования с дължен да съдейства на застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на вредата.
8. Отказът на Застрахования от правата му срещу причинителя на вредата няма сила спрямо Застрахователя.

Допълнително покрити рискове, настъпили вследствие на „Общо заболяване“

Чл.25. По искане на Застрахования, при наличие на сключен Групов застрахователен договор за „Основно покритие“ по застраховка „Злополука“ (задължително условие), към условията на застраховката могат да бъдат договорени, заедно или поотделно, и следните **Допълнителни рискове, настъпили през срока на договора, вследствие на заболяване:**

(1) „Смърт на Застрахования, в резултат на заболяване“ – на законните наследници или посочените ползвачи лица се изплаща договорената застрахователна сума;

(2) **Временна загуба на трудоспособност на Застрахования, в резултат на едно заболяване:**

1. За заболяването, започнало през срока на застраховката и продължило над 40 дни до 60 дни вкл. - на Застрахования се изплащат до 4% от договорената застрахователната сума;

2. Ако в резултат на същото заболяване Застрахованият продължи да бъде нетрудоспособен и след този срок, за всеки следващи 30 дни непрекъснатата нетрудоспособност му се изплащат 2% от застрахователната сума, но за не повече от 120 дни общо и в размер не надвишаващ 500 BGN;

3. Обезщетение по този риск се изплащат един път в рамките на една застрахователна година.

(3) „Разходи за медикаменти, вследствие на заболяване“:

1. на Застрахования се изплащат до 5% от договорената застрахователна сума

2. Обезщетения за риска “Разходи за медикаменти” се изплащат в съответствие с чл.24, ал.1, т.г. 1 до 5 и ал.5.

(4) **Условия за ползване/покриване на допълнителните рискове по настоящия член:**

1. Началото и краят на действие на покритието по тях, трябва да съвпадат със срока респ. началото и края на

действие на „Основното покритие“ по Застраховка “Злополука”.

2. Хроничните заболявания са изключен риск.

3. Застрахованите лица не могат да бъдат над 65 години.

4. Застрахователната сума по допълнителните рискове: а) не може да бъде по-голяма по размер от тази по „Основното покритие“;

б) може да бъде еднаква за всички застраховани лица или различна за отделните категории лица в груповия договор;

5. При групови застраховки по средносписъчен състав, следва да се представи броя на застрахованите лица и разпределението им по професии или вид производство, в което участват, както и други обстоятелства от интерес за Застрахователя. При застрахователната сума над определен размер, Застрахователя може да изиска декларация за здравословното състояние на всяко едно лице от групата. Ограничението за възраст по т. 3, в този случай не се прилага.

6. При групови застраховки по приложен списък, следва да се представи поименен списък на застрахованите лица с ЕГП, професията или вид производство, в което участва всяко от тях, както и други обстоятелства от интерес за Застрахователя. При групи до 20 броя лица, следва да се представи декларация за здравословното състояние на всяко едно лице от групата, както и при сключване на застраховката при застрахователна сума над определен размер.

7. При наличие на минали или настоящи заболявания, в декларацията за здравословно състояние, Застрахователя изисква и друга информация за здравословното състояние, включително и медицински преглед на кандидата за застраховане от доверен лекар и преценява условията, по които ще се застрахова лицето. Медицински преглед на кандидата за застраховане се извършва и при сключване на застраховката, при застрахователна сума над определен размер.

8. Застрахователната премия се определя от Застрахователя и зависи от професията на Застрахования или вида производство, в което участва (рисковия клас), срока на застраховката, застрахователната сума, както и здравословното състояние на кандидата за застраховане

9. При наличие на минали или настоящи заболявания на кандидата за застраховане, се прилагат следните условия:

а) изключване от застрахователното покритие на рисковете свързани с тези заболявания, т.е. Застрахователя не изплаща суми при настъпване на събития вследствие тези заболявания;

б) включване към застрахователното покритие на рисковете свързани с тези заболявания, срещу заплащане на допълнителна премия.

РАЗДЕЛ III. Изключени рискове

Чл.26. Ако не са предмет на специално договаряне:

1. По смисъла на тези Общи условия, не се считат за злополука събитията, причинени от самоубийство или опит за извършване на такова от Застрахования; умишлен извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер от Застрахования; изпълнение на смъртна присъда; умишлени действия на Застрахования с цел самоубийство или причиняване

на нетрудоспособност; умишлени действия от страна на трети ползвачи лица спрямо Застрахования; болести от каквото и да е естество без професионални заболявания; слънчев и топлинен удар; инжекции, операции, облъчвания и други лечебни мерки, доколкото те не се налагат от злополуката; заболяване от СПИН; бременност, раждане или аборт на Застрахования или произтичащо от това медицинско лечение или намеса; козметични или пластични операции, освен ако се налагат вследствие злополука; заболявания на зъбите; злополука по време на изгърпяване на наказание "лишаване от свобода"; увреждания причинени от употреба и въздействие на алкохол, опиати, наркотици и други упойващи вещества; война, размирици и действия, имащи военен характер, стачки, граждански вълнения, бунтове и други подобни; атомни и ядрени експлозии, радиоактивни продукти и замърсяване от тях или йонизираща радиация.

2. Не се считат за злополука и събития, настъпили при упражняването на следните видове спорт: лов, конен спорт, алпинизъм, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, ветроходни и подводни спортове, зимни спортове, както и участия в професионални или любителски състезания и тренировки, състезания или изпитания с автомобили, мотоциклети, скутери; както и когато Застрахованият управлява самолет, освен опериращ по редовни и чартърни авиолинии.

ГЛАВА ПЕТА. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл. 27. (1) При настъпване на застрахователното събитие, Застрахованият или посочените ползвачи лица са длъжни:

1. в седемдневен срок от узнаването да уведомят Застрахователя;

2. да съдействат на Застрахователя за изясняване на всички обстоятелства и факти, свързани с установяването на събитието;

3. да представят поисканите документи от Застрахователя.

(2) Ако Застрахованият или посочените Ползвачи лица не изпълнят своите задължения, описани в ал.1. и/или от тяхна страна се представят неверни сведения, използват се лъжливи декларации или методи, с цел получаване на застрахователно обезщетение, Застрахователят има право да откаже изплащането на обезщетение и да прекрати договора, като застрахователната премия остава в полза на Застрахователя.

(3) В зависимост от покритието и вида на събитието, за изплащане на застрахователно обезщетение трябва да бъдат представени следните документи:

1. сведения за настъпила злополука - по образец на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ;

2. застрахователната полица или служебна бележка от работодателя, че лицето е застраховано с групова застрахователна полица;

3. акт или протокол за злополука, декларация за трудова злополука и разпореждане от НОИ за трудова злополука, протокол от КАТ, сведения от МВР, съдебни решения и други писмени доказателства, удостоверяващи при какви обстоятелства е настъпило застрахователното събитие;

4. акт за смърт; съдебно-медицинска експертиза; удостоверение за законни наследници, ако те са ползвачите лица по застраховката;

5. медицински документи (болнични листове, амбулаторни листове, рентгенографии и резултати от рентгенологичните изследвания, други изследвания, спикризи, ЛАК, експертно решение на ТЕЛК, НЕЛК или ЗМК, експертно решение на комисия по професионални болести, документ за регистрация на професионална болест, медицински удостоверения, медицински направления, лабораторни изследвания и/или анализи.)

6. оригинални платежни документи, фактури и касови бележки за заплатени услуги, придружени с рецепти, епикризи и/или медицински направления;

7. всякакви други медицински документи и/или изследвания, които Застрахователят поиска във връзка с настъпилото застрахователно събитие.

(4) Поредицата болнични листове следва да има само един първичен болничен лист, останалите трябва да са продължение, без прекъсване между тях. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.

(5) Всички медицински документи трябва да са издадени от лицензирани здравни заведения.

(6) Застрахователят няма право да изиска от претендиращото лице и други доказателства, документи и информация, необходими за изясняване на застрахователното събитие.

Чл. 28. (1) При смърт на Застрахования в резултат на злополука, на законните наследници или посочените Ползвачи лица се изплаща договорената застрахователна сума/дължимото обезщетение.

(2) Ако смъртта е настъпила вследствие умишлено действие на наследник или трето ползвачо лице, извършителят не може да получи обезщетение по тези Общи условия. В този случай полагащото се обезщетение се изплаща на останалите ползвачи лица

Чл. 29. (1) При трайна загуба на трудоспособност в резултат на злополука, на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената трудоспособност, определен от ЗМК на Застрахователя, ТЕЛК или НЕЛК.

(2) Процентът на трайна загуба на трудоспособност се установява с решение на ТЕЛК, НЕЛК или ЗМК на Застрахователя, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. При ампутация на крайници и загуба на очи този срок може да бъде по-кратък. При комозио церебрни процентът трайна загуба на трудоспособност се определя след изтичането на 10 месеца от датата на събитието.

(3) При трайна загуба на трудоспособност вследствие повторна злополука, на Застрахования се изплаща полагащото се обезщетение, при следните условия:

1. ако засегнатият крайник или орган не е бил увреден преди или по време на действие на застрахователния договор - изплаща се определения процент от договорената застрахователна сума, без да се прилага редукция;

2. ако увреждането засяга крайник или орган, който е бил увреден преди или по време на действие на застрахователния договор - изплаща се редуциран процент от договорената застрахователна сума.

(3) При определяне процента на загубена трудоспособност професията на Застрахования не оказва влияние

ВАЖНО СЪВЕЩАНИЕ
ОРИГИНАЛА

Чл. 30. При временна загуба на трудоспособност на Застрахования, в резултат на злополука, на Застрахования се изплаща посочения в полицата / в специалните условия към съответната Секция процент от застрахователната сума.

Чл. 31. При смърт на Застрахования, в резултат на професионално заболяване, регистрирано за първи път през срока на застраховката от комисията по професионални болести, на законните наследници или посочените Ползвачи лица се изплаща договорената застрахователна сума.

Чл. 32. При инвалидизиране на Застрахования в резултат на професионално заболяване, регистрирано за първи път през срока на застраховката, на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената трудоспособност, определен от комисията по професионални болести или ЗМК на Застрахователя.

Чл. 33. При непрекъсната временна загуба на трудоспособност на Застрахования, в резултат на професионално заболяване, регистрирано за първи път през срока на застраховката от комисията по професионални болести, на Застрахования се изплащат еднократно до определен в полицата / в специалните условия към съответната Секция процент от застрахователната сума.

Чл. 34. Обезщетения за инвалидизиране и временна загуба на трудоспособност, в резултат от професионално заболяване, се изплащат един път в рамките на застрахователната година.

Чл. 35. При временна загуба на трудоспособност, настъпила при изпълнение на служебните задължения на Застрахования, в резултат на психични травми или стресови състояния, довели до реактивни психози или страхови неврози, диагностицирани от специализирани психиатрични заведения, вследствие от присъствие при въоръжен грабеж в банковите (фирмените) сгради и вземане на заложенности на служители, както и при употреба на взривни устройства на Застрахования се изплащат еднократно до определен в полицата / в специалните условия към съответната Секция процент от застрахователната сума.

Чл. 36. Ако е извършено плащане за временна загуба на трудоспособност и Застрахованият вследствие на същата злополука придобие трайна загуба на трудоспособност, Застрахователят изплаща определеното обезщетение за трайна загуба, като удържа изплатената вече сума за временна загуба на трудоспособност.

Чл. 37. Ако е извършено плащане за трайна загуба на трудоспособност на Застрахованият и вследствие същата злополука последва смърт, до една година от датата на злополуката, Застрахователят изплаща дължимата застрахователна сума за смърт, като удържа изплатената вече сума за трайна загуба на трудоспособност.

Чл. 38. Общата сума на всички плащания в рамките на една застрахователна година, не може да надвишава размера на застрахователната сума.

Чл. 39. При загуба на трудоспособност, обезщетението се изплаща след завършване на лечението, т.е. болничните листове следва да са реално ползвани.

Чл. 40. (1) Застрахователят може да поиска всякаква информация, необходима за установяване на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие или на обхвата на задължението за предоставяне на обезщетение, в т.ч. застрахованото

лице да бъде прегледано по искане на застрахователя от посочен от него лекар. Застрахователят уведомява застрахования за необходимите допълнителните доказателства, най-късно в срок 45 дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор.

(2) Ако застрахованият поради умисъл или грешка изобреще, наруши задължението си за предоставяне на информацията по ал. 1, застрахователят е освободен от задължението за изплащане на обезщетение.

Чл. 41. (1) Ако не е уговорено друго, всички евентуални разходи, свързани с издаването на необходимите документи се поемат от застрахования.

(2) Застрахователят изплаща на застрахования, след представяне на оригиналите на документите, застрахователното обезщетение в българска валута.

(3) Претенциите за застрахователни обезщетения не могат да бъдат залагани или прехвърляни без съгласието на застрахователя.

Чл. 42. Застрахователно обезщетение се изплаща от застрахователя в срок до 15 дни след датата на представянето пред застрахователя на всички поискани документи.

Чл. 43. При изплащане на застрахователно обезщетение, застрахователят може да удържи всички вземания, които има срещу Застрахования или Ползвачите от лица

Чл. 44. Отговорността на застрахователя във връзка с всички заведени иски се прекратява незабавно при прекратяването на застрахователния договор и/или заличаването на застрахованото лице от полицата.

ГЛАВА ШЕСТА. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ

Чл. 45. (1) За да са валидни всички декларации и уведомления от страна на притежателя на полицата, трябва да са в писмен вид, освен ако на друго място застрахователните условия не предвиждат друга уредба или Застрахователят не се откаже от спазването на писмената форма. Писмените декларации могат да бъдат направени във всяка четлива форма, включително по телефакс, по електронен път и т.н. Ако постъпила декларация няма собственоръчен подпис или сигурен електронен подпис, Застрахователят може да поиска допълнително подаване на декларацията със собственоръчен (оригинален) подпис. Срокът за декларации е спазен, ако на искането за допълнително подаване на декларация се отговори в поисканата форма и в уместен срок.

(2) При промяна в името на притежателя на полицата или на Застрахованото лице или на посочения в застрахователната полица адрес, притежателят на полицата е длъжен в срок до една седмица да уведоми Застрахователя за настъпилата промяна.

(3) В случай, че застрахователният договор е сключен с юридическо лице като страна по договора разпоредбите на ал. 2 влизат в сила при промяна в седалището или наименованието на това юридическо лице.

(4) Всяко уведомление или друга писмена информация, изпратена от Застрахователя на посочения в застрахователния договор адрес за кореспонденция и неполучени по причина извън контрола на Застрахователя, ще се считат за валидно получени от адресанта на петия ден от изпращането им, от който момент волеизявлението влиза в сила.

Чл. 46. (1) Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност с изтичането на срока, определен от действащото

ОРИГИНАЛ

българско законодателство.

(2) За грешно изчислени от застрахования или неправилно внесени от него вноски от застрахователната премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения застрахователят не дължи лихви.

(3) Споровете между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – от компетентния български съд.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Със сключването на застраховката, Застрахованият дава съгласието си:

1. който и да било лекар, медицинско лице, болничен служител и/или други трети лица (вкл. Работодател, Здравни, Социални и Застрахователни институции) да предоставят на Застрахователя информацията, регистрационни документи, медицински протоколи, сертификати и др. (включително и за случаите, когато се касае за получаване на информация, представляваща служебна или професионална тайна), които Дружеството счита за необходими, във връзка със застрахователния договор;

2. за ползване на личните му данни във връзка със сключването, действието и прекратяването на застрахователния договор.

§ 2. Застрахователят уведомява Застрахованият/Застрахованият, че е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържащ от Комисията за защита на личните данни и предоставените от застрахованите и застраховачите лица лични данни се използват за целите на: сключването и изпълнението на договори; реализация на законните права и интереси на застрахователя във връзка със сключените договори. 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. 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.

§ 3. Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отнасят за сключените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

§ 4. Допуска се договаряне на условия, различни от условията на отделни разпоредби на Общите условия, чрез Специални условия, договаряни между страните и отразявани в Застрахователната полица. Добавъци или приложенията към нея. В тези случаи те променят или допълват въпросните разпоредби на Общите условия.

§ 5. При несъответствие между застрахователния договор и общите условия има сила уговореното в договора.

§ 6. Неразделна част от настоящите Общи условия са следните Приложения:

№1. Специални условия по СЕКЦИЯ I: Групова

застраховка злополука

№2. Специални условия по СЕКЦИЯ II: Индивидуална

застраховка злополука

№3. Специални условия по СЕКЦИЯ III: Планинска

застраховка

№4. Специални условия по СЕКЦИЯ IV: Злополука на

учащи и деца от детските градини и ясли

№5. Специални условия по СЕКЦИЯ V: Злополука,

комбинирана с медицински разноси в чужбина

№6. Специални условия по СЕКЦИЯ VI: Злополука на

туристи и гости при престоя им в туристически обекти

№7. Специални условия по СЕКЦИЯ VII: Злополука на

кредитополучател

№8. Специални условия по СЕКЦИЯ VIII: Злополука

на спортисти

№9. Специални условия по СЕКЦИЯ IX: Злополука,

комбинирана с медицински разноси за чуждестранни

граждани пребиваващи краткосрочно, пътуващи или

транзитно преминаващи през територията на Република

България.

§ 7. Настоящите Общи условия са приети с Решение на Съвета на директорите от 14.06.2013г. и влизат в сила на 07.08.2013 г.

ВЯРНО С
ОРИГИНАЛА

ПРИЛОЖЕНИЕ №1. СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ПО СЕКЦИЯ I: ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА "ЗЛОПОЛУКА"

1. По тези Специални условия се застраховат физически лица по Групов застрахователен договор, за изброените по-долу рискове за събития, настъпили след началото и преди края на договора.

Покрити рискове и размер на обезщетенията

2. Основно покритие:

2.1. Смърт на Застрахования в резултат на злополука - на законните наследници или посочените ползватели се изплаща договорената застрахователна сума.

2.2. Трайна загуба на трудоспособност в резултат на злополука - на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената трудоспособност, определен от ЗМК на Застрахователя, ТЕЛК или НЕЛК.

2.3. Временна загуба на трудоспособност на Застрахования в резултат на злополука, продължила:

а) от 11 до 20 дни включително - на Застрахования се изплащат до 3% от застрахователната сума, но не повече от 150 BGN за една злополука;

б) от 21 до 30 дни включително - на Застрахования се изплащат до 5% от застрахователната сума, но не повече от 250 BGN за една злополука;

в) от 31 до 40 дни включително - на Застрахования се изплащат до 6% от застрахователната сума, но не повече от 300 BGN за една злополука;

г) от 41 до 60 дни включително - на Застрахования се изплащат до 10% от застрахователната сума, но не повече от 500 BGN за една злополука;

д) от 61 до 90 дни включително - на Застрахования се изплащат до 12% от застрахователната сума, но не повече от 600 BGN за една злополука;

е) над 90 дни - на Застрахования се изплащат до 15% от застрахователната сума, но не повече от 750 BGN за една злополука и общо за всички злополуки настъпили в рамките на една застрахователна година;

2.4. Временна загуба на трудоспособност, настъпила при изпълнение на служебните задължения на Застрахования, в резултат на психични травми или стресови състояния, довели до реактивни психози или страхови неврози, диагностицирани от специализирани психиатрични заведения, вследствие от присъствие при въоръжен грабеж в банковите (фирмените) сгради и вземане на заложенности на служители, както и при употреба на взривни устройства, продължила:

а) от 21 до 60 дни включително - на Застрахования се изплащат до 6% от застрахователната сума, но не повече от 300 BGN.

б) над 60 дни - на Застрахования се изплащат до 10% от застрахователната сума, но не повече от 500 BGN.

3. Разширено покритие /само в комбинация с рисковете от основното покритие/:

3.1. Смърт на Застрахования в резултат на професионално заболяване, регистрирано за първи път през срока на застраховката от комисията по професионални болести - на законните наследници или посочените ползватели се изплаща договорената застрахователна сума.

3.2. Инвалидизиране на Застрахования в резултат на професионално заболяване, регистрирано за първи път през срока на застраховката от комисията по професионални болести - на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената трудоспособност, определен от

комисията по професионални болести или ЗМК на Застрахователя.

3.3. Непрекъснатата временна загуба на трудоспособност на Застрахования в резултат на професионално заболяване, регистрирано за първи път през срока на застраховката от комисията по професионални болести, продължила.

а) от 21 до 40 дни включително - на Застрахования се изплащат еднократно до 5% от застрахователната сума, но не повече от 250 BGN;

б) от 41 до 60 дни включително - на Застрахования се изплащат еднократно до 8% от застрахователната сума, но не повече от 400 BGN;

в) над 60 дни - на Застрахования се изплащат еднократно до 10% от застрахователната сума, но не повече от 500 BGN.

3.4. Обезщетения за инвалидизиране и временна загуба на трудоспособност, в резултат от професионално заболяване, се изплащат един път в рамките на застрахователната година.

4. Застрахователят покрива рисковете довели до настъпване на събитията по т. 2 и т.3 от настоящите Специални условия, в съответствие с чл.23 и чл.17, ал.2 от Общите условия. Изключени рискове от покритието са в съответствие с Раздел III от Глава IV на Общите условия.

5. Допълнително покритие "Медицински разходи и разходи за репатриране" /в съответствие с Раздел II от Глава IV на Общите условия /:

5.1. Разходи за медикаменти - На Застрахования се възстановяват действително извършени от него разходи за медикаменти и консумативи, предписани за лечение на последиците от злополуката, до следните размери:

а) от 75% до 100% от извършените разходи, в зависимост от размера на приложеното самоучастие /от 0% до 25%/ на застрахованото лице, съгласно условията на застрахователния договор;

б) до 10% от застрахователната сума, но не повече от 500 BGN за едно събитие. В случаите, когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;

в) до 30% от застрахователната сума, но не повече от 1500 BGN за всичките събития в рамките на една застрахователна година. В случаите когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие. При краткосрочните застраховки този лимит на отговорност се намалява пропорционално в същото съотношение, както се отнася срокът на застраховката към една година.

5.2. Дневни пари за болничен престой - За всеки ден (минимум 24 часа) болничен престой през срока на застраховката, след третия ден, за лечение на последиците от злополуката, на Застрахования се изплаща дневна сума в размер до 1% от застрахователната сума, но не повече от 50 BGN и до 30 дни за еднократен болничен престой, но не повече от 60 дни общо в рамките на една застрахователна година. При краткосрочните застраховки със срокове до една година лимитите на отговорност за еднократния и общия болничен престой се намаляват пропорционално в същото съотношение, както се отнася срокът на застраховката към една година.

5.3. Разходи за хирургично и болнично лечение в случай на хирургично лечение на последиците от злополуката с болничен престой над три дни през

срока на застраховката, на Застрахования се възстановяват действително извършените разходи за хирургично лечение, както и разходите свързани с болничното обслужване, конкретната диагностика и лечение /спешни лабораторни, рентгенови или скопични изследвания, медицински прегледи, терапевтични и медицински средства за употреба на медицински уреди и др./, до следните размери:

- а) От 15% до 100% от извършените разходи, в зависимост от размера на приложеното самоучастие /от 0% до 25%/ на застрахованото лице, съгласно условията на застрахователния договор;
- б) до 10% от застрахователната сума, но не повече от 500 BGN за едно събитие. В случаите, когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;
- в) до 30% от застрахователната сума, но не повече от 1500 BGN за всичките събития, в рамките на една застрахователна година. В случаите, когато е договорено самоучастие, този лимит се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие. При краткосрочните застраховки този лимит на отговорност се намалява пропорционално в същото съотношение, както се отнася срокът на застраховката към една година.

4. Разходи за репатриране на тленни останки и погребение - на ползващите лица се възстановяват действително извършените разходи за репатрирането на тленните останки, при смърт на застрахованото лице и разходи за погребение до 10 % от договорената застрахователната сума, но не повече от 1000 BGN.

6. Допълнително покритие "Рискове вследствие общо заболяване" /в съответствие с Раздел II от Глава IV на Общите условия/:

6.1. смърт на Застрахования в резултат на заболяване - на законните наследници или посочените ползвачи лица се изплаща договорената застрахователна сума;

6.2. временна загуба на трудоспособност на Застрахования в резултат на едно заболяване започнало през срока на застраховката и продължило над 40 дни до 60 дни вкл. - на Застрахования се изплащат до 4% от договорената застрахователната сума. Ако в резултат на същото заболяване Застрахованият продължи да бъде нетрудоспособен и след този срок, за всеки следващи 30 дни непрекъсната нетрудоспособност му се изплащат 2% от застрахователната сума, но за не повече от 120 дни общо и в размер не надвишаващ 500 BGN

6.3. разходи за медикаменти, вследствие заболяване - на Застрахования се изплащат до 5% от договорената застрахователна сума, но не повече от 150 BGN.

Допълнителни условия

7. Минималната застрахователна премия за една застраховка е 5.00 BGN.

8. Ако по действащ договор допълнително се включват нови застраховани или се увеличава застрахователната сума, то допълнителната застрахователна премия се изчислява пропорционално на месеците, оставащи до края на застраховката. За допълнително застрахованите лица или увеличената застрахователна сума се издава Добавък към застрахователната полица.

9. При груповите застраховки "Злополука", сключени по средносписъчен състав, Застрахователят извършва преизчисление на премията в края на застраховката, при условие че са настъпили промени в състава на работещите в рамките на 10%. Когато изменението е

по-голямо, Застрахованият /Договорителят/ е длъжен писмено да предложи на Застрахователя преизчисляване. Ако Застрахованият /Договорителят/ не стори това, се прилагат разпоредбите за умишлено укриване на съществени обстоятелства по Общите условия.

10. Тези специални условия са неразделна част от Общите условия за застраховка "Злополука" и са приложими само заедно с тях и като част от валидна застрахователна полица. За всички неуредени въпроси в тези специални условия се прилагат Общите условия по застраховка "Злополука".

АРНО С
АГЕНАЛА