

ДОГОВОР N 6764

Застраховки „Трудова злополука“ и групова рискова застраховка „Живот“

Настоящият договор се сключи в гр. София на 01.10.2015 год. на основание Решение ДР 560/10.09.15 г. на Възложителя за избор на изпълнител на обществена поръчка с № ТТ001411 между:

„СОФИЙСКА ВОДА“ АД, рег. в Търговския регистър към Агенцията по вписванията, ЕИК №130175000, седалище и адрес на управление: град София 1766, район Младост, ж.к. Младост IV, ул. "Бизнес парк" №1, сграда 2А, представлявано от Бруно Даниел Пол Рош в качеството му на Изпълнителен Директор, наричано за краткост в този договор **Възложител**;

и

Консорциум за застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“ за нуждите на „Софийска вода“ АД, ЕИК по Булстат 175929873, между „Застрахователна компания „Лев Инс“ АД (лидер – водещ член), ЕИК 121130788 и „Животозастрахователен институт“ АД, ЕИК 175010739, представляван от Кирил Василев – Изпълнителен директор на „Животозастрахователен институт“ АД и упълномощен представител за обособена позиция 1, наричано за краткост в този договор **Изпълнител**.

Възложителят възлага, а Изпълнителят приема и се задължава да извършва услугите, предмет на **Обособена позиция 1**: Застраховки „Трудова злополука“ и групова рискова застраховка „Живот“ от обществената поръчка за: „Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“ с №ТТ001411 съгласно одобрено от Възложителя предложение на Изпълнителя по процедурата, което е неразделна част от настоящия Договор.

Възложителят и Изпълнителят се договориха за следното:

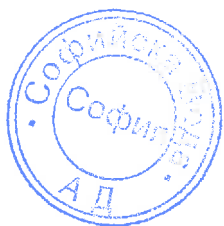
1. В този Договор думите и изразите трябва да имат същите значения, както са посочени съответно в условията на документацията за участие в обществена поръчка с №ТТ001411, към която се реферира.
2. Следните документи трябва да съставят, да се четат и да се тълкуват като част от настоящия Договор:
 - Раздел А: Техническо задание – предмет на договора, включително техническо предложение;
 - Раздел Б: Цени и данни;
 - Раздел В: Специфични условия на договора;
 - Раздел Г: Застрахователна полица, анекси към застрахователната полицата, специфични условия и общи условия към съответните видове застраховки;
3. В случай на несъответствие между посочените по-горе части на договора, при тълкуване имат предимство в посочения по-горе ред - Договор, Раздел А - Техническо задание – предмет на договора, Раздел Б, Раздел В, и Раздел Г.
4. Изпълнителят приема и се задължава да извършва услугите, предмет на настоящия договор, в съответствие с изискванията на договора.
5. В съответствие с качеството на извършваните услуги Възложителят се задължава да заплаща на Изпълнителя договорната цена по времето и начина, посочени в Раздел Б: Цени и данни.



6. Договорът влиза в сила от датата на подписването му и срокът му е както следва:
- 6.1. **За обособена позиция 1** срокът на договора е 18 месеца, считано от 30.09.2015 г. В случай, че договорът е подписан след 30.09.2015 г., срокът му е до 31.03.2017 г., считано от датата на подписването му.
7. При заявяване от Възложителя, Изпълнителят ще издава едногодишни застрахователни полици или с друг период на валидност при условията на настоящия договор, като периода на всяка полица ще бъде предварително писмено заявен от Възложителя.
8. Максималната (прогнозна) стойност на договора е в размер на:
- 8.1. **За обособена позиция 1** – обявената прогнозна стойност на обособената позиция – 30 000 лв.
9. **Изпълнителят** е внесъл гаранция за изпълнение на настоящия Договор съгласно чл.59, ал.1 от ЗОП в размер на 1500 лв., което се равнява на 5 % от максималната стойност на договора за тази позиция. Гаранцията за изпълнение на договора е с валидност срока на Договора.
10. В случай, че изпълнителят е обявил в офертата си ползването на подизпълнители, изпълнителят е длъжен да сключи договор за подизпълнение, както и да предоставя на Възложителя информация за плащанията по договорите за подизпълнение.
11. **Контролиращ служител по договора**, определен от Възложителя, който действа от името на Възложителя и като представител на Възложителя за целите на този договор е Момчил Тодоров, Директор „Вътрешен одит, контрол на качеството и управление на риска“.

Настоящият Договор се сключи в два еднообразни екземпляра, по един за всяка от страните, въз основа и в съответствие с българското право.

/...../
Бруно Рош
„Софийска вода“ АД
ВЪЗЛОЖИТЕЛ



/...../
Консорциум за застраховане
ИЗПЪЛНИТЕЛ



М. LAZAROVA 09.09.15
Процедура Т001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групов риск
застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Договор

РАЗДЕЛ А: ТЕХНИЧЕСКО ЗАДАНИЕ – ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА



ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА ЗА УСЛУГИ:

1. Предмет на предоставяните услуги е застраховки общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“, по обособената позиция, за които е сключен договора:

1.1. Обособена позиция 1: Застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“;

2. **Първа обособена позиция: Застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“:**

2.1. Изпълнителят издава отделни полици за всеки вид застраховка: групова рискова застраховка „Живот“ и „Трудова злополука“.

2.2. По обособената позиция са посочени минималните проценти на застрахователното покритие и минималното количество застрахователни рискове, за които следва да се осигури покритие. Изпълнителят прилага по-високи нива на покритие и допълнителни застрахователни рискове, в случай че е оферирал такива в офертата си за участие в процедурата за обществена поръчка.

2.3. Изпълнителят трябва да осигурява 24 часово (денонощно) покритие на застрахованите рискове по групова рискова застраховка „Живот“, включително покритие както за трудова, така и за нетрудова злополука.

2.4. Изпълнителят изплаща застрахователното обезщетение на застрахованото лице по посочените застраховани рискове при представянето на минимално необходимите за доказване на здравословно състояние първични медицински документи, които са приложими като болничен лист, епикриза (или амбулаторен лист), експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК.

2.5. Изпълнителят дължи изплащане на застрахователното обезщетение в срок съгласно Общите условия по застраховката, но не по-дълъг от четиринадесет дни от представянето на необходимите документи.

2.6. При всяко изплащане на обезщетение Изпълнителят се задължава да уведомява Възложителя писмено в рамките на до 2 работни дни от превеждане на сумата, а в случай на отказ Изпълнителят се задължава да изпрати писмен отговор за основанието на отказа, освен до ползващото се лице, и до Възложителя в рамките на срока за изплащане на обезщетение.

2.7. Задължителната застраховка за риск „Трудова злополука“ се осигурява съгласно изискванията по Наредбата за задължително застраховане на работниците и служителите за риск „Трудова злополука“ (обн. в ДВ бр. 15 от 17.02.2006 г., изм. и доп.).

2.8. Изпълнителят се задължава при поискване от Възложителя да застрахова чрез отделна групова застраховка „Живот“ при условията на настоящия договор служителите на дъщерното дружество на „Софийска вода“ АД „Уотър Индъстри Съпорт енд Едюкейшън“ ЕООД (с приблизителен списъчен състав 20 души), за което се издава отделна полица в полза на „Уотър Индъстри Съпорт енд Едюкейшън“ ЕООД.



2.9. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ТАБЛИЦА ЗА ГРУПОВА РИСКОВА ЗАСТРАХОВКА "ЖИВОТ"

2.9.1. Лимит в агрегат за едно събитие: 50 000 лева за риск „Смърт от злополука или заболяване“.

2.9.2. Лимит за всеки застрахован: съгласно Таблица 3 „Таблица на платимите суми“.

2.9.3. Застраховани лица: 1150 лица приблизителен брой.

2.9.4. Период на покритие на застраховката – 24 часа в денонощието, до 365 дни.

2.9.5. Териториална валидност: Република България.

2.10. ЗАСТРАХОВАНА СУМА ЗА ВСЯКО ПОКРИТИЕ

2.9.1. Стойностите, указани в таблицата по-долу, представляват максималните Застраховани суми за всяко едно лице за указаното покритие при посочената териториална валидност и сроковете, условията на Полицията и на ограниченията, отбелязани във всеки раздел, посочен в точка „Таблицы на платимите суми“.

2.9.2. Самоучастие няма да се прилага.

2.10. ТАБЛИЦИ НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ

2.10.1. ТАБЛИЦА № 1 НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ЛИМИТИ

Покрити рискове	Застрахована сума (лева)
Смърт от злополука или заболяване	5 000
Пълна трайна неработоспособност от злополука или заболяване	5 000
Частична трайна неработоспособност от злополука или заболяване	2 000
Временна загуба на работоспособност от злополука или заболяване от 6-тия до 90-тия ден	5 лв. на ден
Дневни пари за болничен престой от злополука или заболяване от 1-вия до 30-тия ден	5 лв. на ден
Счупени кости	1 000
Изгаряния	500
Оперативна намеса в болнично заведение, вследствие злополука или заболяване	2 000

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групов риск, застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имуществен“
Раздел А

2.10.2. ТАБЛИЦА № 2 НА МИНИМАЛНИТЕ ПЛАТИМИ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ

Описание ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
Пълна загуба на зрението на двете очи	100%
Пълно неизлично психическо разстройство	100%
Цялостна загуба на двете ръце или на двете ръце от китките надолу	100%
Пълна глухота на двете уши, от травматичен произход	100%
Отстраняване на долната челюст	100%
Пълна загуба на говора	100%
Пълна загуба на една цяла ръка и един цял крак	100%
Пълна загуба на цяла ръка и едно ходило	100%
Пълна загуба на ръката до китката и едно ходило	100%
Пълна загуба на ръката от китката и един цял крак	100%
Пълна загуба на двата цели крака	100%
Пълна загуба на двете стъпала	100%
Загуба на костно вещество на черепа в цялата негова дебелина:	
- с повърхност от 6 кв. см. минимум	40%
- с повърхност от 3 до 6 кв. см.	20%
- с повърхност по-малко от 3 см.	10%
Частично отстраняване на долната челюст, изпъкналата ѝ част изцяло или половината от челюстната кост	40%
Пълна загуба на едно око	40%
Пълна глухота на една ухо	30%

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



Описание ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума	
	ДЯСНО	ЛЯВО
Загуба на една цяла ръка или ръката от китката надолу	60%	50%
Значителна загуба на костно вещество на цялата ръка (крайно и неизлично поражение)	50%	40%
Цялостна парализа на горния крайник (неизлично поражение на нервите)	65%	55%
Цялостна парализа на циркунфлексен нерв	20%	15%
Раменна анкилоза	40%	30%
Лакътна анкилоза в определено място (15 градуса отклонение на правия ъгъл)	25%	20%
Лакътна анкилоза в благоприятно положение състояние	40%	35%
Обширна загуба на костното вещество на двете кости на предмишницата (крайно и неизлично поражение)	40%	30%
Цялостна парализа на медиания нерв	45%	35%
Цялостна парализа на радиалния нерв при торзионно ложе	40%	35%
Цялостна парализа на радиалния нерв по предмишни	30%	25%
Цялостна парализа на радиалния нерв на ръката	20%	15%
Цялостна парализа на улнарен нерв	30%	25%
Анкилоза на китката на ръката в благоприятна позиция (изправена и завъртяна навътре)	20%	15%
Анкилоза на китката на ръката в неблагоприятна позиция (флексия или обтегната разгъната или завъртяна навън)	30%	25%
Пълна загуба на палеца	20%	15%

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, „Групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имуществено“
Раздел А



Описание ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума	
Частична загуба на палеца (нокътна фаланга)	10%	5%
Пълна анкилоза на палеца	20%	15%
Цялостна ампутация на показалеца	15%	10%
Пълна загуба на двете фаланги на показалеца	10%	8%
Пълна загуба на нокътна фаланга на показалеца	5%	3%
Едновременна ампутация на палеца и показалеца	35%	25%
Пълна загуба на палеца и пръст различен от показалеца	25%	20%
Пълна загуба на два пръста различни от палеца и показалеца	12%	8%
Пълна загуба на три пръста различни от палеца и показалеца	20%	15%
Пълна загуба на четири пръста включително на палеца	45%	40%
Пълна загуба на четири пръста с изключение на палеца	40%	35%
Пълна загуба на средния пръст	10%	8%
Пълна загуба на пръст различен от палеца, показалеца и средния пръст	7%	3%
Пълна загуба на бедро (горната половина)	60%	
Пълна загуба на бедро (долната половина) и подбедрица	50%	
Пълна загуба на ходилото (тибио-тарзално раздробяване)	45%	
Частична загуба на ходилото (раздробяване на костта под глезена)	40%	
Частична загуба на ходилото (раздробяване на средната част на тарзалната кост)	35%	
Частична загуба на ходилото (раздробяване	30%	

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



<p style="text-align: center;">Описание</p> <p style="text-align: center;">ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ</p>	<p style="text-align: center;">Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума</p>
на тарсалната и мета тарсалната кост)	
Цялостна парализа на долния крайник (неизлечимо поражение на нерва)	60%
Пълна парализа на повърхностния задколенен седалищен нерв	30%
Пълна парализа на вътрешния задколенен седалищен нерв	20%
Пълна парализа на двата нерва (задколенен седалищен повърхностен и външен)	40%
Анкилоза на бедрото таза	40%
Анкилоза на коляното	20%
Загуба на костното вещество от бедрото или от двете кости на подбедрицата (нелечимо състояние)	60%
Загуба на костно вещество на капачето на коляното със значително отделяне на фрагментите и значително затрудняване на движенията при протягане на крака	40%
Загуба на костно вещество на капачето на коляното, при запазени движения	20%
Скъсяване на долния крайник с минимум 5 см.	30%
Скъсяване на долния крайник от 3 до 5 см.	20%
Скъсяване на долния крайник от 1 до 3 см.	10%
Цялостна ампутация на всичките пръсти на крака	25%
Ампутация на четири пръста на крака, включително големия пръст	20%
Цялостна загуба на четири пръста на крака	10%
Цялостна загуба на големия пръст на крака	10%
Цялостна загуба на два пръста на крака	5%

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



Описание	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ	
Ампутация на един пръст на крака, различен от големия пръст на крака	3%

За всяка трайна загуба на трудоспособност, която не е упомената по-горе, ще бъде изплатена сума съобразно решението на Изпълнителя, вземайки под внимание естеството на нараняването в съответствие с определения процент за изплащане на сума за по-специфичните наранявания, посочени в Таблиците на платимите суми.

2.10.3. Раздел 1. ВРЕМЕННА ЗАГУБА НА ТРУДОСПОСОБНОСТ

Ако през Периода на застраховане Застрахованото лице получи Телесно нараняване, което пряко и независимо от други причини доведе до Временна загуба на трудоспособност (започнала през Периода на застраховане), Изпълнителят заплаща на Застрахованото лице сумата, описана в Застрахователна таблица № 1 по-горе.

2.10.4. Раздел 2. СЧУПЕНИ КОСТИ

Ако през Периода на застраховката Застрахованото лице получи Телесно нараняване, което пряко и независимо от други причини доведе до счупване на кост съгласно описанието в този Раздел, Изпълнителят заплаща на Застрахованото лице сума, описана в Полицата, най-много до Общата Застрахована сума в Застрахователната таблица.

Таблица № 3 на Минималните платими суми

	Фрактура Таблица № 3 на Платимите суми	Процент от Застрахованата Сума
1.	Фрактури на ханш или таз (с изключение на бедрена кост или опашна кост: а) Множество фрактури (минимум една сложна съчетана фрактура с отворена рана) б) Всички други , съчетани фрактури в) Множество фрактури минимум една пълна фрактура г) Всички други фрактури	 100 50 30 20
2.	Фрактура на бедрена кост или пета: а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	 50

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Фрактура Таблица № 3 на Платимите суми	Процент от Застрахованата Сума
	б) Всички други сложни фрактури	40
	в) Множество фрактури, минимум една пълна фрактура	30
	г) Всички други фрактури	20
3.	Фрактура на Долната Част на Крака, Ключица, Глезен, Лакът, Мишница и предмишница (включително китката, но с изключение на Счупване на радиус на типично място :	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	40
	б) Всички други сложна фрактури	30
	в) Множество фрактури минимум една пълна фрактура	20
	г) Всички други фрактури	12
4.	Фрактури на Долната Челюст:	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	30
	б) Всички други сложни фрактури	20
	в) Множество фрактури минимум една съставна фрактура	16
	г) Всички други фрактури	8
5.	Фрактури на Раменна Лопатка, Капачка на коляно, Гръдна кост, ръка от китката надолу (с изключение на пръсти и китка), Крак от глезена надолу (с изключение на пръсти и пета):	
	а) Всички други сложни фрактури	20
	б) Всички други фрактури	10
6.	Фрактура на кулей:	
	а) Сложна	20
	б) Друга	10
7.	Фрактури на Гръбначен Стълб (Прешлени,	

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Фрактура Таблица № 3 на Платимите суми	Процент от Застрахованата Сума
	<i>но с изключение на опашната кост):</i>	
	а) Компресионна Фрактура	20
	б) Спинални и напречни израстаци.	20
	в) Всички други прешленни фрактури	10
8.	Фрактури на Ребро или Ребра, Скула, Опашната Кост, Долната част на Челюстта Горната челюст, Нос, Пръст или пръсти на крака, пръст или пръсти на ръката:	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	
	б) Всички други съчетани фрактури	16
	в) Множество фрактури минимум една сложна фрактура	12
		8
	г) Всички други фрактури	4

2.10.5. Раздел 3. ИЗГАРЯНИЯ

Ако през Периода на застраховане, Застрахованото лице получи Телесно нараняване, което пряко и независимо от други причини доведе до изгаряне втора или трета степен, Изпълнителят заплаща на Застрахованото лице компенсация, описана в Таблицата на платимите суми в размер до Общата Застрахована сума в Застрахователната таблица.

Таблица № 3а на Минималните платими суми

Описание	Процент
Втора или трета степен изгаряния на 27% от кожата или повече	100%
Втора или трета степен изгаряния от 18% или повече, но по-малко от 27% от кожата	60%
Втора или трета степен изгаряния от 9% или повече, но по-малко от 18% от кожата	30%
Втора или трета степен изгаряния от 4.50% или повече, но по-малко от 9% от кожата	16%

2.10.6. Раздел 4. СУМА ЗА ХИРУРГИЧЕСКА НАМЕСА ПРИ ХОСПИТАЛИЗИРАНЕ

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имушество“
Раздел А



Ако в резултат на Телесно Нараняване или Болест, Застрахованото Лице е хоспитализирано в болница като пациент на легло и има насрочена хирургическа намеса, която да се извърши от Лекар, Изпълнителят се съгласява да заплати сума за хирургическа намеса, равна на сумата, която е изчислена, съгласно процента посочен за тази процедура в Таблицата на платимите суми до максималната Застрахована Сума, обявена в Застрахователната таблица.

Специфични Условия:

Ако се извърши повече от една хирургическа процедура по време на една и съща оперативна намеса платимата сума за всички извършени процедури ще бъде сумата отговаряща на процедурата, имаща най-голям процент.

Всяка хирургическа намеса, неописана в Покритията по Таблицата на платимите суми се компенсира според свободното усмотрение на Изпълнителя, вземайки пред вид естеството на хирургическата процедура в съответствие с описаните проценти на компенсация за по-специфични хирургически процедури, описани в Таблицата на платимите суми.

ТАБЛИЦА № 4 НА МИНИМАЛНИТЕ ПЛАТИМИ СУМИ

	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	КОРЕМНА ОБЛАСТ Две или повече хирургически процедури извършени през един и същ коремен разрез ще бъдат считани за една операция	
а)	Апендектомия	50
б)	ресекция на черво	70
в)	ресекция на стомах	70
г)	гастро-ентеростомия	60
д)	Отстраняване на жлъчния мехур	70
е)	Лапаротомия за диагностика или предназначено лечение или отстраняване на един или повече органи, ако това не е предвидено	50
ж)	Лапароскопия за диагностика или предназначено лечение	50
	АБЦЕСИ	
а)	разрез на повърхностен абцес, цирей един или	50

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	повече	
б)	лечение на карбункул или абцес изискващ хоспитализация, един или повече	10
	АМПУТАЦИЯ НА	
а)	на един пръст на ръката или на един пръст на крака	10
б)	цялата ръка от китката надолу, ръката от лакътя до китката или ходилото до глезена на крака	20
в)	цял крак, цала ръка или бедро	40
г)	бедро до ханша	70
	ГЪРДИ	
а)	Мастектомия на една или две, основна с ресекция в подмишнична ямка	70
б)	Мастектомия на една или две, частична	40
	ГРЪДЕН КОШ	
а)	пълна торакопластия	100
б)	отстраняване на бял дроб или част от бял дроб	70
в)	торакоскопия за диагностика или предназначено лечение	20
г)	бронхоскопия - диагностика	10
д)	бронхоскопия - оперативна, изключваща биопсия	20
е)	сърдечна хирургия включваща вулвуларното заместване	100
ж)	сърдечна хирургия включваща бай пасна хирургия	75
з)	сърдечна хирургия включваща ангиопластика	50

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групов риск застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имуществено“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	УХО	
а)	миринготомия	5
б)	мастодектомия - основна - една страна	50
в)	мастодектомия - основна - двете страни	60
г)	надупченост, една или две страни	100
	ХРАНОПОВОД	
а)	операция за структура	40
б)	гастроскопия	10
	ОКО	
а)	отделена ретина - многократно съединяване	100
б)	перде на очите	50
в)	Глаукома	30
г)	отстраняване на очната ябълка	30
д)	отстраняване на птеригиум	20
е)	разрез на ечемик или чалазион	5
	ФРАКТУРИ обикновено лечение	
	<ul style="list-style-type: none"> За множество фрактури обезщетението се увеличава с 50% но не може да надхвърли Застрахованата сума от Регистъра. За фрактури, изискващи открита операция, включваща присаждане или съединяване на кост, обезщетението се увеличава със 100%, без да надхвърля максималната Застрахована сума от Регистъра. 	
а)	ключица, раменна плешка, или ръка от лакътя до китката, цяла кост	15
б)	опашна кост, глезени, кости на стъпалото или табанна кост	10

Процедура ПТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имуществе“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
в)	Бедро	40
г)	горна част на ръката или крака	25
д)	Пръсти на ръцете или краката – за всеки, или ребро	5
е)	ръка от лакътя до китката - две кости, капачка на коляно, или таз не изискващ издърпване	20
ж)	цял крак, две кости	30
з)	челюст, долна	20
и)	кости на китката, средни кости на китката, нос, ребра (две или повече) или гръдна кост	10
й)	таз изискващ екстензия	30
к)	гръбначен прешлен, напречни процеси, за всеки един	5
л)	Гръбначен прешлен, фрактура от натиск, един или повече	40
м)	китка на ръката	10
	ПОЛОВИ ОРГАНИ - ПИКОЧНА СИСТЕМА	
а)	Отстраняване на бъбрек	70
б)	Закрепване на бъбрек	70
в)	лапаротомия за диагностика или предназначено лечение на тумори или камъни в бъбреците, пикочен канал, плешка чрез Инвазивна Хирургия лапаротомия за диагностични или лечебни цели на тумори или камъни в бъбреците, пикочния канал или пикочния мехур чрез Инвазивна Хирургия	60
г)	лапаротомия за диагностика или предназначено лечение или отстраняване на тумори или камъни в бъбрека, пикочния канал, плешка чрез облъчване, ендоскопични	

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово, рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	средства или литотрипсия лапаротомия за диагностични или лечебни цели или отстраняване на тумори или камъни от бъбреците, пикочния канал или пикочния мехур чрез катетъризация, ендоскопски средства или литотрипсия	20
д)	структура на пикочния канал - външна операция стеснение на пикочния канал – открита операция	30
е)	вътрешна интервенция пикочен канал чрез Инвазивна Хирургия	15
ж)	цялостно отстраняване на простатата чрез външна отворена операция - пълна процедура	70
з)	частично отстраняване на простатната жлеза - чрез ендоскопични средства	25
и)	отстраняване на простатната жлеза чрез друга режеща операция	50
й)	оркидектомия или епидимектомия	25
к)	хидроцели или варикоцели	10
л)	отстраняване на фиброзни тумори, без абдоминален досъп	20
	ЩИТОВИДНА ЖЛЕЗА	
а)	частично или пълно отстраняване на щитовидната жлеза, включително всички фази на оперативните процедури	70
	ХЕРНИЯ	
а)	Инвазивна Хирургия - единична херния	20
б)	Инвазивна Хирургия - двойна херния	25

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово-рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
в)	Основна операция, включително лечение с вливане на кръв за лечение на единична херния Радикална операция, включваща инфузионно третиране за лечение на единична херния	40
г)	Основна операция, включително лечение с вливане на кръв за лечение на единична херния Радикална операция, включваща инфузионно третиране за лечение на двойна херния	50
	СТАВИ И ИЗКЪЛЧВАНЕ За изкълчвания изискващи външна операция обещетението нараства до 100%, но няма да превиши максималната Застрахована Сума в Списъка. За изкълчвания, изискващи открита операция, обезщетението се увеличава със 100%, без да надвишава максималната Застрахована сума от Регистъра.	
а)	разрез в ставата за заболяване или неразположение, с изключение на същата по друг начин придвидена и изключваща правенето на пункция разрез в ставата за заболяване или смущение, освен предвидените тук и без пункции	15
б)	артоскопия на рамото, лакът, бедро или колянна става, изключваща правенето на пункция	40
в)	изрязване, външно фиксиране, разделяне или артопластия върху рамо, бедро или гръб	75
г)	изрязване, външно фиксиране, разделяне или артопластия върху коляно, лакът, китка или глезен	35
д)	изкълчване на пръстите на ръцете или краката, всеки един	5

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
е)	изкълчване на рамо или лакът, китка или глезен	15
ж)	изкълчване на долна челюст	5
з)	изкълчване на бедро или коляно, с изключение капачка на коляно	20
и)	изкълчване на капачка на коляно	5
	НОС	
а)	интраназална синусова операция интраназална операция на синусите	15
б)	екстра назална синусова операция ектраназална операция на синусите	35
в)	полипи, отстраняване на един или повече	5
г)	ресекция на сублигавицата	25
д)	Турбинектомия	10
	ПАРАЦЕНТЕЗИС пункция на	
а)	коремна област	10
б)	гръден кош или мехур, с изключение на катетеризация	5
в)	ушно тъпанче, хидроцела, стави или гръб гръбнак	5
	ДЕБЕЛО ЧЕРВО РЕКТУМ И РЕКТОСКОПИЯ	
а)	основна ресекция за злокачествен, цяла фаза включително колостомия	100
б)	хемороиди, само външни, отрязване - пълни процедури	10
в)	хемороиди вътрешни или вътрешни и външни, включително смъкване изпадане на дебелото черво, всичко за изрязване или пълно	

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групов риск застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имуществен Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	инжекционно лечение	20
г)	фистула в ануса	15
д)	цепка в ануса	5
е)	ректоскопия с или без биопсия	10
ж)	колоноскопия с или без биопсия	15
з)	други режещи операции на дебелото черво	20
	ЧЕРЕП	
а)	краниотомия за спешно отстраняване на хематом	100
б)	краниотомия включваща съдова хирургия	75
в)	краниотомия за отстраняване на тумори	75
	ГЪРЛО	
а)	тонсилектомия или тонзилектомия и аденоидектомия за деца от 15 годишна възраст нагоре или повече	15
б)	тонсилектомия или тонзилектомия и аденоидектомия за деца под 15 годишна възраст	10
в)	използване на ларингоскоп за диагноза	5
	ТУМОРИ - хирургическо отстраняване на	
а)	злокачествени тумори с изключение на тези на лигавицата, кожата и подкожната тъкан	50
б)	злокачествени тумори на лигавицата, кожата и подкожната тъкан	25
в)	пилонидален синус или киста - режеща операция	25
г)	доброкачествени тумори на тестиса или гърдата	20

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
д)	Ганглий	5
е)	доброкачествени тумори, един или повече с изключение на други предвидени тук	10
ж)	варикоза - пълна процедура на всички вени или при режеща операция или чрез инжекционно лечение - един цял крак	20
з)	варикоза - пълна процедура на всички вени или режеща операция или инжекционно лечение - два цели крака	30

При телесно нараняване, нефигуриращо в Таблиците на платимите суми, Изпълнителят определя процент на застрахователна сума, като го приравнява съобразно тежестта му към някоя от посочените позиции.

2.11. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ТАБЛИЦА ЗА ЗАДЪЛЖИТЕЛНА ЗАСТРАХОВКА ЗА РИСК „ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА“

2.11.1. Лимит в агрегат за едно събитие: равен на застрахователната сума с ориентировъчен размер: 75-80 млн. лева приблизително. Точният размер следва да се определи към момента на сключване на застрахователната полица.

2.11.2. Лимит за всеки застрахован: съгласно Таблица 5 „ПОКРИТИЕ СЪГЛАСНО ЧЛ. 55 АЛ. 1 И 2 ОТ КОДЕКСА ЗА СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ.

2.11.3. Застраховани лица: ориентировъчен брой на служителите – 800 лица приблизително. Точният брой следва да се определи по списък към момента на сключване на застрахователната полица.

2.11.4. Време на действие – покритие в работно време, включително основното място на живеене или до друго допълнително място на живеене с постоянен характер; мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден; мястото за получаване на възнаграждение.

2.11.5. Териториална валидност: Цял свят.

2.11.6. Тази застрахователна полица е сключена в съответствие с изискванията на Наредбата за задължително застраховане на работниците и служителите за риск „трудова злополука“, обн. ДВ, бр.15 от 17.02.2006 г.

Стойностите, указани в таблицата по-долу, представляват Застрахованите суми за всяко едно лице за указаното покритие при посочената териториална валидност и сроковете.

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имуществено“
Раздел А



ТАБЛИЦА № 5 ПОКРИТИЕ СЪГЛАСНО ЧЛ. 55 АЛ. 1 И 2 ОТ КОДЕКСА ЗА СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ.

Покрити рискове	Лимити на обезщетения в лева
Смърт от злополука	7 годишни брутни трудови възнаграждения
Трайна загуба на трудоспособност от злополука	7 годишни брутни трудови възнаграждения
Временна загуба на трудоспособност от злополука	<ul style="list-style-type: none"> - Над 10 до 30 календарни дни – 3% от месечното брутно трудово възнаграждение - Над 30 до 60 календарни дни – 5% от месечното брутно трудово възнаграждение - Над 60 до 120 календарни дни – 7% от месечното брутно трудово възнаграждение - Над 121 календарни дни – 10% от месечното брутно трудово възнаграждение

3. Втора обособена позиция: Застраховка „Отговорност на ръководители“.

3.1. Застраховката следва да покрива стандартните рискове, които се предвиждат по застраховка на отговорности на директори и членове на ръководни органи на дружества, съгласно условия, одобрени от Комисията за финансов надзор в България, вкл. глоби и парични санкции, налагани от държавни административни органи и институции

3.2. Договорител по застраховката е „Софийска вода“ АД. Застраховани лица ще бъдат физическите лица в качеството им на служебни лица, заемащи посочените по-долу позиции в „Софийска вода“ АД, със съответни застрахователни лимити, като следва:

No	Позиция	брой служители на съответната позиция
1	Изпълнителен директор	2 души
2	Директор „Инженерни и строителни дейности“	1 човек
3	Директор „Експлоатация и поддръжка“	1 човек
4	Финансов директор	1 човек
5	Директор „Логистика и снабдяване“	1 човек
6	Старши специалист „Снабдяване“	8 души

3.2.1. Застрахователен лимит за едно застрахователно събитие: 25 000 лв.

3.2.2. Застрахователна сума в агрегат за едногодишна полица: 100 000 лв.

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рискова застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А



3.2.3. Самоучастие се прилага само в случай, че в офертата си за участие в процедурата за възлагане на обществена поръчка Изпълнителят е поискал такова съгласно обявените условия на процедурата. Самоучастието ще бъде съгласно посоченото в офертата на изпълнителя, като не може да превишава 150 лв.

3.2.4. Застраховани по договора са всички лица, заемащи посочените по-горе длъжности, както и други лица, които бъдат назначени през периода на полицата на длъжност като представляващи Възложителя. За новоназначените лица покритието е автоматично и ако е в рамките на лимита по договора, не се дължи допълнителна премия.

3.2.5. Застраховката следва да покрива всички искове/претенции, предявени през периода на полицата, включително ако произтичат от събития, настъпили преди нейната начална дата и (ретроактивно действие не по-малко от 2 г поради това, че полицата се поддържа от Застрахователя от 13.07.2009 г.

4. Трета обособена позиция -Застраховка „Отговорност към трети лица“:

4.1. Застраховка „Отговорност към трети лица“ за дейността по предоставяне на платени услуги от отдел „Нерегулирани водомерни услуги“.

4.2. Застраховката покрива и правните разноски в рамките на договорения лимит на отговорност.

4.3. Застрахователен лимит за всяко събитие 20 000 лв. и в годишен агрегат: 200 000 лева.

4.4. Самоучастие се прилага само в случай, че в офертата си за участие в процедурата за възлагане на обществена поръчка Изпълнителят е поискал такова съгласно обявените условия на процедурата. Самоучастието ще бъде съгласно посоченото в офертата на изпълнителя, като не може да превишава 150 лв.

5. Четвърта обособена позиция: Застраховка „Имущество“ (вкл. риск „кражба“ и „грабеж“) на ИТ оборудване (таблети), материали и оборудване в автомобили, преносим ултразвуков дебитомер, с аксесоари и комплект трансдюсери:

5.1. Застраховката трябва да осигурява 24 часово покритие за материални щети, включително загуба при кражба или грабеж, на следните групи имущество и оборудване по списък на Възложителя:

5.1.1. ИТ оборудване – таблети (по списък);

5.1.2. Материали и оборудване в автомобили на отдел „Нерегулирани водомерни услуги“: водомери, инструменти и оборудване, превозвани в автомобили (7 автомобила към момента).

5.1.3. Преносим ултразвуков дебитомер, с аксесоари и комплект трансдюсери.

5.2. Прогнозни застрахователни суми:

описание	Прогнозна средногодишна застрахователна сума в лева

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групова рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“
Раздел А

а. ИТ оборудване – таблети (по списък)	30 000 лв.
б. водомери, инструменти и оборудване, превозвани в автомобили, (по списък)	28 000 лв.
с. преносим ултразвуков дебитомер, с аксесоари и комплект трансдюсери	14 300 лв.

5.3. Възложителят си запазва правото на промени в списъците, да като добавя или изважда имущество и оборудване, съответно, и да променя застрахователните суми. Полиците се издават при условията на настоящия договор въз основа на актуалните списъци и застрахователни суми, подадени от възложителя към момента на издаване, като премиите се изчисляват чрез прилагане на офериранияте в Ценовата таблица тарифни числа.

5.4. Изпълнителят издава обща или отделни застрахователни полици за групите застраховки, предмет на настоящата обособена позиция, в зависимост от искането на Възложителя.

6. Брокер и брокерско възнаграждение

След сключването на договор по всяка обособена позиция от процедурата за обществена поръчка Възложителят ще ползва услугите на застрахователния брокер Марш ЕООД, ЕИК 130404971.

7. Застрахователните полици трябва да се представят на български език.



ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Процедура № ТТ001411

Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, груповая рисковая застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“

ЗА ОБОСОБЕНА ПОЗИЦИЯ №1: Застраховки „Трудова злополука“ и груповая рисковая застраховка „Живот“

„Животозастрахователен институт“ АД на основание Общи условия по застраховки „Злополука“ и Общи условия по застраховки „Заболяване“, одобрени от Комисията за финансов надзор, се задължава да издаде отделни полици за всеки вид застраховка-груповая рисковая застраховка „Живот“ по условията на застраховки „Злополука“ и застраховки „Заболяване“ и „Трудова злополука“ по условията на застраховки „Злополука“.

I. ГРУПОВА РИСКОВА ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ“ ПО УСЛОВИЯТА НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА“ И „ЗАБОЛЯВАНЕ“

„Животозастрахователен институт“ АД се задължава да осигури 24 часово(денонощно) покритие на застрахованите рискове по тази застраховка, до 365 дни.

1. Име на Притежателя на Полицата: „Софийска вода“ АД
2. Адрес: гр. София 1766, район „Младост“, ж.к. „Младост IV“, ул. „Бизнес парк“ № 1, сграда 2А.
3. Срокът на договора е според техническо задание на възложителя
4. Лимит в агрегат за едно събитие: 50 000 лева за риск „Смърт от злополука или заболяване“.
5. Лимит за всеки застрахован: съгласно т. 2.10. „Таблицы на платимите суми“, а именно:
 - 2.10.1. „Таблица № 1 на застрахователните лимити“;
 - 2.10.2. „Таблица №2 на минималните платими суми при частична или трайна неработоспособност“;
 - 2.10.4. „Таблица 3“ - фрактура
 - 2.10.5. „Таблица 3а“ - изгаряния
 - 2.10.6. „Таблица №4“ – хирургическа намеса
6. Застраховани лица: 1 150 лица
7. Период на покритие на застраховка – 24 часа в денонощието, до 365 дни.
8. Териториална валидност: Република България.



(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

9. Застрахователят дължи изплащане на съответното застрахователно обезщетение в срок съгласно Общите условия по застраховката, но не по-дълъг от четиринадесет дни от представянето на необходимите документи.

10. При всяко изплащане на обезщетение Изпълнителят се задължава да уведомява Възложителя писмено в рамките на до 2 работни дни от превеждане на сумата, а в случай на отказ Изпълнителят се задължава да изпрати писмен отговор за основанието на отказа, освен до ползващото се лице, и до Възложителя в рамките на срока за изплащане на обезщетение.

ЗАСТРАХОВАНА СУМА ЗА ВСЯКО ПОКРИТИЕ

Стойностите, указани в таблицата по-долу, представляват максималните Застраховани суми за всяко едно лице за указаното покритие при посочената териториална валидност и сроковете, условията на Полицата и на ограниченията, отбелязани във всеки раздел, посочен в точка „Таблицы на платимите суми“.

Самоучастие няма да се прилага.

ТАБЛИЦИ НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ

ТАБЛИЦА № 1 НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ЛИМИТИ

Покрити рискове	Застрахована сума (лева)
Смърт от злополука или заболяване	5 000
Пълна трайна неработоспособност от злополука или заболяване	5 000
Частична трайна неработоспособност от злополука или заболяване	2 000
Временна загуба на работоспособност от злополука или заболяване от 6-тия до 90-тия ден	5 лв. на ден
Дневни пари за болничен престой от злополука или заболяване от 1-вия до 30-тия ден	5 лв. на ден
Счупени кости	1 000
Изгаряния	500
Оперативна намеса в болнично заведение, вследствие злополука или заболяване	2 000



A handwritten signature in blue ink is located in the bottom left corner of the page.

A large handwritten signature in blue ink is written across the bottom right of the page, overlapping the bottom row of the table and the stamp.

**ТАБЛИЦА № 2 НА МИНИМАЛНИТЕ ПЛАТИМИ СУМИ ПРИ
ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ**

Описание	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума	
ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ		
Пълна загуба на зрението на двете очи	100%	
Пълно неизлично психическо разстройство	100%	
Цялостна загуба на двете ръце или на двете ръце от китките надолу	100%	
Пълна глухота на двете уши, от травматичен произход	100%	
Отстраняване на долната челюст	100%	
Пълна загуба на говора	100%	
Пълна загуба на една цяла ръка и един цял крак	100%	
Пълна загуба на цяла ръка и едно ходило	100%	
Пълна загуба на ръката до китката и едно ходило	100%	
Пълна загуба на ръката от китката и един цял крак	100%	
Пълна загуба на двата цели крака	100%	
Пълна загуба на двете стъпала	100%	
Загуба на костно вещество на черепа в цялата негова дебелина:		
- с повърхност от 6 кв. см. минимум	40%	
- с повърхност от 3 до 6 кв. см.	20%	
- с повърхност по-малко от 3 см.	10%	
Частично отстраняване на долната челюст, изпъкналата ѝ част изцяло или половината от челюстната кост	40%	
Пълна загуба на едно око	40%	
Пълна глухота на една ухо	30%	
	ДЯСНО	ЛЯВО



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

<p style="text-align: center;">Описание</p> <p style="text-align: center;">ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ</p>	<p style="text-align: center;">Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума</p>	
Загуба на една цяла ръка или ръката от китката надолу	60%	50%
<p>Значителна загуба на костно вещество на цялата ръка</p> <p>(крайно и неизлечимо поражение)</p>	50%	40%
Цялостна парализа на горния крайник (неизлечимо поражение на нервите)	65%	55%
Цялостна парализа на циркунфлексен нерв	20%	15%
Раменна анкилоза	40%	30%
Лакътна анкилоза в определено място (15 градуса отклонение на правия ъгъл)	25%	20%
Лакътна анкилоза в благоприятно положение състояние	40%	35%
Обширна загуба на костното вещество на двете кости на предмишницата (крайно и неизлечимо поражение)	40%	30%
Цялостна парализа на медиания нерв	45%	35%
Цялостна парализа на радиалния нерв при торзионно ложе	40%	35%
Цялостна парализа на радиалния нерв по предмишни	30%	25%
Цялостна парализа на радиалния нерв на ръката	20%	15%
Цялостна парализа на улнарен нерв	30%	25%
Анкилоза на китката на ръката в благоприятна позиция (изправена и завъртяна навътре)	20%	15%
Анкилоза на китката на ръката в неблагоприятна позиция (флексия или обтегнато разгъната или завъртяна навън)	30%	25%
Пълна загуба на палеца	20%	15%



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

Описание	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума	
ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ		
Частична загуба на палеца (нокътна фаланга)	10%	5%
Пълна анкилоза на палеца	20%	15%
Цялостна ампутация на показалеца	15%	10%
Пълна загуба на двете фаланги на показалеца	10%	8%
Пълна загуба на нокътна фаланга на показалеца	5%	3%
Едновременна ампутация на палеца и показалеца	35%	25%
Пълна загуба на палеца и пръст различен от показалеца	25%	20%
Пълна загуба на два пръста различни от палеца и показалеца	12%	8%
Пълна загуба на три пръста различни от палеца и показалеца	20%	15%
Пълна загуба на четири пръста включително на палеца	45%	40%
Пълна загуба на четири пръста с изключение на палеца	40%	35%
Пълна загуба на средния пръст	10%	8%
Пълна загуба на пръст различен от палеца, показалеца и средния пръст	7%	3%
Пълна загуба на бедро (горната половина)	60%	
Пълна загуба на бедро (долната половина) и подбедрица	50%	
Пълна загуба на ходилото (тибио-тарзално раздробяване)	45%	
Частична загуба на ходилото (раздробяване на костта под глезена)	40%	
Частична загуба на ходилото (раздробяване на средната част на тарзалната кост)	35%	



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Описание ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
Частична загуба на ходилото (раздробяване на тарсалната и мета тарсалната кост)	30%
Цялостна парализа на долния крайник (неизлично поражение на нерва)	60%
Пълна парализа на повърхностния задколенен седалищен нерв	30%
Пълна парализа на вътрешния задколенен седалищен нерв	20%
Пълна парализа на двата нерва (задколенен седалищен повърхностен и външен)	40%
Анкилоза на бедрото таза	40%
Анкилоза на коляното	20%
Загуба на костното вещество от бедрото или от двете кости на подбедрицата (нелечимо състояние)	60%
Загуба на костно вещество на капачето на коляното със значително отделяне на фрагментите и значително затрудняване на движенията при протягане на крака	40%
Загуба на костно вещество на капачето на коляното, при запазени движения	20%
Скъсяване на долния крайник с минимум 5 см.	30%
Скъсяване на долния крайник от 3 до 5 см.	20%
Скъсяване на долния крайник от 1 до 3 см.	10%
Цялостна ампутация на всичките пръсти на крака	25%
Ампутация на четири пръста на крака, включително големия пръст	20%
Цялостна загуба на четири пръста на крака	10%
Цялостна загуба на големия пръст на крака	10%
Цялостна загуба на два пръста на крака	5%



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Описание	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
ТАБЛИЦА № 2 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ ПРИ ЧАСТИЧНА ИЛИ ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ	
Ампутация на един пръст на крака, различен от големия пръст на крака	3%

За всяка трайна загуба на трудоспособност, която не е упомената по-горе, ще бъде изплатена сума съобразно решението на Изпълнителя, вземайки под внимание естеството на нараняването в съответствие с определения процент за изплащане на сума за посpecificчните наранявания, посочени в Таблиците на платимите суми.

Раздел 1. ВРЕМЕННА ЗАГУБА НА ТРУДОСПОСОБНОСТ

Ако през Периода на застраховане Застрахованото лице получи Телесно нараняване, което пряко и независимо от други причини доведе до Временна загуба на трудоспособност (започнала през Периода на застраховане), Изпълнителят заплаща на Застрахованото лице сумата, описана в Застрахователна таблица № 1 по-горе.

Раздел 2. СЧУПЕНИ КОСТИ

Ако през Периода на застраховката Застрахованото лице получи Телесно нараняване, което пряко и независимо от други причини доведе до счупване на кост съгласно описанието в този Раздел, Изпълнителят заплаща на Застрахованото лице сума, описана в Полицата, най-много до Общата Застрахована сума в Застрахователната таблица.

Таблица № 3 на Минималните платими суми

	Фрактура Таблица № 3 на Платимите суми	Процент от Застрахованата Сума
1.	<i>Фрактури на ханш или таз (с изключение на бедрена кост или опашна кост:</i>	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна съчетана фрактура с отворена рана)	100
	б) Всички други, съчетани фрактури	50
	в) Множество фрактури минимум една пълна фрактура	30
2.	г) Всички други фрактури	20
	<i>Фрактура на бедрена кост или пета:</i>	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	50
	б) Всички други сложни фрактури	



	Фрактура Таблица № 3 на Платимите суми	Процент от Застрахованата Сума
	в) Множество фрактури, минимум една пълна фрактура	40
	г) Всички други фрактури	30
		20
3.	<i>Фрактура на Долната Част на Крака, Ключица, Глезен, Лакът, Мишница и предмишница (включително китката, но с изключение на Счуване на радиус на типично място :</i>	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	40
	б) Всички други сложна фрактури	30
	в) Множество фрактури минимум една пълна фрактура	20
	г) Всички други фрактури	12
4.	<i>Фрактури на Долната Челюст:</i>	
	а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна)	30
	б) Всички други сложни фрактури	20
	в) Множество фрактури минимум една съставна фрактура	16
	г) Всички други фрактури	8
5.	<i>Фрактури на Раменна Лопатка, Капачка на коляно, Гръдна кост, ръка от китката надолу (с изключение на пръсти и китка), Крак от глезена надолу (с изключение на пръсти и пета):</i>	
	а) Всички други сложни фрактури	20
	б) Всички други фрактури	10
6.	<i>Фрактура на кулей:</i>	
	а) Сложна	20
	б) Друга	10



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

	Фрактура Таблица № 3 на Платимите суми	Процент от Застрахованата Сума
7.	<i>Фрактури на Гръбначен Стълб (Прешлени, но с изключение на опашната кост):</i> а) Компресионна Фрактура б) Спинални и напречни израстаци. в) Всички други прешленни фрактури	 20 20 10
8.	<i>Фрактури на Ребро или Ребра, Скула, Опашната Кост, Долната част на Челюстта Горната челюст, Нос, Пръст или пръсти на крака, пръст или пръсти на ръката:</i> а) Множество фрактури (минимум една сложна фрактура и една пълна) б) Всички други съчетани фрактури в) Множество фрактури минимум една сложна фрактура г) Всички други фрактури	 16 12 8 4

Раздел 3. ИЗГАРЯНИЯ

Ако през Периода на застраховане, Застрахованото лице получи Телесно нараняване, което пряко и независимо от други причини доведе до изгаряне втора или трета степен, Изпълнителят заплаща на Застрахованото лице компенсация, описана в Таблицата на платимите суми в размер до Общата Застрахована сума в Застрахователната таблица.

Таблица № 3а на Минималните платими суми

Описание	Процент
Втора или трета степен изгаряния на 27% от кожата или повече	100%
Втора или трета степен изгаряния от 18% или повече, но по-малко от 27% от кожата	60%
Втора или трета степен изгаряния от 9% или повече, но по-малко от 18% от кожата	30%
Втора или трета степен изгаряния от 4.50% или повече, но по-малко от 9% от кожата	16%



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

Раздел 4. СУМА ЗА ХИРУРГИЧЕСКА НАМЕСА ПРИ ХОСПИТАЛИЗИРАНЕ

Ако в резултат на Телесно Нараняване или Болест, Застрахованото Лице е хоспитализирано в болница като пациент на легло и има насрочена хирургическа намеса, която да се извърши от Лекар, Изпълнителят се съгласява да заплати сума за хирургическа намеса, равна на сумата, която е изчислена, съгласно процента посочен за тази процедура в Таблицата на платимите суми до максималната Застрахована Сума, обявена в Застрахователната таблица.

Специфични Условия:

Ако се извърши повече от една хирургическа процедура по време на една и съща оперативна намеса платимата сума за всички извършени процедури ще бъде сумата отговаряща на процедурата, имаща най-голям процент.

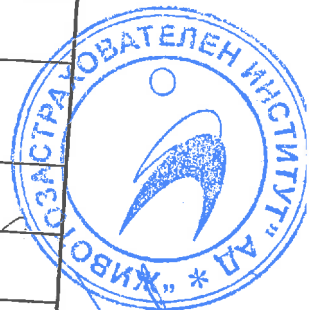
Всяка хирургическа намеса, неописана в Покритията по Таблицата на платимите суми се компенсира според свободното усмотрение на Изпълнителя, вземайки пред вид естеството на хирургическата процедура в съответствие с описаните проценти на компенсация за по-специфични хирургически процедури, описани в Таблицата на платимите суми.

ТАБЛИЦА № 4 НА МИНИМАЛНИТЕ ПЛАТИМИ СУМИ

	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	КОРЕМНА ОБЛАСТ Две или повече хирургически процедури извършени през един и същ коремен разрез ще бъдат считани за една операция	
а)	Апендектомия	50
б)	ресекция на черво	70
в)	ресекция на стомах	70
г)	гастро-ентеростомия	60
д)	Отстраняване на жлъчния мехур	70
е)	Лапаротомия за диагностика или предназначено лечение или отстраняване на един или повече органи, ако това не е предвидено	50
ж)	Лапароскопия за диагностика или предназначено лечение	50



Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ		Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	АБЦЕСИ	
а)	разрез на повърхностен абцес, цирей един или повече	50
б)	лечение на карбункул или абцес изискващ хоспитализация, един или повече	10
	АМПУТАЦИЯ НА	
а)	на един пръст на ръката или на един пръст на крака	10
б)	цялата ръка от китката надолу, ръката от лакътя до китката или ходилото до глезена на крака	20
в)	цял крак, цала ръка или бедро	40
г)	бедро до ханша	70
	ГЪРДИ	
а)	Мастектомия на една или две, основна с ресекция в подмишнична ямка	70
б)	Мастектомия на една или две, частична	40
	ГРЪДЕН КОШ	
а)	пълна торакопластия	100
б)	отстраняване на бял дроб или част от бял дроб	70
в)	торакоскопия за диагностика или предназначено лечение	20
г)	бронхоскопия - диагностика	10
д)	бронхоскопия - оперативна, изключваща биопсия	20
е)	сърдечна хирургия включваща вулвуларното заместване	100
ж)	сърдечна хирургия включваща бай пасна хирургия	75
з)	сърдечна хирургия включваща ангиопластика	50



dh

[Handwritten signature]

	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	УХО	
а)	миринготомия	5
б)	мастодектомия - основна - една страна	50
в)	мастодектомия - основна - двете страни	60
г)	надупченост, една или две страни	100
	ХРАНОПОВОД	
а)	операция за структура	40
б)	гастроскопия	10
	ОКО	
а)	отделена ретина - многократно съединяване	100
б)	перде на очите	50
в)	Глаукома	30
г)	отстраняване на очната ябълка	30
д)	отстраняване на птеригиум	20
е)	разрез на ечемик или чалазион	5
	ФРАКТУРИ обикновено лечение	
•	За множество фрактури обезщетението се увеличава с 50% но не може да надхвърли Застрахованата сума от Регистъра.	
•	За фрактури, изискващи открита операция, включваща присаждане или съединяване на кост, обезщетението се увеличава със 100%, без да надхвърля максималната Застрахована сума от Регистъра.	
а)	ключица, раменна плешка, или ръка от лакътя до китката, цяла кост	15
б)	опасна кост, глезени, кости на стъпалото или табанна кост	10



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
в)	Бедро	40
г)	горна част на ръката или крака	25
д)	Пръсти на ръцете или краката – за всеки, или ребро	5
е)	ръка от лакътя до китката - две кости, капачка на коляно, или таз не изискващ издърпване	20
ж)	цял крак, две кости	30
з)	челюст, долна	20
и)	кости на китката, средни кости на китката, нос, ребра (две или повече) или гръдна кост	10
й)	таз изискващ екстензия	30
к)	гръбначен прешлен, напречни процеси, за всеки един	5
л)	Гръбначен прешлен, фрактура от натиск, един или повече	40
м)	китка на ръката	10
ПОЛОВИ ОРГАНИ - ПИКОЧНА СИСТЕМА		
а)	Отстраняване на бъбрек	70
б)	Закрепване на бъбрек	70
в)	лапаротомия за диагностика или предназначено лечение на тумори или камъни в бъбреците, пикочен канал, плешка чрез Инвазивна Хирургия лапаротомия за диагностични или лечебни цели на тумори или камъни в бъбреците, пикочния канал или пикочния мехур чрез Инвазивна Хирургия	60
г)	лапаротомия за диагностика или предназначено лечение или отстраняване на тумори или камъни в бъбрека, пикочния канал, плешка чрез облъчване, ендоскопични средства или литотрипсия лапаротомия за диагностични или лечебни цели или отстраняване на тумори или камъни от бъбреците,	



	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
	пикочния канал или пикочния мехур чрез катетъризация, ендоскопски средства или литотрипсия	20
д)	структура на пикочния канал - външна операция стеснение на пикочния канал – открита операция	30
е)	вътрешна интервенция пикочен канал чрез Инвазивна Хирургия	15
ж)	цялостно отстраняване на простатата чрез външна отворена операция - пълна процедура	70
з)	частично отстраняване на простатната жлеза - чрез ендоскопични средства	25
и)	отстраняване на простатната жлеза чрез друга режеща операция	50
й)	оркидектомия или епидимектомия	25
к)	хидроцели или варикоцели	10
л)	отстраняване на фиброзни тумори, без абдоминален досъп	20
	ЩИТОВИДНА ЖЛЕЗА	
а)	частично или пълно отстраняване на щитовидната жлеза, включително всички фази на оперативните процедури	70
	ХЕРНИЯ	
а)	Инвазивна Хирургия - единична херния	20
б)	Инвазивна Хирургия - двойна херния	25
в)	Основна операция, включително лечение с вливане на кръв за лечение на единична херния Радикална операция, включваща инфузионно третиране за лечение на единична херния	40



	<p>Описание на хирургическите процедури</p> <p>ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ</p>	<p>Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума</p>
г)	<p>Основна операция, включително лечение с вливане на кръв за лечение на единична херния</p> <p>Радикална операция, включваща инфузионно третиране за лечение на двойна херния</p>	50
	<p>СТАВИ И ИЗКЪЛЧВАНЕ</p> <p>За изкълчвания изискващи външна операция обезщетението нараства до 100%, но няма да превиши максималната Застрахована Сума в Списъка.</p> <p>За изкълчвания, изискващи открита операция, обезщетението се увеличава със 100%, без да надвишава максималната Застрахована сума от Регистъра.</p>	
а)	<p>разрез в ставата за заболяване или неразположение, с изключение на същата по друг начин придвидена и изключваща правенето на пункция</p> <p>разрез в ставата за заболяване или смущение, освен предвидените тук и без пункции</p>	15
б)	артоскопия на рамото, лакът, бедро или колянна става, изключваща правенето на пункция	40
в)	изрязване, външно фиксиране, разделяне или артопластия върху рамо, бедро или гръб	75
г)	изрязване, външно фиксиране, разделяне или артопластия върху коляно, лакът, китка или глезен	35
д)	изкълчване на пръстите на ръцете или краката, всеки един	5
е)	изкълчване на рамо или лакът, китка или глезен	15
ж)	изкълчване на долна челюст	5
з)	изкълчване на бедро или коляно, с изключение капачка на коляно	20



Handwritten signature in blue ink, likely of an official from the National Insurance Institute for Health Protection.

Handwritten mark or signature in blue ink at the bottom left corner of the page.

	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
и)	изкълчване на капачка на коляно	5
	НОС	
а)	интраназална синусова операция интраназална операция на синусите	15
б)	екстра назална синусова операция ектраназална операция на синусите	35
в)	полипи, отстраняване на един или повече	5
г)	ресекция на сублигавицата	25
д)	Турбинектомия	10
	ПАРАЦЕНТЕЗИС пункция на	
а)	коремна област	10
б)	гръден кош или мехур, с изключение на катетеризация	5
в)	ушно тъпанче, хидроцела, стави или гръб гръбнак	5
	ДЕБЕЛО ЧЕРВО РЕКТУМ и РЕКТОСКОПИЯ	
а)	основна ресекция за злокачествен, цяла фаза включително колостомия	100
б)	хемороиди, само външни, отрязване - пълни процедури	10
в)	хемероиди вътрешни или вътрешни и външни, включително смъкване изпадане на дебелото черво, всичко за изрязване или пълно инжекционно лечение	20
г)	фистула в ануса	15
д)	цепка в ануса	5
е)	ректоскопия с или без биопсия	10



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.

	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
ж)	колоноскопия с или без биопсия	15
з)	други режещи операции на дебелото черво	20
	ЧЕРЕП	
а)	краниотомия за спешно отстраняване на хематом	100
б)	краниотомия включваща съдова хирургия	75
в)	краниотомия за отстраняване на тумори	75
	ГЪРЛО	
а)	тонсилектомия или тонсилектомия и аденоидектомия за деца от 15 годишна възраст нагоре или повече	15
б)	тонсилектомия или тонсилектомия и аденоидектомия за деца под 15 годишна възраст	10
в)	използване на ларингоскоп за диагноза	5
	ТУМОРИ - хирургическо отстраняване на	
а)	злокачествени тумори с изключение на тези на лигавицата, кожата и подкожната тъкан	50
б)	злокачествени тумори на лигавицата, кожата и подкожната тъкан	25
в)	пилонидален синус или киста - режеща операция	25
г)	доброкачествени тумори на тестиса или гърдата	20



Handwritten signature in blue ink.

	Описание на хирургическите процедури ТАБЛИЦА № 4 НА ПЛАТИМИТЕ СУМИ	Сума, изразена като процент от общата Застрахована Сума
д)	Ганглий	5
е)	доброкачествени тумори, един или повече с изключение на други предвидени тук	10
ж)	варикоза - пълна процедура на всички вени или при режеща операция или чрез инжекционно лечение - един цял крак	20
з)	варикоза - пълна процедура на всички вени или режеща операция или инжекционно лечение - два цели крака	30

При телесно нараняване, нефигуриращо в Таблиците на платимите суми, Изпълнителят определя процент на застрахователна сума, като го приравнява съобразно тежестта му към някоя от посочените позиции.

ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА“

1. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Застрахователят не носи отговорност за събития, дължащи се на:
 - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаут, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
 - 1.2. В случаи на пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
 - 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
 - 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
 - 1.5. Самоубийство или опит за самоубийство.
 - 1.6. Опит за или извършване на престъпление от общ характер.
 - 1.7. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования, злополука или смърт, настъпили при задържане на Застрахования от органите на властта.
 - 1.8. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна зависимост; наличието на алкохол е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
 - 1.9. Упражняване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
 - 1.10. Когато лицето е пътник или екипаж на летателен апарат, непозволен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за превоз на пътници.

- 1.11. Участие в какъвто и да било спорт като професионален състезател.
 - 1.12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
 - 1.13. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.
 - 1.14. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.
 - 1.15. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
 - 1.16. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
 - 1.17. Слънчев, топлинен удар и измръзване.
 - 1.18. Вродени аномалии и последиците от тях.
 - 1.19. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.
 - 1.20. Участие на Застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания.
 - 1.21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
 - 1.22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
 - 1.23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях, епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
 - 1.24. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора и последици от злополуки, настъпили извън срока на застрахователното покритие, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор.
 - 1.25. Болести от каквото и да е естество, включително епилептични припадъци, припадъци причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен в случаите, когато вследствие на покритата от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.
 - 1.26. Диабет (инсулинозависим тип), инфекциозни (заразни) заболявания, алергии, освен ако не е договорено друго;
 - 1.27. Професионално заболяване;
 - 1.28. Осъществяване на волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.
3. За всички покрити по Общите условия рискове, са в сила, както Общите изключения по т. 1. и т. 2., така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1. и т. 2. случаи, както в специфичните изключения по допълнителните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

2. СПЕЦИФИЧНИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.
2. Не се покриват разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.
3. Не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:
 - Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице.
 - Когато е в резултат на злополука, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора.
4. Не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:
 - Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него;
 - Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
 - Провеждана физиотерапия и рехабилитация;
 - Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.
5. Не се изплаща обезщетение за болничен престой, когато:
 - Болничният престой е извън срока на застраховката и/или не е във връзка с увреждане, проявено и диагностицирано в срока на застраховката.
 - Застрахователят не изплаща обезщетение при болничен престой, наложен от събития, за които Застрахователят не носи отговорност;
 - При увреждания, довели до хронични и повтарящи се състояния;
 - При ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
 - При услуги и лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.
6. Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:
 - Пластични и/или козметични операции;
 - Операции при бременност, раждане или аборт;
 - Операции, осъществени по волята на застрахованото лице, без това да е наложително от медицинска гледна точка;
 - Операции в резултат на предшестващи злополуки;
 - Операции, наложени от събития, за които Застрахователят не носи отговорност.

ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЗАБОЛЯВАНЕ“

I. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Застрахователят не носи отговорност за заболявания, дължащи се на:
 - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локални демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
 - 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
 - 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.



- 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
- 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер или за самоубийство.
- 1.6. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
- 1.7. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
- 1.8. Практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
- 1.9. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
- 1.10. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
- 1.11. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
- 1.12. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
- 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
- 1.14. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
- 1.15. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
- 1.16. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
- 1.17. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него;
- 1.18. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
- 1.19. Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, довели до заболяване;
- 1.20. Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии;
- 1.21. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
- 1.22. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.
- 1.23. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със заболяване, покрито по тези Общи условия.



- 1.24. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.
2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.
3. За всички покрити рискове по Общите условия са в сила, както Общите изключения по т. 1 и т. 2, така и специфичните за съответния риск.
4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1 и т. 2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

2. СПЕЦИФИЧНИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:
- Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице;
 - Когато е в резултат на заболяване, регистрирано за първи път преди началото на срока на договора;
 - Когато датата на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователния договор.
2. Не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:
- Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него;
 - Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината;
 - Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.
3. Не се изплаща обезщетение за дневни пари за болничен престой, когато:
- Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;
 - Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;
 - Не се изплащат дневни пари при хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него;
 - Не се изплащат суми при ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината.
4. Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:
- Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по Общите условия;
 - Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване;
 - Избор на екип.

ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

„Животозастрахователен институт“ АД се задължава да изплаща застрахователните обезщетения в четиринадесет дневен срок от представянето на необходимите документи.

II. ЗАДЪЛЖИТЕЛНА ЗАСТРАХОВКА ЗА РИСК „ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА“

1. Име на Притежателя на Полицата: „Софийска вода“ АД
2. Срокът на договора е според техническо задание на възложителя



3. Лимит в агрегат за едно събитие: Равен на застрахователната сума с ориентировъчен размер: 75-80 млн. лева приблизително. Точният размер следва да се определи към момента на сключване на застрахователната полица
4. Лимит за всеки застрахован: съгласно Таблица 5 „ПОКРИТИЕ СЪГЛАСНО ЧЛ. 55 АЛ. 1 И 2 ОТ КОДЕКСА ЗА СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ.
5. Застраховани лица: ориентировъчен брой на служителите - 800 лица приблизително. Точният брой следва да се определи по списък към момента на сключване на застраховката.
6. Време на действие - покритие в работно време, включително основното място на живеене или до друго допълнително място на живеене с постоянен характер; мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден; мястото за получаване на възнаграждение.
7. Териториална валидност: Цял свят.
8. Застрахователят дължи изплащане на съответното застрахователно обезщетение в срок съгласно Общите условия по застраховката, но не по-дълъг от четиринадесет дни от представянето на необходимите документи.
9. Тази застрахователна полица е сключена в съответствие с изискванията на Наредбата за задължително застраховане на работниците и служителите за риск „трудова злополука”, обн. ДВ, бр.15 от 17.02.2006 г.
Стойностите, указани в таблицата по-долу, представляват Застрахованите суми за всяко едно лице за указаното покритие при посочената териториална валидност и сроковете.

Handwritten signature



Large handwritten signature in blue ink

ТАБЛИЦА № 5 ПОКРИТИЕ СЪГЛАСНО ЧЛ. 55 АЛ. 1 И 2 ОТ КОДЕКСА ЗА СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ.

Покрити рискове	Лимити на обезщетения в лева
Смърт от злополука	7 годишни брутни трудови възнаграждения
Трайна загуба на трудоспособност от злополука	7 годишни брутни трудови възнаграждения
Временна загуба на трудоспособност от злополука	<ul style="list-style-type: none"> - Над 10 до 30 календарни дни – 3% от месечното брутно трудово възнаграждение - Над 30 до 60 календарни дни – 5% от месечното брутно трудово възнаграждение - Над 60 до 120 календарни дни – 7% от месечното брутно трудово възнаграждение - Над 121 календарни дни – 10% от месечното брутно трудово възнаграждение

ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

I. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

- Застрахователят не носи отговорност за събития, дължащи се на:
2. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботажи и опити за убийство, тероризъм.
 3. В случаи на пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
 3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
 4. Умишлени действия на Застрахования с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
 5. Самоубийство или опит за самоубийство.
 6. Опит за или извършване на престъпление от общ характер.
 7. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования, злополука или смърт, настъпили при задържане на Застрахования от органите на властта.
 8. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна зависимост; наличието на алкохол е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
 9. Упражняване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадъорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях.

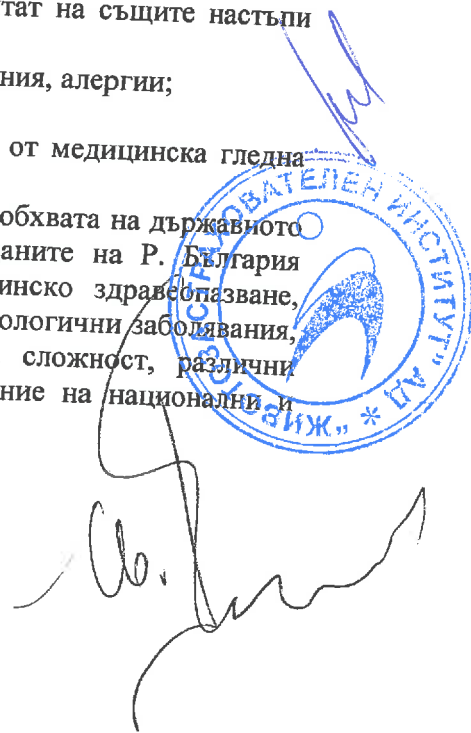


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

10. Когато лицето е пътник или екипаж на летателен апарат, непозволен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за превоз на пътници.
11. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател.
12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
13. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.
14. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.
15. СПИН/НIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
16. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
17. Слънчев, топлинен удар и измръзване.
18. Вродени аномалии и последиците от тях.
19. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.
20. Участие на Застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания.
21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях, епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
24. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора и последици от злополуки, настъпили извън срока на застрахователното покритие.
25. Болести от каквото и да е естество, включително епилептични припадъци, припадъци причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен в случаите, когато вследствие на покритата от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.
26. Диабет (инсулинозависим тип), инфекциозни (заразни) заболявания, алергии;
27. Професионално заболяване;
28. Осъществяване на волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
29. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

II. СПЕЦИФИЧНИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ



1. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват.
2. Не се покриват разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.
3. Не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:
 - Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице.
 - Когато е в резултат на злополука, регистрирана за първи път преди началото на срока на договора.
4. Не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:
 - Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него;
 - Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
 - Провеждана физиотерапия и рехабилитация.
 - Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.

ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

„Животозастрахователен институт“ АД се задължава да изплаща застрахователните обезщетения в четиринадесет дневен срок от представянето на

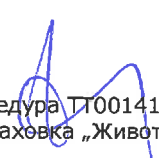
ЗА „КОНСОРЦИУМ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

по застраховки „Трудова злополука“,
групова рискова застраховка „Живот“,
„Отговорност на ръководители“,
„Отговорност към трети лица“, „Имущество“
ЗА НУЖДИТЕ НА „СОФИЙСКА ВОДА“ АД“

18.08.2015г.
гр. София



РАЗДЕЛ Б: ЦЕНИ И ДАННИ



Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рискована застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“

ЦЕНОВИ ДОКУМЕНТ

1. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Цените са посочени в съответните ценови таблици с премиите за всяка обособена позиция.
- 1.2. **Цените (премия в лева или процент) са крайни и следва да включват всички договорни задължения** на Изпълнителя по Договора, било подразбиращи се или изрично упоменати, **включително данък върху застрахователна премия и брокерско възнаграждение.**
- 1.3. Цените трябва да включват всички евентуални разходи, платими от "Софийска вода" АД допълнително във връзка с изпълнението на настоящия договор.
- 1.4. При издаване на полици със срок на валидност по-кратък от 12 месеца, премиите се преизчисляват на проратна база.
- 1.5. На Изпълнителя не са гарантирани количества или продължителност на дейностите и това следва да бъде взето под внимание при попълването на съответните ценови таблици с премиите.
- 1.6. Цените са в български лева и до втория знак след десетичната запетая.
- 1.7. Тарифните числа са в проценти до третия знак след десетичната запетая.
- 1.8. *Цените ще са постоянни за срока на Договора, освен в хипотезата на чл. 43, ал. 2, т.1, б. „г”, т. 3 и т. 4 от ЗОП.*

2. НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ

- 2.1. Дължимата премия по всяка полица ще бъде платена по банков път съгласно общите условия по застрахователните полици за съответните застраховки, или ако това не е уточнено в тях - в четиридесет и пет дневен срок от датата на представяне от Изпълнителя на коректно съставено дебитно известие съгласно цените и условията по Договора в отдел "Финансово счетоводство" на Възложителя.



Ценова таблица

Обособена позиция 1 - Застраховки „Трудова злополука“ и групова рискова застраховка „Живот“

„Предлагани застрахователни премии по застраховки „Живот“ и „трудова злополука“	
Размер на застрахователната премия по групова рискова застраховка „Живот“, в лева, за срок от 1 година, с включен данък върху премията	Застрахователна премия по задължителна застраховка за риск „Трудова злополука“, за 1 година, в процент (до третия знак след десетичната запетая), с включен данък върху премията
12 400 лева	0,002%

Изпълнител:

/подпис, печат/



РАЗДЕЛ В: СПЕЦИФИЧНИ УСЛОВИЯ НА ДОГОВОРА

Процедура ТТ001411 - Общо застраховане по застраховки „Трудова злополука“, групово рисков застраховка „Живот“, „Отговорност на ръководители“, „Отговорност към трети лица“, „Имущество“



СПЕЦИФИЧНИ УСЛОВИЯ НА ДОГОВОРА

1. НЕУСТОЙКИ

- 1.1 В случай че Изпълнителят не изпълнява своите задължения по договора, включително не издаде и/или не предостави на Възложителя застрахователни полици, осигуряващи застрахователно покритие, съгласно условията на настоящия договор, Изпълнителят се задължава да изплати на Възложителя неустойка на стойност 10 000 лева за всеки отделен случай на неизпълнение.
- 1.2 При неспазване на срока за уведомяване на Възложителя за преведено обезщетение или за отказ да се изплати обезщетение по групова рисковата застраховка „Живот“ и застраховка „Трудова злополука“, Изпълнителят дължи неустойка в размер на 20 лв. на работен ден след забавяне, като максималният размер на неустойката е 200 лв. за всеки случай.
- 1.3 В случай, че Изпълнителят е в закъснение с изплащането на дължимото на Възложителя обезщетение след изтичане на крайния срок за изплащането на обезщетението, Изпълнителят дължи неустойка в размер на 2% (два процента) от общата стойност на застрахователното обезщетение за всеки календарен ден закъснение.
- 1.4 Максималният размер на неустойката за неспазване на срока за изплащане на обезщетение е 100% (сто процента) от дължимото застрахователно обезщетение.
- 1.5 В случай, че Изпълнителят закъснее да изплати дължимо на Възложителя застрахователно обезщетение с повече от 20 дни, ще се счита че Изпълнителят е в съществено неизпълнение, като в този случай Възложителят, без да се ограничават други негови права, има право:
- 1.5.1 да прекрати едностранно Договора поради неизпълнение от страна на Изпълнителя, да задържи представената от него гаранция за добро изпълнение и да наложи неустойка в размер на 25% от максималната стойност на договора.
- 1.5.2 да възложи на трета страна застрахователните услуги, предмет на Договора, като Изпълнителят не получава заплащане за тази част от договора, а направените разходи, произтичащи от това и/или щети, претърпени от Възложителя в следствие на неизпълнението на Изпълнителя, са за сметка на Изпълнителя, който следва да ги изплати на Възложителя в срок до 5 работни дни от писменото уведомяване.
- 1.6 В случай, че Изпълнителят прекрати едностранно договора, без да има правно основание за това, същият дължи на Възложителя неустойка в размер на 30% /тридесет процента/ от прогнозната стойност на договора.
- 1.7 Изпълнителят е длъжен да изплати наложените му неустойки в срок до 5 (пет) работни дни от получаването на писмено уведомление от Възложителя за налагането на съответната неустойка. Възложителят си запазва правото да удържи наложените неустойки от предоставената му гаранция за добро изпълнение или да ги прихване от насрещно дължими на Изпълнителя суми.

2. САНКЦИИ, НАЛАГАНИ НА "СОФИЙСКА ВОДА" АД

- 2.1 Ако в който и да е момент, поради действие или бездействие от страна на Изпълнителя и/или негови служители, на "Софийска вода" АД бъдат наложени санкции по силата на действащото законодателство, Изпълнителят се задължава да обезщети Възложителя по всички санкции в пълния им размер.



3. ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРА

- 3.1 Възложителят не дължи лихви на Изпълнителя за периода на задържане на гаранцията за изпълнение на договора. Гаранцията за изпълнение може да бъде върната преди изтичане на нейния срок на валидност, в случай, че остатъчната стойност по договора е недостатъчна за възлагане на услуги по него.
- 3.2 В случай, че Изпълнителят откаже да изплати неустойка, глоба или санкция, наложена съгласно изискванията на настоящия Договор, Възложителят има право да приспадне дължимата му сума от гаранцията за изпълнение на договора, внесена от Изпълнителя, за да гарантира изпълнението на настоящия Договор или да извърши прихващане от дължимите суми по издадени от Изпълнителя фактури.
- 3.3 В случай, че стойността на гаранцията за изпълнение се окаже недостатъчна за прихващане от Възложителя, той също така има право да си прихване сумите по начислените неустойки от дължимите плащания към Изпълнителя съгласно неговите месечните фактури.
- 3.4 Изпълнителят се задължава да допълни своята гаранция за изпълнение до нейния пълен размер в срок от 5 работни дни от уведомяването от Възложителя за нейното усвояване.
- 3.5 В случай на съдебен спор относно изплащането на застрахователното обезщетение по застрахователни полици, сключени на основание на настоящия договор, Възложителят има право да задържи цялата гаранция за изпълнение до приключването на съдебния спор.
- 3.6 В случай, че Възложителят прекрати Договора поради неизпълнение от страна на Изпълнителя, то Възложителят има право да задържи изцяло гаранцията за изпълнение, внесена от Изпълнителя.

4. ПРЕКРАТЯВАНЕ

- 4.1 Договорът и действащите застрахователни полици могат да бъдат прекратени от Възложителя с едномесечно писмено предизвестие.
- 4.2 Страните могат да прекратят договора по всяко време по взаимно съгласие.
- 4.3 При прекратяване на договора Изпълнителят се задължава да върне частта от изплатената му сума, отнасяща се за периода от момента на прекратяването до края на периода, за който е предплатено, изчислена на проратна база.



ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗАБОЛЯВАНЕ"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗАБОЛЯВАНЕ" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховач".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застрахованият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България.
5. Застраховат се лица, на възраст такава, че при изтичане на застраховката да не надвишават 65 години.
6. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
7. Допускат се за застраховане и лица боледувачи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
8. Застрахователното покритие за рисковете *Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, Диагностициране на особено тежко заболяване и Суми за оперативно лечение* е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове, настъпили вследствие заболяване:
 - 1.1. Смърт вследствие на заболяване.
 - 1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване;
 - 1.3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване;
 - 1.4. Медицински разходи вследствие заболяване;
 - 1.5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване;
 - 1.6. Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение;
 - 1.7. Суми за оперативно лечение;
 - 1.8. Диагностициране на особено тежко заболяване.
 - 1.9. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.
2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1 взети заедно или поотделно, ако са изрично упоменати в съответната тарифа или посочени в конкретен застрахователен договор.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за заболявания, дължащи се на:
 - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаут, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
 - 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престоя в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
 - 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
 - 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
 - 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер или за самоубийство.
 - 1.6. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
 - 1.7. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
 - 1.8. Практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадърство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
 - 1.9. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
 - 1.10. СПИН/НIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
 - 1.11. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
 - 1.12. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
 - 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
 - 1.14. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
 - 1.15. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
 - 1.16. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
 - 1.17. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него;
 - 1.18. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
 - 1.19. Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, довели до заболяване;
 - 1.20. Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии;
 - 1.21. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
 - 1.22. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.
 - 1.23. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със заболяване, покрито по тези Общи условия.
 - 1.24. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.
2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции



с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Застрахователят покрива изброените по-долу рискове вследствие на заболяване, диагностицирано и/или проявено след началото на застраховката, ако не е договорено друго в конкретния договор.

1. Смърт вследствие на заболяване

1.1. По смисъла на тези условия: Заболяване е съвкупността от клинични прояви, представляващи болестни състояния, които са диагностицирани в лицензирано здравно заведение съгласно ЗЛЗ(Закон за лечебните заведения) и ЗЗ(Закон за здравето) и регистрирани в официален медицински документ въз основа на анамнеза, клиничен преглед и резултати от лабораторни или параклинични изследвания. "Болест" е нарушение на нормалното взаимодействие на Застрахования с външната среда, при което възникват структурно-функционални или функционални промени в организма на му.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на заболяване се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила в срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила трайно намалена или загубена работоспособност и/или временна загуба на работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение, се изплаща разликата между сумата за смърт и изплатеното обезщетение за трайна, временна работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.

1.2.3. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен с ползващото лице.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване

2.1. По смисъла на тези условия:

Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване може да се сключва заедно с Основния риск Смърт вследствие на заболяване само в групови договори и при специално договаряне.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване се извършва в случаите, когато заболяването е регистрирано за първи път в срока на застраховката и срокът на инвалидизация е минимум 3(три) години.

2.4.2. Когато застрахованото лице бъде освидетелствано за първи път в срока на застраховката.

2.4.3. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК, като се изплаща обезщетение само за първото през срока на застраховката решение.

2.4.4. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни, като това е било обявено в здравната декларация и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.5. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.

2.4.6. Застрахователното обезщетение за трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения - не се покрива Трайно намалена или загубена работоспособност, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.4.

2.5.2. Когато в резултат на заболяване, регистрирано за първи път преди началото на срока на договора.

2.5.3. Когато датата на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователния договор.

3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване

3.1. По смисъла на тези условия: Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

3.2. Застрахователно плащане

3.2.1. При Временна неработоспособност вследствие на заболяване на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност съгласно конкретния договор.

3.2.2. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща един път в срока на договора/застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява.

3.2.3. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани.

3.2.3.1. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователния договор. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да се без прекъсване.

3.3. Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за Временна неработоспособност в случаите на:

3.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

3.3.2. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

3.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.

4. Медицински разходи вследствие на заболяване

4.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрити по условията на застраховката на застрахования във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите. Медицински разходи са:

а) Разходи за медикаменти; б) Разходи за прегледи и изследвания;
Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие заболяване.
Лекарствени средства са всички официално признати такива, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение на заболяване.

Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпило заболяване. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

4.2. Застрахователно плащане

4.2.1. Разходи за медикаменти - възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

4.2.2. Разходи за прегледи и изследвания:

а) Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

4.3. Специфични изключения - не се покриват разходите за заболявания, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения, както и разходите при следните специфични изключения, направени за:

4.3.1. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабители средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

4.3.2. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

4.3.3. Консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, помощни средства, като шини, ортези, колани, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

4.3.4. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са връзка с настъпило заболяване;

4.3.5. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

4.3.6. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (ИЗОК) или лица;

4.3.7. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване

5.1. По смисъла на тези условия

Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

5.2. Застрахователно плащане

5.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

5.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

5.3. Специфични изключения

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

5.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения.

5.3.3. Не се изплащат дневни пари при хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

5.3.4. Не се изплащат суми при ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор

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

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

5.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

5.4.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част 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.

5.4.4. 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.

6. Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение

6.1. По смисъла на тези условия

Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой и за всеки ден последващо домашно лечение, съгласно издадени и ползани болнични листове.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

6.2. Застрахователно плащане

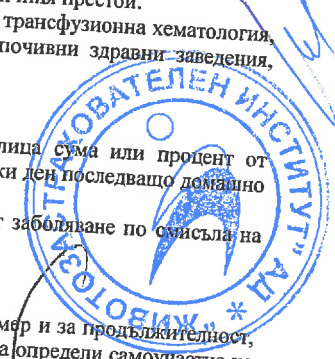
6.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой и за всеки ден последващо домашно лечение в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

6.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

6.3. Специфични изключения

6.3.1. Важат всички специфични изключения по риска Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване.

6.4. Условия за изплащане на дневни пари



Важат всички условия за изплащане по риска Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване.

7. Суми за оперативно лечение вследствие на заболяване

7.1. По смисъла на тези условия

Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно оперативно лечение, наложено вследствие на заболяване, възникнало след началото на застраховката и във връзка с проявено и диагностицирано заболяване през срока на застраховката. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

7.2. Застрахователно плащане

7.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

7.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативно лечение на последниците от заболяване, настъпило през срока на застраховката.

7.2.3. Суми за оперативно лечение при заболяване се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.

7.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

7.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

7.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

7.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

7.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия;

7.3.2. Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване.

7.3.3. Избор на експ.

7.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

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

7.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

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

8. Диагностициране на особено тежко заболяване

8.1. По смисъла на тези условия особено тежки заболявания са:

8.1.1. Миокарден инфаркт (сърдечен удар)

Миокарден инфаркт е състояние на остра коронарна непроходимост, водеща до смърт на част от сърдечния мускул. Миокардният инфаркт се доказва от наличието на следните диагностични критерии:

а) анамнестични данни за продължителна типична гръдна болка; б) електрокардиографски данни за нови промени на ST-сегмента, последвани от поява на Q-зъбци и инверсия на T-вълната; в) лабораторни данни за най-малко двукратно увеличаване на серумните ензими над референтните стойности в резултат на сърдечна клетъчна смърт с типична констелация и динамика.

Основание за обезщетение има само в случаите на дефинитивна некроза на част от миокарда. Изрично се изключват от покритие нестабилните и хронични исхемични промени, които не са довели до остра миокардна некроза. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 21 и I 24.

8.1.2. Мозъчен удар (инсулт)

Мозъчен удар е остър мозъчно-съдов инцидент причинил неврологични последици, продължаващи над 24 часа и имащи постоянен характер. Тук се включват: инфаркт на мозъчната тъкан; кръвоизлив на вътрешно черепен съд; мозъчна емболия от възвънчерепен източник. Доказва се наличието на постоянен неврологичен дефицит (увреждане на сетивните и двигателни функции).

Основание за обезщетение има само при напълно развита клинична картина на мозъчен удар. Изрично се изключват преходните разстройства на мозъчното кръвообращение с кратковременна и лека общомозъчна и огнищна симптоматика. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 60 – I 69, с изключение на преходна мозъчна исхемия.

8.1.3. Злокачествени новообразувания (рак)

Злокачествено новообразувание, чийто растеж не подлежи на медицинско лечение. Тук се включват: малигнените тумори; левкемията (рак на кръвта); болестта на Ходжкин (рак на лимфната тъкан). Доказва се хистологично. Изрично се изключват всички видове рак на кожата с изключение на злокачествените меланоми, както и всички туморни образувания, които хистологично се описват като преинвазивни или показват ранна злокачествена промяна (carcinoma in situ и първи стадий на болестта на Ходжкин). Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са като следва: по МКБ 10: C 00-C 96, с изключение на МКБ 10: C 43 и C 44 /кожен рак/ и МКБ 10: D 00-D 09.

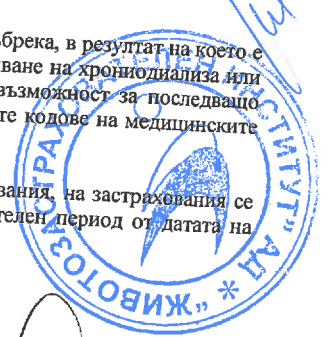
8.1.4. Бъбречна недостатъчност в краен стадий

Това е стадий на бъбречна недостатъчност, характеризиращ се с необратимо функционално увреждане на двата бъбрека, в резултат на което е необходима постоянна хемодиализа или ренална трансплантация. Основание за обезщетение има само след започване на хронична диализа или фактическо извършване на ренална трансплантация. Изрично се изключват случаите на остра хемодиализа с възможност за последващо пълно или частично възстановяване на бъбречната функция или отстраняване на единия бъбрек. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: N 17 и N 18.

8.2. Застрахователно плащане

а) При диагностициране през срока на застраховката на едно от включените в покритието особено тежки заболявания, на застрахования се изплаща 50 % от застрахователната сума или конкретна сума, посочена в договора, след изтичане на изчаквателен период от датата на поставяне на диагнозата.

б) Застрахователното покритие влиза в сила след изтичането на отлагателен период от три месеца от деня, в който е платена застрахователната премия за индивидуални застраховки и един месец за групови. Отлагателният период не се прилага при подновяване на действието на застраховката, ако подновяването е направено без прекъсване на предходния договор. Отлагателният период за състояния,



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in black ink.

- обуловени от предшествващи заболявания, за които не е направен отказ за сключване на застраховка поради висок медицински риск, девет месеца.
- в) Застрахователят извършва плащания само веднъж през срока на застраховката. Отговорността на застрахователя се прекратява по този риск.
- г) В случай на смърт, която е в причинна връзка с някое от покритите по този риск тежки заболявания, настъпила след изтичане на отлагателния период, но в срока на застраховката, застрахователното обезщетение се изплаща на законните наследници.
- 8.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща застрахователно обезщетение при особено тежки заболявания в случаи на:
- 8.3.1. Заболяване диагностицирано в отлагателния период.
- 8.3.2. Смърт, настъпила през отлагателния период или смърт, настъпила по други причини, които нямат връзка с покритите по т.8.1 тежки заболявания.

9. Разходи за транспортиране (репатриране) при смърт и погребение

- 9.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на тленните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.
- 9.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.
- 9.3. Специфични изключения
- 9.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.
- 9.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.
- 9.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

V. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

1. Ползачо лице по покритите по тези Общи условия рискове е застрахованото лице.
2. Ползачо лице в случай на смърт са законните наследници, ако изрично не е посочено ползачо лице.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:
- 1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 до 64 г. включително, съгласно съответната тарифа или конкретен договор;
- 1.2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;
- 1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:
- 1.3.1. За сметка на работниците - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1.;
- 1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък, без ограничение за възраст;
- 1.3.3. За сметка на работодателя, по средносписъчен състав и без ограничение за възраст.

VII. ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

1. Преди сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.
2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.
3. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.
4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.
5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.
- 5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение, застрахователна сума и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.
- 5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск.
6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:
- 6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.
- 6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.
- 6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.
- 6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.
7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.
8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложението и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.
9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.
10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:
- 10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

- 10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.
- 10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застраховател/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него.
11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застраховател/Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
14. Страните по застрахователния договор могат да договорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в посемане на част от обезщетението от същия в определените в съответната тарифа или конкретен договор случаи и размери.
15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

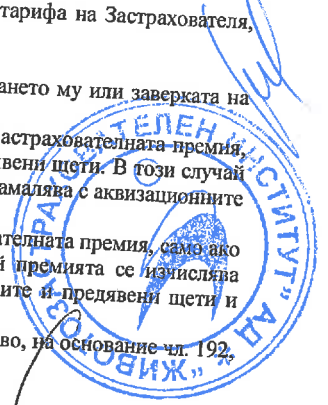
- 1.Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е от 1 до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
- 2.За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
- 3.Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало и изтича в 24.00 часа на деня, означен за неин край, но след издължаване на премията, уговорената част от нея от страна на Застраховател/Застрахования, най-късно до началото на застраховката или е посочен срок за плащането ѝ. Ако плащането се извършва по банков път, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ постъпването на сумата по сметка на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
- 4.При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
- 4.1. Отговорността на Застрахователя за новонастъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
- 4.2. За лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.
- 4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.
- 5.При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
- 6.При групови договори за сметка на Застраховател/Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня на връщането им на работа, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
- 7.Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования.

IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

- 1.Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или евро, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
- 2.Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
- 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
- 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
- 2.3. Премии се годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
- 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
- 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
- 2.6. Застраховател/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
- 2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
- 3.Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
- 4.Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
- 5.Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Животозастрахователен институт“ АД.
- 6.При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните специални условия, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.
- 7.При предсрочно прекратяване на групов застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните Специални условия или договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.
- 8.Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192 ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

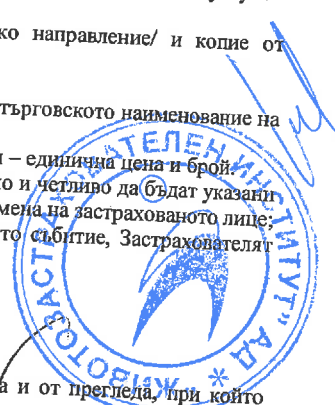
1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият трябва да представи на Застрахователя следните документи:
- 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средности състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застраховател/Застрахования;
- 2.Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

- 2.1. При Смърт на Застрахования вследствие на заболяване:
 - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;
 - 2.1.2. Съобщение за смърт;
 - 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
 - 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
 - 2.1.5. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
 - 2.1.6. Други документи, удостоверяващи заболяването, ако има издадени такива.
 - 2.1.7. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
 - 2.1.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
 - 2.1.8.1. Справка за реално отработени дни;
 - 2.1.8.2. Копие на болничния листове;
 - 2.1.8.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.1.8.4. Лична амбулаторна карта;
 - 2.1.8.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
 - 2.1.9. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:
 - 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
 - 2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.2.1.3. Епикризи;
 - 2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
 - 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от края на срока на застраховката.
 - 2.2.3. При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:
 - 2.2.3.1. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено с гриф „Няма основание за обжалване“.
 - 2.4.3.2. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването.
- 2.2.4. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
- 2.2.5. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за настояничество.
- 2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:
 - 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест.
 - 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
 - 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
 - 2.3.5. В случай на временна загуба на работоспособност от професионално заболяване се представя и Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването.
 - 2.3.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
 - 2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е не пълнолетно се представя акта за раждане или документ за настояничество.
- 2.4. При Медицински разходи вследствие на заболяване:
 - 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
 - 2.4.3. Копие на епикризата;
 - 2.4.4. Копие на болнични листове;
 - 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
 - 2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.6. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
 - 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/ и копие от резултатите.
 - 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
 - 2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
 - 2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.6. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
 - 2.4.7. При разходи за транспортиране се представят разходни документи съгласно т. 2.3. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В частта “Наименование на стоките и услугите” се записват трите имена на застрахованото лице;
 - 2.4.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. При Болничен престой, оперативен лечение и диагностициране на особено тежко заболяване:
 - 2.5.1. Копие на епикриза;
 - 2.5.2. Копия на болнични листове;
 - 2.5.3. Лична амбулаторна карта;
 - 2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.
 - 2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;
- 2.6. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
 - 2.6.1. Оригинална фактура с фискален бон;
 - 2.6.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;



- 2.6.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.
- 2.7. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
- 2.7.2. Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение №8, чл.11, ал.1) и други.
- 2.7.3. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копието от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.
- 2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.
- 2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;
- 2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.
- 2.12. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, като сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната стойност на разходите, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки. Такава пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.
- 2.13. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или поизващите се лица.
- 2.14. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативното лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.
- 2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксирани на БНБ към деня на застрахователното събитие.
- 2.16. Застрахованият е длъжен при настъпване на застрахователно събитие да уведоми застрахователя писмено в 7 дневен срок от настъпване на събитието.

XI. РЕГРЕС

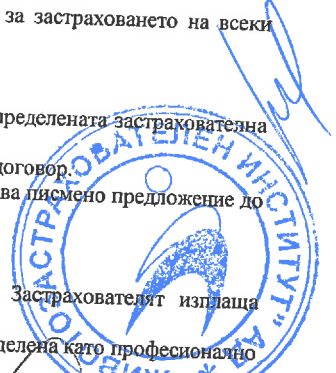
- 1.Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.
- 2.Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.
- 3.Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.
- 4.Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

XII. ДАНИЦИ И ТАКСИ

- 1.Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.
- 2.Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (в сила от 01.01.2011 г., обн. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г.) – ЗДЗП.
- ## XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ
- 1.Договорните отношения между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия и съответните тарифи на „Животозастрахователен институт“ АД.
- 2.Възникнали спорове между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.
- 3.Правата на Застрахования за получаване на суми от Застрахователя се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.
- 4.Настоящите Общи условия се предоставят като преддоговорна информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

- 1.ЗАСТРАХОВАЩ е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.
- 2.ЗАСТРАХОВАН е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.
- 3.КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.
- 4.ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ е физическото лице, чийто живот е застрахован със застрахователния договор.
- 5.ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.
- 6.ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение.
- 7.ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.
- 8.ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахирано оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.
- 9.ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.
10. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа “Общи положения” от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.



11. **ТЕЛК** е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.
12. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА** е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.
13. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ** (вноска) е сумата, която Застрахователят/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.
14. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ** е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.
15. **СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА** е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полиса).
16. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА** е времето от дата на сключване на застрахователния договор до датата на неговото изтичане през същата или през следващата/ите календарна/и година/и.
17. **ГРУПА** е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.
18. **ПРЕДЛОЖЕНИЕ** е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.
19. **ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ** е писмена декларация-въпросник за здравословното състояние на застрахованото лице.
20. **ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО** са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.
21. **ФОРСМАЖОРНИ ОБСТОЯТЕЛСТВА** са непредвидими, непредотвратими от страните по договора и независимо от тяхната воля събития, възникнали след сключване на застраховката, като природни бедствия, война или военни действия, нормативни ограничения, актове на правителството, БНБ или орган на застрахователния надзор, които възпрепятстват точното изпълнение на договора.
22. **НЕДОПУСТИМО ВИСОК ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК** е налице, когато съществуваща вероятност за настъпване на покрит риск, на който едновременно са изложени голям брой застраховани лица и вследствие на чието проявление са причинени значителни нематериални вреди.
23. **САМОУЧАСТИЕ** е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Животозастрахователен институт“ АД с протокол от 30.11.2012 год. и влизат в сила от 17/01/2013 г.

Застраховател:

Застрахователен посредник:

Подпис:

Дата:

Застрахован / застрахован:

Днес

г., долуподписаният

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



ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗЛОПОЛУКА" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховащ".
3. Застрахованият и Застраховащият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховащият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са здрави дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
7. Застрахователното покритие за рисковете Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове:

1.1. А. Основни рискове:

- 1.1.1. Смърт вследствие на злополука.
- 1.1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука.

1.2. Б. Допълнителни рискове:

- 1.2.1. Временна неработоспособност вследствие на злополука;
- 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване (за лица на възраст до 65 години);
- 1.2.3. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване;
- 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване;
- 1.2.5. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване;
- 1.2.6. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.

2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1.1. взети заедно или поотделно (само за риска смърт), ако са изрично посочени в конкретен застрахователен договор. Рисковете по т.1.2. могат да се включват само като допълнително покритие.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.
4. За лица на възраст над 65 до 70 години се носят рискове само вследствие на злополука.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за застрахователни събития, дължащи се на:

- 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
- 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
- 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
- 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и непредпазливост на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
- 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер по Наказателния кодекс.
- 1.6. Самоубийство или опит за самоубийство.
- 1.7. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
- 1.8. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
- 1.9. Практикуване на опасни спортни занимания - алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски слускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
- 1.10. Когато лицето е пътник или екипаж на летателен апарат, не позволен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за превоз на пътници.
- 1.11. Участие в какъвто и да било спорт като професионален състезател.
- 1.12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
- 1.13. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.
- 1.14. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
- 1.15. СПИН/НЧV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по полов път; заболявания от венерически болести.
- 1.16. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
- 1.17. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
- 1.18. Вродени аномалии и последиците от тях.
- 1.19. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.
- 1.20. Участие на Застрахования като шофьор на МПС, резервен шофьор или пътник в МПС при тестови изпитания.
- 1.21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
- 1.22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
- 1.23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, причинени от други съществуващи заболявания, включително последиците от тях, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен
- 1.24. Не се считат за застрахователна злополука болести от каквото и да е естество, епилептични припадъци, припадъци причинени от други съществуващи заболявания, включително последиците от тях, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

в случаите, когато вследствие на покритата от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.

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

1.27. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор; 1.28. Последици от злополуки, настъпили преди началото на застраховката.

1.29. Инфекциозни (заразни) заболявания;

1.30. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;

1.31. Лечение в профилакториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения; отделение (клиника), провеждащо първична терапия на съответното заболяване.

1.32. Лечение в специализирани болници и отделения за рехабилитация и физиотерапия, освен ако същото не е предхождано от лечение в отделение (клиника), провеждащо първична терапия на съответното заболяване.

1.33. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покритата по тези Общи условия.

1.34. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.

1.35. Професионално заболяване.

2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т. 1 и т. 2, така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1 и т. 2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключенията по рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

A. Основни рискове: 1. Смърт вследствие на злополука

1.1. По смисъла на тези условия: За злополука се считат всички действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изкълчвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от напругане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на здравето, в резултат на застрахования при спасяване на човешки живот или имущество. Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, в резултат на застрахователна злополука, станала през време и във връзка или по повод на извършването на работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпореждане на ТП на НОИ съгласно чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.

Битова злополука е всяка друга злополука.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на злополука се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила до една година от датата на злополуката, в причинна връзка е със същата и е настъпила през срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за трайно намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между договорената застрахователна сума и изплатените суми.

1.2.3. Общата сума от застрахователните плащания за Смърт, Трайно намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да надвишава застрахователната сума.

1.2.4. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочена в размер и за период, договорен с ползвачото или ползвачите лица.

1.3. Специфични изключения.

1.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т. 1.

1.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покритата по условията на застраховката.

1.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука

2.1. По смисъла на тези условия: Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се сключва заедно с основния риск смърт вследствие на злополука.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва в случаите, когато злополуката е настъпила в срока на застраховката и трайната неработоспособност е установена не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на злополуката.

2.4.2. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.

2.4.3. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.4. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна неработоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или суми за оперативно лечение.

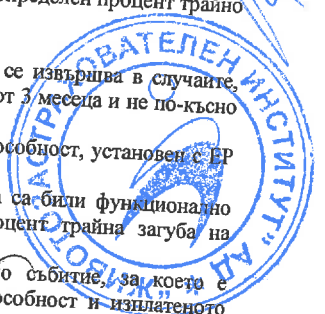
2.4.5. Застрахователното обезщетение за трайно намалена или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения Не се покрива Трайно намалена или загубена работоспособност, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.3.

2.5.2. Когато е в резултат на злополука, регистрирана за първи път преди началото на срока на договора.

Б. Допълнителни рискове



1. Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване

1.1. По смисъла на тези условия: Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на злополука и/или заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

1.2. Застрахователно плащане 1.2.1. При Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност, съгласно конкретния договор. 1.2.2. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука се изплаща само в случаите, когато уврежданията, довели до временна неработоспособност, са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката и за втори път - до три месеца от датата на събитието. 1.2.3. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща един път в срока на договора, а при договори със срок 2 и повече години - веднъж в застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява. 1.2.4. Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща само на лица на възраст до 65 години, освен ако не е договорено друго. 1.2.5. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователното покритие. Останалите трябва да са без прекъсване, когато са издадени за заболяване и в съответствие с т.1.2.2, причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване, когато са издадени за заболяване и в съответствие с т.1.2.2, когато са за злополука. 1.3. Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за Временна неработоспособност в случаите на:

1.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет, алергии и последиците от него, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

1.3.2. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, от H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор. 1.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.

2. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване 2.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрити по условията на застраховката във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите. Медицински разходи са: а) Разходи за медикаменти; б) Разходи за прегледи и изследвания;

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие злополука или заболяване, покрито по тези условия. Лекарствени средства са всички официално признати такива, регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение. Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпило злополука или заболяване, покрити по тези условия. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

2.2. Застрахователно плащане 2.2.1. Разходи за медикаменти Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.2. Разходи за прегледи и изследвания: Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от злополука и/или заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.3. Разходи за медикаменти и/или за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване се изплащат на лица на възраст до 65 години.

2.3. Специфични изключения - Не се покриват разходите за:

2.3.1. Заболявания и/или злополуки, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения.

2.3.2. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

2.3.3. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

2.3.4. Хранителни добавки; медицинска козметика; консумативи, вкл. санитарни материали, като бинт, памук, памперси и други; помощни средства, като шини, ортези, колани и други; както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

2.3.5. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпило злополука или заболяване, покрити по тези условия;

2.3.6. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

2.3.7. Частта от разходите, която е покрити от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

2.3.8. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

2.3.9. Разходи за протезиране; пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на белези, акне и пр

2.3.10. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

2.3.11. Отговорността на Застрахователя е само за медицински разходи, свързани със събития, покрити по условията на риска временна загуба на работоспособност, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване

3.1. По смисъла на тези условия - Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

3.2. Застрахователно плащане 3.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните

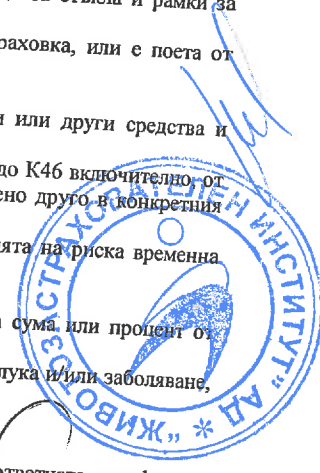
3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

3.3. Специфични изключения. Не се изплащат суми за:

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

3.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;

3.3.3. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3.3.4. Болничен престой при увреждания, довели до хронични и повтарящи се състояния, освен ако не е договорено друго в съответната тарифа или конкретен договор.

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

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

3.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

3.4.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част 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.

3.4.4. 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.

4. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване

4.1. По смисъла на тези условия Суми за оперативно лечение се сумират за претърпяно в срока на застраховката оперативно лечение, наложено вследствие на злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

4.2. Застрахователно плащане

4.2.1.

Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

4.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на

оперативното лечение.

4.2.3.

договора/застрахователната година.

Суми за оперативно лечение се изплащат един път в срока на

4.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките

на срока на договора/застрахователната година.

4.2.5.

на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

4.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

4.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

4.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване/злополука, покрити по тези Общи условия;

4.3.2. Консумативи, контрастни вещества, помощни средства за операция, импланти, платна, лещи и подобни на тях, използвани при операции, протези или оборудване.

4.3.3. Избор на екип.

4.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

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

4.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

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

5. Разходи за транспортиране (репатриране)

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

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

5.1.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

5.2. Разходи за транспортиране при злополука - Разходи за транспортиране при злополука са разходите за превозването на Застрахования със специализиран медицински транспорт, от местонахождението му при настъпване на застрахователното събитие, до местоживеенето му или до здравно заведение. Необходимостта от транспортиране трябва да бъде във връзка с настъпило по настоящите Общи условия застрахователно събитие и отразена в амбулаторния лист или епикриза, издадена от лечебното заведение, провело лечението.

5.2.1. Възстановяват се направените разходи за транспортиране с цел оказване на първа помощ и извеждане на Застрахования до състояние извън опасност за живота му, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.

5.2.2. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от размера, определен в съответната тарифа или конкретния договор.

5.3. Специфични изключения - Застрахователят не възстановява разходи в случаите на:

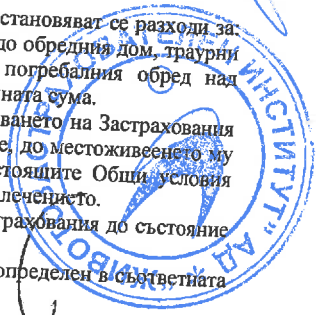
5.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.

5.3.2. Транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

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

dy

Св. Димитров



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

V. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

1. При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, Застрахованият/Застрахованият може да определи едно или повече ползвачи лица. Ползвачото лице придобива правото да получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователно събитие. Застрахованият/Застрахованият може да променя по всяко време ползвачото лице.
2. Не е задължително ползвачото лице да бъде посочено по име. Достатъчно е да бъде посочено неговото качество спрямо застрахованото лице.
3. Ако застраховката е сключена в полза на децата на застрахованото лице, ползвачи лица са и децата, родени след сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго.
4. Ако застраховката е сключена в полза на съпруг на застрахованото лице, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със застрахованото лице, към деня на настъпване на застрахователното събитие, освен ако не е уговорено друго.
5. Когато ползвачите лица са няколко, те имат равни права, освен ако не е уговорено друго.
6. Ако ползвачото лице почине преди застрахованото лице и по договора не са определени други ползвачи лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или неговите наследници.
7. Ползвачото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие. Ако ползвачите лица са няколко, частта на ползвачото лице, умишлено причинило застрахователното събитие, се разпределя по равно между останалите, освен ако е уговорено друго.
8. Ако няма определени други ползвачи лица в случая по т. 7, застрахователната сума се изплаща на Застрахования, съответно на неговите наследници.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:
 - 1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 години до такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.
 - 1.2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;
 - 1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия;
 - 1.3.1. За сметка на застрахованите лица - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1;
 - 1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък или по средносписъчен състав с възраст съгласно т. 1.1.

VII. ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

1. Преди сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.
2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.
3. Застрахователния договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.
4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.
5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.
- 5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен брой лица, чрез посочване на друго тясно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.
- 5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.
6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:
 - 6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.
 - 6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.
 - 6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.
 - 6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.
7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.
8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложението и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.
9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.
10. При сключване и по време на действието на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:
 - 10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.
 - 10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.
 - 10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования / Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.

11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахования / Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
14. Застрахователният договор съдържа размера на самоучастието, ако такова е уговорено между страните.
15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
 2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
 3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ деня, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банкова сметка или в касата на Застрахователя, но не по-рано от 00.00 часа на началото на застрахователния договор и изтича в 24.00 часа на последния ден от срока на застраховката. По изрично искане от страна на Застрахования, Застрахователят може да поеме авансово рисковете по договора (или част от тях), след подписване на писмо за покритие, посочващо периода на отложено плащане на дължимата премия.
 4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
 - 4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
 - 4.2. При групови договори за сметка на Застрахования, за лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.
 - 4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.
 5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
 6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня на връщането им на работа, освен ако не е договорено друго, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
 7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 70 години за рискове вследствие на злополука.
- ## IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ
1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или валута, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
 2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
 - 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
 - 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
 - 2.3. Премията са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
 - 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
 - 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 - 2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
 - 2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 - 2.8. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
 - 2.9. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
 - 2.10. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Животозастрахователен институт“ АД.
 - 2.11. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.
 - 2.12. При предсрочно прекратяване на групов застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.
 - 2.13. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.
- ## X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ
1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият, неговите наследници или ползващо лице или лица, трябва да представят на Застрахователя следните документи:
 - 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахования към момента на застрахователното събитие и е включен в обхвата на договора;
 2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:
 - 2.1. При Смърт на Застрахования вследствие на злополука:
 - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;

Св. [Signature]

- 2.1.2. Съобщение за смърт;
- 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
- 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
- 2.1.5. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
- 2.1.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
 - 2.1.6.1.Справка за реално отработени дни;
 - 2.1.6.2.Копие на болнични листове;
 - 2.1.6.3.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.1.6.4.Лична амбулаторна карта;
 - 2.1.6.5.Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
- 2.1.7. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.1.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и:
 - 2.1.8.1.При битова злополука – ползващото лице или законен наследник, попълва Уведомление-претенция по образец на Застрахователя, в частта: „Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства“;
 - 2.1.8.2.При трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;
 - 2.1.8.3.При ПТП – копие на протокола за ПТП, заедно с резултат от алкохолна проба, в случай, че Застрахованият е бил шофьор;
 - 2.1.8.4.Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
 - 2.1.8.5.Други документи, удостоверяващи злополуката, ако има издадени такива.
- 2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука:
 - 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със злополуката, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
 - 2.2.1.1.Лична амбулаторна карта;
 - 2.2.1.2.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.2.1.3.Епикризи;
 - 2.2.1.4.Резултати от изследвания и пр.
 - 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. ЕР трябва да бъде заверено с гриф „Влязло в сила“.
 - 2.2.3. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.
 - 2.2.4. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.
 - 2.2.5. В зависимост от характера на злополуката, причинила трайни увреждания се представят и документите, съгласно т.2.1.8.
- 2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на злополука или заболяване:
 - 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО и Наредбата за медицинска експертиза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуската по болест. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.
 - 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
 - 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
 - 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
 - 2.3.5. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.
 - 2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.
 - 2.3.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и документите, съгласно т.2.1.8.
 - 2.3.9.Рентгенови снимки и други резултати от изследвания, доказващи степента на увреждане на застрахованото лице.
 - 2.3.10.При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
 - 2.3.10.1.Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение № 8, чл.11, ал.1) и други.
 - 2.3.10.2. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копието от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.4.При Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване:
 - 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
 - 2.4.2.Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
 - 2.4.3. Копие на епикриза;
 - 2.4.4.Копие на болнични листове;
 - 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
 - 2.4.5.1.Разходни документи съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
 - 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания (медицинско направление).
 - 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
 - 2.4.6.1.Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
 - 2.4.6.2.Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
 - 2.4.7.За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. При Болничен престой и оперативна операция:
 - 2.5.1. Копие на епикриза;
 - 2.5.2. Копия на болнични листове;
 - 2.5.3. Лична амбулаторна карта;



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in blue ink, including the number '16' and a large flourish.

е насочено за болнично лечение.

2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;

2.5.6. Разходни документи, отговарящи на изискванията по т.2.7, в които подробно са описани извършените услуги, единична цена и брой.

2.6. При разходи за транспортиране и/или погребени

2.6.1. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В случай на смърт на застрахованото лице – в полето „Получател” на фактурата, се попълват трите имена и ЕГН на законен наследник/ползващото лице по застраховката.

2.6.2. Договор с погребалната агенция за извършените услуги и цени;

2.6.3. Всички документи касаещи събитието, подробно описани в точки от т. 2.1. в случай на смърт и т. 2.3. при временна неработоспособност, наложил транспортни разходи, в зависимост от неговия характер.

2.7. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:

2.7.1. Оригинална фактура с фискален бон;

2.7.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;

2.7.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга” или „Лекарствени средства”. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.

2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова, колкото е договореното самоучастие;

2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

2.12. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.

2.13. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.

2.14. По желание на получателя сумата или обезщетението могат да бъдат изплатени в офисите на Застрахователя, да бъдат преведени с пощенски запис (за лева) или по посочена от него сметка в търговска банка. Плащанията се извършват в съответствие с разпоредбите на Закона за ограничаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разносните са за сметка на получателя.

2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.

XI. РЕГРЕС

1. Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.

2. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквато застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

3. Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт” АД.

XII. ДАНЪЦИ И ТАКСИ

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им.

2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (обн., ДВ. бр. 86 от 2 Ноември 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.) /ЗДЗП/.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

3. Правата на застрахованите и/или ползващите се лица, за получаване на суми от Застрахователя, се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.

4. Настоящите Общи условия се предоставят като част от преддоговорната информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.

2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.

4. **ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ** е физическото лице, чиито живот е застрахован със застрахователния договор.

5. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е лице, посочено от Застрахователя/Застрахования в застрахователния договор като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума.

6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение или сума.

7. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

8. **ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахиран оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9. **ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.

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

11. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

12. ТЕЛК е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия; ДЕЛК – Детска Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.

13. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.

14. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е сумата, която Застрахователят/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.

15. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.

16. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полица).

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

18. ГРУПА е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.

19. ПРЕДЛОЖЕНИЕ е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.

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

21. ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.

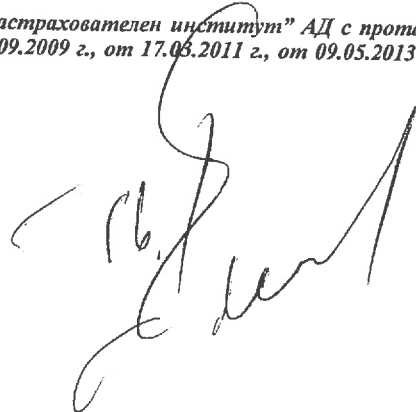
22. САМОУЧАСТИЕ е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението и/или възстановяването на разходите.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Животозастрахователен институт“ АД с протокол от 24.01.2006 г., изменени и допълнени с протокол на Съвета на директорите от 22.09.2009 г., от 17.06.2011 г., от 09.05.2013 г. и от 13.08.2013 г.

Застрахователен посредник:

Дата:

Подпис:



Застрахован / застраховач:

Днес

г., долуподписаният

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



ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗЛОПОЛУКА" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховач".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застрахованият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са здрави дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рисковے само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рисковے вследствие заболяване и злополука.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
7. Застрахователното покритие за рисковете Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност е валидно за цял свят, а за всички останали покрития рисковے - за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рисковے:

1.1. А. Основни рисковے:

1.1.1. Смърт вследствие на злополука.

1.1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука.

1.2. Б. Допълнителни рисковے:

1.2.1. Временна неработоспособност вследствие на злополука;

1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване (за лица на възраст до 65 години);

1.2.3. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване;

1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване;

1.2.5. Суми за оперативна лечение вследствие на злополука и/или заболяване;

1.2.6. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.

2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рисковے по т.1.1. взети заедно или поотделно (само за риска смърт), ако са изрично посочени в конкретен застрахователен договор. Рисковете по т.1.2. могат да се включват само като допълнително покритие.

3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

4. За лица на възраст над 65 до 70 години се носят рисковے само вследствие на злополука.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за застрахователни събития, дължащи се на:

1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.

1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престой в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.

1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.

1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и непредпазливост на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.

1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер по Наказателния кодекс.

1.6. Самоубийство или опит за самоубийство.

1.7. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.

1.8. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.

1.9. Практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобиллизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.

1.10. Когато лицето е пътник или екипаж на летателен апарат, не позволен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за превоз на пътници.

1.11. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател.

1.12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.

1.13. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътна мрежа.

1.14. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативна лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.

1.15. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по полов път; заболявания от венерически болести.

1.16. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.

1.17. Слънчев, топлинен удар или измръзване.

1.18. Вродени аномалии и последиците от тях.

1.19. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.

1.20. Участие на Застрахования като шофьор на МПС, резервен шофьор или пътник в МПС при тестови изпитания.

1.21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.

1.22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.

1.23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и суфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.

1.24. Не се считат за застрахователна злополука болести от каквото и да е естество, епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, включително последиците от тях, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен



в случаите, когато вследствие на покрити от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.

- 1.25. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него, освен ако не е договорено друго;
- 1.26. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора; последици от заболявания, настъпили извън срока на застрахователното покритие;
- 1.27. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор;
- 1.28. Последици от злополуки, настъпили преди началото на застраховката;
- 1.29. Инфекциозни (заразни) заболявания;
- 1.30. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
- 1.31. Лечение в профилакториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 1.32. Лечение в специализирани болници и отделения за рехабилитация и физиотерапия, освен ако същото не е предхождано от лечение в отделение (клиника), провеждащо първична терапия на съответното заболяване.
- 1.33. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрити по тези Общи условия.
- 1.34. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
- 1.35. Професионално заболяване.

2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т. 1 и т. 2, така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1 и т. 2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахования/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

A. Основни рискове: 1. Смърт вследствие на злополука

1.1. По смисъла на тези условия: За злополука се считат всички действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изключвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от напругане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество. Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, в резултат на застрахователна злополука, станала през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпореждане на ТП на НОИ съгласно чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.

Битова злополука е всяка друга злополука.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на злополука се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила до една година от датата на злополуката, в причинна връзка е със същата и е настъпила през срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за трайно намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между договорената застрахователна сума и изплатените суми.

1.2.3. Общата сума от застрахователните плащания за Смърт, Трайно намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да надвишава застрахователната сума.

1.2.4. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочена в размер и за период, договорен с ползващото или ползващите лица.

1.3. Специфични изключения.

1.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.

1.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрити по условията на застраховката.

1.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука

2.1. По смисъла на тези условия: Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се сключва заедно с основния риск смърт вследствие на злополука.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва в случаите, когато злополуката е настъпила в срока на застраховката и трайната неработоспособност е установена не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на злополуката.

2.4.2. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.

2.4.3. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.4. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна неработоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или суми за оперативно лечение.

2.4.5. Застрахователното обезщетение за трайно намалена или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения Не се покрива Трайно намалена или загубена работоспособност, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.3.

2.5.2. Когато е в резултат на злополука, регистрирана за първи път преди началото на срока на договора.

Б. Допълнителни рискове

1.1. По смисъла на тези условия: Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване

и/или заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

1.2. Застрахователно плащане 1.2.1. При Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност, съгласно конкретния договор. 1.2.2. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване на Застрахователя се изплаща довели до временна неработоспособност, са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката и за втори път - до три месеца от датата на събитието. 1.2.3. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява. 1.2.4. Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща само в случаите, когато уврежданията, един път в срока на договора, а при договори със срок 2 и повече години - веднъж в застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява. 1.2.5. Обезщетение се изплаща, ако дните за заболяване са издадени за заболяване и в съответствие с т.1.2.2, временна неработоспособност са реално ползвани. 1.2.6. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователното покритие. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване, когато са издадени за заболяване и в съответствие с т.1.2.2, когато са за злополука. 1.3. Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за Временна неработоспособност в случаите на:

1.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет, алергии и последиците от него, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

1.3.2. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от К40 до К46 включително, от М50 до М54 включително, от G50 до G59 включително, Н33, от Н43 до Н45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

1.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.

2. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване

2.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрита по условията на застраховката във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите. Медицински разходи са: а) Разходи за медикаменти; б) Разходи за прегледи и изследвания;

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие злополука или заболяване, покрито по тези условия. Лекарствени средства са всички официално признати такива, регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение. Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

2.2. Застрахователно плащане

2.2.1. Разходи за медикаменти

Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.2. Разходи за прегледи и изследвания: Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последните от злополука и/или заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.3. Разходи за медикаменти и/или за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последните от заболяване се изплащат на лица на възраст до 65 години.

2.3. Специфични изключения - Не се покриват разходите за:

2.3.1. Заболявания и/или злополуки, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения.

2.3.2. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингирани средства; разходи за контрацептиви;

2.3.3. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено

2.3.4. Хранителни добавки; медицинска козметика; консумативи, вкл. санитарни материали, като бинт, памук, памперси и други; помощни средства, като шини, ортези, колани и други; както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

2.3.5. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия;

2.3.6. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

2.3.7. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

2.3.8. Направени разходи, които надвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

2.3.9. Разходи за протезиране; пластични и козметични процедури, операции и препрати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на белези, акне и пр

2.3.10. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от К40 до К46 включително, от М50 до М54 включително, от G50 до G59 включително, Н33, Н43 до Н45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

2.3.11. Отговорността на Застрахователя е само за медицински разходи, свързани със събития, покрити по условията на риска временна загуба на работоспособност, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване

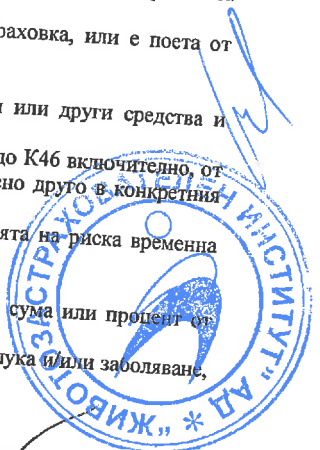
3.1. По смисъла на тези условия - Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой. Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

3.2. Застрахователно плащане

3.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

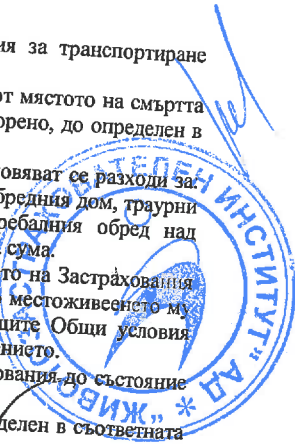
3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

- 3.3.1. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;
- 3.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;
- 3.3.3. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.
- 3.3.4. Болничен престой при увреждания, довели до хронични и повтарящи се състояния, освен ако не е договорено друго в конкретния тарифа или конкретен договор.
- 3.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:
- 3.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);
- 3.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;
- 3.4.3. Болничния престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, 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.
- 3.4.4. 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.
- 4. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване**
- 4.1. По смисъла на тези условия Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно в срока на застраховката оперативно лечение, наложено вследствие на злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.
- 4.2. Застрахователно плащане
- 4.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.
- 4.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативното лечение.
- 4.2.3. Суми за оперативно лечение се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.
- 4.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.
- 4.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.
- 4.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.
- 4.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:
- 4.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване/злополука, покрити по тези Общи условия;
- 4.3.2. Консумативи, контрастни вещества, помощни средства за операция, импланти, платна, лещи и подобни на тях, използвани при операция, протези или оборудване.
- 4.3.3. Избор на екип.
- 4.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение
- 4.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);
- 4.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;
- 4.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.
- 5. Разходи за транспортиране (репатриране)**
- 5.1. Когато се изплаща обезщетение за риска Смърт вследствие на злополука, може да се изплатят обезщетения за транспортиране (репатриране) и за погребение, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.
- 5.1.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на телните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.
- 5.1.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.
- 5.2. Разходи за транспортиране при злополука - Разходи за транспортиране при злополука са разходите за превозването на Застрахования със специализиран медицински транспорт, от местонахождението му при настъпване на застрахователното събитие, до местоживеенето му или до здравно заведение. Необходимостта от транспортиране трябва да бъде във връзка с настъпило по настоящите Общи условия застрахователно събитие и отразена в амбулаторния лист или епикризата, издадена от лечебното заведение, провело лечението.
- 5.2.1. Възстановяват се направените разходи за транспортиране с цел оказване на първа помощ и извеждане на Застрахования до състояние извън опасност за живота му, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.
- 5.2.2. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от размера, определен в съответната тарифа или конкретния договор.
- 5.3. Специфични изключения - Застрахователят не възстановява разходи в случаите на:
- 5.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.
- 5.3.2. Транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покритата по условията на застраховката.
- 5.3.3. Направени разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.



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

V. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

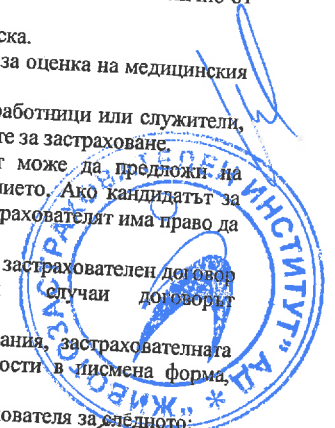
1. При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, Застрахованият/Застрахованият може да определи едно или повече ползвачи лица. Ползвачото лице придобива правото да получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователно събитие. Застрахованият/Застрахованият може да променя по всяко време ползвачото лице.
2. Не е задължително ползвачото лице да бъде посочено по име. Достатъчно е да бъде посочено неговото качество спрямо застрахованото лице.
3. Ако застраховката е сключена в полза на децата на застрахованото лице, ползвачи лица са и децата, родени след сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго.
4. Ако застраховката е сключена в полза на съпруг на застрахованото лице, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със застрахованото лице, към деня на настъпване на застрахователното събитие, освен ако не е уговорено друго.
5. Когато ползвачите лица са няколко, те имат равни права, освен ако не е договорено друго.
6. Ако ползвачото лице почине преди застрахованото лице и по договора не са определени други ползвачи лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или неговите наследници.
7. Ползвачото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие. Ако ползвачите лица са няколко, частта на ползвачото лице, умишлено причинило застрахователното събитие, се разпределя по равно между останалите, освен ако е уговорено друго.
8. Ако няма определени други ползвачи лица в случая по т. 7, застрахователната сума се изплаща на Застрахования, съответно на неговите наследници.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:
 - 1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 години до такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.
 - 1.2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;
 - 1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:
 - 1.3.1. За сметка на застрахованите лица - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1.;
 - 1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък и по средносписъчен състав с възраст съгласно т. 1.1.

VII. ПРЕДГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

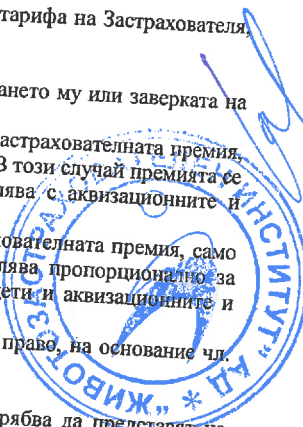
1. Преди сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.
2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.
3. Застрахователния договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.
4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.
5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.
- 5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.
- 5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.
6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:
 - 6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.
 - 6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.
 - 6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.
 - 6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.
7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.
8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложението и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.
9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавките, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.
10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:
 - 10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.
 - 10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.
 - 10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования / Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.



11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахования / Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
14. Застрахователният договор съдържа размера на самоучастието, ако такова е уговорено между страните.
15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
 2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
 3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ деня, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банкова сметка или в касата на Застрахователя, но не по-рано от 00.00 часа на началото на застрахователния договор и изтича в 24.00 часа на последния ден от срока на застраховката. По изрично искане от страна на Застрахования, Застрахователят може да поеме авансово рисковете по договора (или част от тях), след подписване на писмо за покритие, посочващо периода на отложено плащане на дължимата премия.
 4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
 - 4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
 - 4.2. При групови договори за сметка на Застрахования, за лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.
 - 4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.
 5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
 6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня на връщането им на работа, освен ако не е договорено друго, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
 7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования за рискове вследствие на заболяване или с навършване на 70 години за рискове вследствие на злополука.
- ### **IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ**
1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или валута, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
 2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
 - 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
 - 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
 - 2.3. Премията са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
 - 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
 - 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 - 2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
 - 2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 - 2.8. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
 - 2.9. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
 - 2.10. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Животозастрахователен институт“ АД.
 - 2.11. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.
 - 2.12. При предсрочно прекратяване на групов застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.
 - 2.13. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.
- ### **X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ**
1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият, неговите наследници или ползващо лице или лица, трябва да представят на Застрахователя следните документи:
 - 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоуправни отношения със Застрахования към момента на застрахователното събитие и е включен в обхвата на договора;
 2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:
 - 2.1. При смърт на Застрахования вследствие на злополука:
 - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;



- 2.1.2. Съобщение за смърт;
- 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
- 2.1.4. В случай, че е правсна аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
- 2.1.5. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
- 2.1.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
- 2.1.6.1. Справка за реално отработени дни;
- 2.1.6.2. Копие на болнични листове;
- 2.1.6.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.1.6.4. Лична амбулаторна карта;
- 2.1.6.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
- 2.1.7. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.1.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и:
- 2.1.8.1. При битова злополука – ползващото лице или законен наследник, попълва Уведомление-претенция по образец на Застрахователя, в частта: „Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства“;
- 2.1.8.2. При трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;
- 2.1.8.3. При ПТП – копие на протокола за ПТП, заедно с резултат от алкохолна проба, в случай, че Застрахованият е бил шофьор;
- 2.1.8.4. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
- 2.1.8.5. Други документи, удостоверяващи злополуката, ако има издадени такива.
- 2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука:
- 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със злополуката, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
- 2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
- 2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.2.1.3. Епикризи;
- 2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
- 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. ЕР трябва да бъде заверено с гриф „Влязло в сила“.
- 2.2.3. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.
- 2.2.4. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.
- 2.2.5. В зависимост от характера на злополуката, причинила трайни увреждания се представят и документите, съгласно т.2.1.8.
- 2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на злополука или заболяване:
- 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО и Наредбата за медицинска експертиза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест. Началото на първия болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.
- 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
- 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
- 2.3.5. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.
- 2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.
- 2.3.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и документите, съгласно т.2.1.8.
- 2.3.9. Рентгенови снимки и други резултати от изследвания, доказващи степента на увреждане на застрахованото лице.
- 2.3.10. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
- 2.3.10.1. Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното осигуряване (Приложение № 8, чл.11, ал.1) и други.
- 2.3.10.2. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.4. При Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване:
- 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
- 2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
- 2.4.3. Копие на епикриза;
- 2.4.4. Копие на болнични листове;
- 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
- 2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
- 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания (медицинско направление).
- 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
- 2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
- 2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
- 2.4.7. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. При Болничен престой и оперативно лечение:
- 2.5.1. Копие на епикриза;
- 2.5.2. Копия на болнични листове;
- 2.5.3. Лична амбулаторна карта;



2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.

2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;

2.5.6. Разходни документи, отговарящи на изискванията по т.2.7, в които подробно са описани извършените услуги, единична цена и брой.

2.6. При разходи за транспортиране и/или погребени

2.6.1. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В случай на смърт на застрахованото лице – в полето „Получател“ на фактурата, се попълват трите имена и ЕГН на законен наследник/ползващото лице по застраховката.

2.6.2. Договор с погребалната агенция за извършените услуги и цени;

2.6.3. Всички документи касаещи събитието, подробно описани в точки от т. 2.1. в случай на смърт и т. 2.3. при временна неработоспособност, наложила транспортиране, в зависимост от неговия характер.

2.7. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:

2.7.1. Оригинална фактура с фискален бон;

2.7.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;

2.7.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.

2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова, колкото е договореното самоучастие;

2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

2.12. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.

2.13. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.

2.14. По желание на получателя сумата или обезщетението могат да бъдат изплатени в офисите на Застрахователя, да бъдат преведени с пощенски запис (за лева) или по посочена от него сметка в търговска банка. Плащанията се извършват в съответствие с разпоредбите на Закона за ограничаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разносните са за сметка на получателя.

2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксирания БНБ към деня на застрахователното събитие.

XI. РЕГРЕС

1. Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.

2. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

3. Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

XII. ДАНЪЦИ И ТАКСИ

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им.

2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (обн., ДВ. бр. 86 от 2 Ноември 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.) /ЗДЗП/.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

3. Правата на застрахованите и/или ползващите се лица, за получаване на суми от Застрахователя, се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.

4. Настоящите Общи условия се предоставят като част от преддоговорната информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.

2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.

4. **ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ** е физическото лице, чийто живот е застрахован със застрахователния договор.

5. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е лице, посочено от Застрахования/Застрахования в застрахователния договор като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума.

6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение или сума.

7. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

8. **ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахирирани оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9. **ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.

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



Handwritten signature in blue ink.

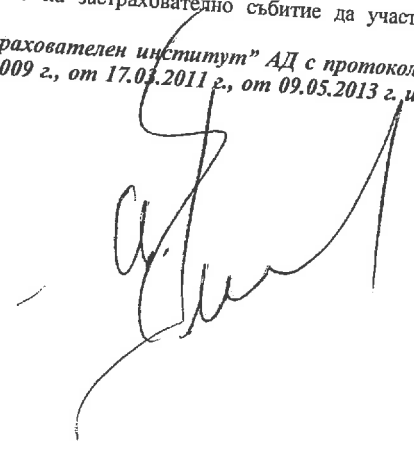
Handwritten signature in blue ink.

11. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.
12. ТЕЛК е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия; ДЕЛК - Детска Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.
13. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.
14. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е сумата, която Застрахователят/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.
15. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.
16. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полица).
17. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА е периода от една година, считано от дата на застрахователното покритие.
18. ГРУПА е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.
19. ПРЕДЛОЖЕНИЕ е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.
20. ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ е писмена декларация-въпросник за здравословното състояние на застрахованото лице.
21. ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си - до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни - независимо от възрастта.
22. САМОУЧАСТИЕ е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението и/или възстановяването на разходите.
- Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Животозастрахователен институт“ АД с протокол от 24.01.2006 г., изменени и допълнени с протокол на Съвета на директорите от 22.09.2009 г., от 17.03.2011 г., от 09.05.2013 г. и от 13.08.2013 г.*

Застрахователен посредник:

Дата:

Подпис:



Застрахован / застраховач:

Днес

г., долуподписаният

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




СПОРАЗУМЕНИЕ

Към договор № 0764

За съвместно осигуряване на ЗБУТ при извършване на дейност /услуги/ от контрактори на територията на офиси на "Софийска вода" АД, съгласно чл. 18 от ЗЗБУТ

На 01.10.2015 г. на основание чл.18 от ЗЗБУТ се сключи настоящето споразумение между Възложителя - "Софийска вода" АД и Изпълнителя **Консорциум за застраховане** по застраховки "Трудова злополука", групова рискова застраховка "Живот", "Отговорност на ръководители", "Отговорност към трети лица", "Имущество" за нуждите на "Софийска вода" АД между **"Застрахователна компания "Лев Инс" АД и "Животозастрахователен институт" АД**

Отговорност за осигуряване на ЗБУТ носят:

Възложителя - за дейностите свързани с експлоатацията на **"Софийска вода" АД**

Изпълнителя - 0764 за дейностите предмет на договор №

Координирането на съвместното прилагане на настоящето споразумение се възлага на:

От страна на Възложителя:

Контролиращ служител по договора е Момчил Тодоров на длъжност Директор "Вътрешен одит, контрол на качеството и управление на риска"

От страна на Изпълнителя Васил Костурков, Милена Хиткова
на длъжност Директор Дирекция "Авбизация"; Директор Застрахователна

Преди започване на работа гореспоменатите лица установяват с ^{посочените} изпълнението на необходимите предварителни мероприятия по ЗБУТ, осигуряващи настоящето споразумение.

Общи изисквания

1. Нищо от условията на споразумението и приложените към него документи не освобождава Изпълнителя от приложимите нормативни изисквания по безопасност и здраве при работа
2. Изпълнителят се задължава да осигури ЗБУТ, както за всички свои работещи на обекта, така и на всички останали лица, които по друг повод се намират на територията на обекта.

Пропускателен режим

3. Възложителят посочва работната площадка и маршрутите за придвижване на хора и коли на Изпълнителя, и издава карти-пропуск на всички лица на Изпълнителя по предварително представен от него списък.
4. Изпълнителят се задължава да спазва посочените маршрути и пропускателния режим на обекта.
5. Забранен е престоят на работници и техника на Изпълнителя извън посочените работни места и пътища за придвижване.



Организация по извършване на инструктаж по ЗБУ и ПБ

6. Изпълнителят се задължава да допуска до работа само обучен и инструктиран персонал.
7. На целия персонал на Изпълнителя, включително и специалистите с ръководни функции по предварително подаден от него списък, Възложителят провежда начален инструктаж, съгласно процедура П-БЗР4.4.2-1. Служителите на Изпълнителя задължително преминават начален инструктаж преди започване на работата на място, уточнено от Възложителя и в присъствие на техния ръководител.
8. При промяна на състава, Изпълнителят представя на Възложителя списъка на новите лица за начален инструктаж, преди да ги е допуснал до работа.
9. Специфичните правила по безопасност на "Софийска вода" АД, дадени по време на инструктажа и на оперативните срещи, трябва да бъдат спазвани от всички, винаги и по всяко време.
10. Останалите видове инструктаж по ЗБУ и ПБ на работниците на Изпълнителя са негово задължение и се провеждат и регистрират от негови длъжностни лица, съгласно действащото законодателство.

Специално работно облекло, лични и колективни предпазни средства

11. Изпълнителят осигурява за своите работници специално и работно облекло и ЛПС, в зависимост от извършваната от него дейност. Същите се осигуряват преди започване на работа и са задължителни за носене от персонала. Поддръжка, почистване и изпирането са за сметка на Изпълнителя.

Организация на работната площадка

12. Изпълнителят се задължава да подрежда всички материали и резервни части и да почиства от отпадъци работното място незабавно след работа.
13. Забранява се ползването на производствените инсталации или части от тях без разрешение на контролиращия служител на Възложителя.

Трудови злополуки и инциденти

14. За всички злополуки, инциденти, наранявания, оказана първа помощ, Изпълнителят незабавно уведомява контролиращия служител на Възложителя и отдел „БЗР“.
15. Сигнали за аварийни ситуации незабавно се докладват на контролиращия служител на Възложителя.

Временно електрическо захранване

16. Забранява се превключване от едно място на захранване към друго или включване на допълнителни потребители от Изпълнителя към електрическите съоръжения на Възложителя без разрешението му.
17. Изпълнителят разполага използваните ел. удължители и захранващи кабели по начин, изключващ увреждането на изолацията им или спъване.
18. Изпълнителят използва електрическите съоръжения по начин, изключващ директния и индиректния допир от работещи на Възложителя.

Пожарна безопасност

19. Изпълнителят извършва дейността си, спазвайки изискванията за пожарна безопасност и плана за евакуация на Възложителя.
20. При извършване на възложената му дейност, Изпълнителят не трябва да създава предпоставки за възникване на пожар.



21. Изпълнителят спазва изискванията за пушене на определените от Възложителя места.
22. Изпълнителят осигурява за своя сметка необходимия вид и количества, изправни и проверени пожарогасителни средства, ако дейността му го изисква.
23. Извършването на огневи работи от Изпълнителя се започва след предварително съгласуване с Възложителя /ръководителя на обекта, на чиято територия се извършва работата и контролиращият служител по договора/.
24. Извършването на огневи работи на временни места се допуска само след издаване на Акт за огневи работи на временни места и осигуряване на необходимите средства за първоначално пожарогасене, съгласно изискванията на Глава пета от Наредба Из-2377/2011г. за правилата и нормите на пожарна безопасност при експлоатация на обектите.

Настоящото споразумение се подписва в два еднообразни екземпляра, по един за всяка една от страните.

/...../ 
Бруно Рош
„Софийска вода“ АД
ВЪЗЛОЖИТЕЛ



/...../ 
Консорциум за застраховане
ИЗПЪЛНИТЕЛ

