ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО РИСКОВА ЗАСТРАХОВКА “ЖИВОТ”

(Допълнителна застраховка и застраховка “Живот”)

Глава първа

ПРИНЦИПИ НА ДЕЙСТВИЕ

Член 1. Общи дефиниции

Понятията, използвани в тези Общи условия, носят следния смисъл:

1. ***Застрахователен договор (застрахователна полица)***, наричан за краткост “договора” (“полицата”), се състои от тези Общи условия, Специални условия и добавъци (ако има такива). Субсидиарно приложение намира българското законодателство.

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

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

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

5. ***Застраховател*** е Застрахователно акционерно дружество “Булстрад Живот”, със седалище – гр. София и с адрес на управление: ул. “Света София” №6, София 1301.

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

7. ***Застрахован (застраховано лице)*** е физическото лице, върху чийто живот се сключва застраховката.

8. ***Ползващо се лице*** е лицето, което има право на застрахователната сума или на съответния процент от нея, при настъпване на застрахователно събитие. Ползващото се лице се посочва в застрахователния договор. То може да бъде застрахования или друго трето лице.

9. ***Застрахователно събитие*** е събитие, настъпило със застрахования през застрахователния срок, което съобразно покритите рискове по договора води до изплащане на застрахователна сума или процент от нея. Застрахователно събитие може да бъде:

- настъпване на злополука или на определен вид злополука,

- първично диагностициране на заболяване или на определен вид заболяване.

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

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

- по време и във връзка или по повод изпълнение на служебните/трудовите му задължения,

- по време на работа, невключена в служебните/трудовите задължения на застрахования, но извършена по нареждане на работодателя му и във връзка с дейността на работодателя,

- през време на регламентираните почивки в работно време,

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

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

13. ***Заболяване*** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ, които причиняват неработоспособност или смърт. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

14. ***Общо заболяване*** е всяка болест по критериите на Световната здравна организация, която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

15. ***Професионално заболяване*** е заболяване, за което е издаден акт за професионално заболяване от диагностична лекарска комисия.

16. ***Акутно заболяване*** е заболяване, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на застрахования и изисква спешна и неотложна медицинска намеса.

17. ***Предварително съществуващо заболяване или състояние*** е заболяване или медицинско състояние, за което застрахованият е получил лечение, търсил е медицински съвет или е узнал за съществуването му преди началото на застрахователния срок.

18 ***Покрит риск*** е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при сбъдването на която застрахователят трябва да изплати застрахователната сума или процент от нея.

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

20. ***Застрахователна премия*** е сумата, която застраховащият дължи на застрахователя срещу поетите от последния задължения по застрахователния договор.

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

Член 2. Предмет на договора за застраховка

Застрахователният договор се сключва срещу покрита, съгласно условията на договора, смърт на застрахования. Договорът може да покрива и други събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост на застрахования. Застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия при настъпване на застрахователно събитие в рамките на покрития риск, да изплати на застрахования или на ползващото се лице определената в специалните условия застрахователна сума или процент от нея.

Член 3. Видове договори

В зависимост от броя на застрахованите лица договорите могат да бъдат индивидуални или групови. Индивидуален е договорът, съгласно който застрахован е едно физическо лице. Групов е договорът, съгласно който застраховани са десет или повече физически лица.

Член 4. Основа на застрахователния договор. Информация

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

(2) При сключване на договора застраховащият/застрахованият е длъжен да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. За съществени се смятат

обстоятелствата, за които застрахователят е поставил писмено въпрос. Ако застраховащият/застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договорът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Търговския закон.

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

Член 5. Изисквания и условия за сключване на застрахователния договор

(1) Индивидуални застрахователни договори се сключват само със здрави лица или при утежнен риск - с лица, боледуващи или преболедували определени болести. Утежненият риск се изразява в увеличаване на действителната възраст на застрахования съгласно инструкция за прилагане на утежнен риск. Утежненият риск може да бъде изразен и в увеличаването на премията в проценти.

(2) За сключване на индивидуален застрахователен договор е необходимо освен предложението и декларацията по предходния член, кандидатът за застраховане да представи документ за самоличност и удостоверение за професията, производството и месторабoтата си.

(3) Застраховка върху живота на лице, което не е страна по договора за застраховка се сключва само с писменото му съгласие. Това правило не се прилага за съпруг, низходящ или възходящ.

(4) Груповите застраховки се сключват за сметка на застрахованите лица, или за сметка на лице, което има застрахователен интерес от сключване на застраховката (работодател и др.) - застраховащ.

(5) За сключване на групов застрахователен договор към предложението за застраховане застраховащият представя поименен списък на застрахованите лица, освен ако броят на застрахованите лица е над петдесет и ако:

1. при застраховане на работници и служители са обхванати всички работници и служители на работодателя;

2. при застраховане на членове на организация са обхванати всички членове на организацията.

(6) Поименният списък съдържа трите имена, ЕГН, месторабoтата и професията на лицата от групата и се заверява от страните по договора. Той се прилага към предложението за застраховане и става неразделна част от застрахователния договор.

(7) Всяко лице от групата в поименния списък, в предложението за застраховане или в полицата лично или чрез представител писмено заявява съгласието си да бъде застраховано.

Член 6. Издаване на договора

Застрахователният договор се изготвя от представителствата на застрахователя и други оторизирани от застрахователя лица, след като застраховащият (застрахованият) представи необходимите документи.

Член 7. Влизане в сила на договора

Договорът влиза в сила от датата на сключването му, освен ако не е уговорено друго.

Член 8. Определяне и плащане на застрахователната премия.

(1) Премията се конкретизира в специалните условия на договора. Тя зависи от покритите рискове по договора, застрахователната сума, срока на застраховката, възрастта на застрахования (при групови договори – изчислената или преценената средна възраст на застрахованите), а така също и от професията и дейността на застрахования.

(2) Застрахователната премия се плаща еднократно или годишно. Чрез изрична писмена уговорка между страните по договора премията може да се разсрочи.

(3) При индивидуалните договори премията за всяка година от срока на застраховката има различен размер и съответства на възрастта на застрахования през годината.

(4) Премията (първата част от нея) се плаща при сключване на застрахователния договор, освен ако изрично не е уговорено друго.

(5) Застраховащият е длъжен да извърши плащането на еднократната/годишната премия или разсрочените части от нея в размерите и сроковете определени в съответния договор. В случай че застраховащият забави плащането на премията или някоя част от нея или плати по-малък размер от дължимата сума, застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати по реда определен в Търговския закон.

(6) Ако премията е определена в чуждестранна валута, застраховащият заплаща левовия й еквивалент. Този еквивалент се определя по фиксинга на Българска народна банка към датата на плащането, освен ако не е уговорен друг разменен курс.

(7) Застрахователните премии се плащат в брой, с банков превод, незабавно инкасо или пощенски запис. Плащанията в брой се извършват на упълномощени представители на застрахователя. За дата на плащане се счита датата на заверяване на сметката на застрахователя с дължимата сума. При плащане в брой за дата на плащане се смята датата на внасяне на премията.

Член 9. Общи изключения, валидни за всички покрити рискове

(1) По тази застраховка не се покриват следните рискове и последиците от тях:

1. самоубийство или опит за самоубийство;

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

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

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

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

4. ядрени взривове, радиоактивно излъчване, радиоактивно, химическо или биологическо замърсяване, природни бедствия и всички други подобни събития с масови последици;

5. заболяване от Синдрома на придобита имунна недостатъчност(СПИН), независимо как е придобит или наречен, или заразяване с вируса на СПИН;

6. самолечение, неспазване на лекарските предписания;

7. бременност (вкл. извънматочна), раждане, аборт и произтичащите от тях усложнения или заболявания;

8. сбиване от страна на застрахования;

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

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

11. боравене с оръжие;

12. предварително съществуващо заболяване или състояние;

13. други събития, настъпили вследствие на излагане на опасност, преднамерено действие или груба небрежност от страна на застрахования.

(2) Не се покриват застрахователни събития, настъпили с лица на възраст над 65 години.

(3) При изрична писмена уговорка между страните и заплащане на допълнителна премия, някои от изброените в ал. 1 и 2 рискове могат да бъдат покрити.

Член 10. Права на ползващите се лица

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

(2) Ако в специалните условия не е посочено друго ползващо се лице при смърт на застрахования, то наследниците на застрахования са лицата, които получават застрахователната сума. Наследниците

трябва да фигурират в удостоверение за наследници. Дружеството не носи отговорност за претенции на лица извън това удостоверение.

(3) По време на срока на застраховката застрахованият може да промени ползващите се лица или да впише нови такива. Тази промяна става по реда на Член 11. В допълнение всяко ново ползващо лице трябва също да даде писмено съгласие, ако застрахованият е различен от застрахования и те не са в съпружеска или възходяща /низходяща връзка.

(4) Ако ползващо лице почине преди застрахованият, последният придобива неговите права по договора.

(5) Ако смъртта на застрахования е настъпила вследствие умишлено деяние на ползващо се лице, застрахователната сума или съответния процент от нея се изплаща на останалите ползващи се лица или на наследниците, ако няма други ползващи се лица. Ако ползващите се лица са няколко, частта от застрахователната сума, полагаща се на извършителя на умишленото деяние, се разпределя между останалите ползващи се лица.

Член 11. Промяна в договора

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

(2) Застрахованият може във всеки един момент да иска промяна на Специалните условия. Искането за промяна се предявява писмено пред застрахователя.

(3) Промени при индивидуални застрахователни договори, водещи до увеличаване на застрахователното покритие, са възможни след удостоверяване на здравословното състояние на застрахования.

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

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

Член 12. Прекратяване на договора

(1) Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок.

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

1. с едностранно изявление от застрахованото лице до застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие;

2. в случай че застрахованото лице се противопостави писмено пред застрахователя срещу сключването на договора върху живота му – от датата на получаване на възражението;

3. в случай че застрахованият почине преди застрахования и преди да е платил цялата застрахователна премия (освен ако е уговорено друго);

4. в случай на забавяне плащането на премията или на някоя вноска от нея, или ако не е платен пълният им размер;

5. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;

6. в други случаи, уговорени изрично в договора.

(3) В случай че договорът се прекратява предсрочно по вина на застрахованото лице, застрахователят не дължи връщане на неусвоената премия за остатъка от застрахователния срок, освен ако не е уговорено друго.

Член 13. Откуп на договора

По договора не се предвижда възможност за откупуването му, тъй като застрахованият плаща премия, съответстваща на застрахователния риск за съответни срок, поради което не се натрупва откупна стойност.

Член 14. Териториален обхват

Застрахователят покрива поетите рискове на територията на Република България, освен ако изрично не е уговорен друг териториален обхват.

Член 15. Отговорност на застрахователя по групови застрахователни договори

(1) При групови застрахователни договори за новопостъпващите лица в групата на застрахованите отговорността на застрахователя започва:

1. от 24.00 часа на деня, в който е издължена допълнителната премия за тези лица;

2. от 24.00 часа на деня на постъпването, ако новопостъпилите заемат мястото на напуснали застраховани.

(2) за напусналите групата на застрахованите лица отговорността на застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.

Член 16. Уведомяване при настъпване на застрахователно събитие

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

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

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

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

Член 17. Начин за изплащане на застрахователната сума или процент от нея

(1) Застрахователната сума или процент от нея се изплаща на ползващото се лице лично или на негов представител, упълномощен с нотариално заверено пълномощно:

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

2. по банкова сметка в България;

3. с пощенски запис.

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

(3) При групови застрахователни договори, сключени от работодател върху живота на неговите работници и служители, когато има договореност между страните или когато закон или друг нормативен акт го изисква, застрахователят изплаща застрахователната сума или част от нея на работодателя, който е длъжен да я изплати на съответното ползващо се лице.

(4) Застрахователят има право на задържане върху застрахователната сума, ако застрахованият не е платил изцяло всички дължими до момента премии.

(5) В случай че застрахованият не заплати просрочена премия в срока на даденото му предизвестия, застрахователят може да извърши прихващане на тази премия от застрахователното плащане.

Член 18. Срок за извършване на застрахователното плащане

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

(2) Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие е необходимо специално разследване, срокът по предходната алинея се удължава до приключване на разследването.

Член 19. Начин на уведомяване

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

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

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

Член 20. Загубване или унищожаване на полицата

В случай на загубване или унищожаване на полицата, застраховащият трябва незабавно да уведоми застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застраховащият получава копието срещу декларация за невалидност на изгубения /унищожения екземпляр.

Член 21. Боравене с личните данни

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

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

Член 22. Давност

Правата по този договор се погасяват с давност от три години от настъпването на застрахователно събитие.

Член 23. Спорове между страните. Юрисдикция

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

Член 24. Данъци и такси

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

Глава втора

ПОКРИТИЕ ЗА СМЪРТ

Член 1. Дефиниция на смърт

Използваното в тази глава понятие смърт носи следния смисъл:

Смърт е смърт на застраховано лице.

Член 2. Покрити рискове

(1) В зависимост от условията, уговорени в Специалните условия, се покриват следните рисковете:

1. смърт вследствие на злополука или на определен вид злополука;

2. смърт вследствие на заболяване или на определен вид заболяване.

(2) При злополука застрахователят извършва застрахователно плащане, само ако смъртта е в причинно-следствена връзка със злополуката и при условие, че е настъпила до 1 (една) година от датата на злополуката;

(3) При заболяване застрахователят извършва застрахователно плащане, само ако смъртта е в причинно-следствена връзка със заболяването и е настъпила през срока на застраховката.

Член 3. Изключения от застрахователното покритие за смърт

(1) Застрахователят не дължи застрахователна сума или процент от нея, когато смъртта е в пряка или косвена връзка с някое от общите изключения съгласно Чл. 9, ал. 1 и 2 на Глава първа.

(2) Застраховката не покрива смърт на лица под 14 години или на недееспособни лица.

(3) Застрахователната сума или процент от нея не се плащат, когато застрахованият не е ползвал реално дните за отпуск по болест.

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

Член 4. Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане в случай на смърт

(1) За изплащане на застрахователната сума или процент от нея в случай на смърт трябва да бъдат представени следните документи:

1. заявление по образец на застрахователя;

2. документ за самоличност;

3. застрахователна полица;

4. декларация за трудова злополука и разпореждане на НОИ в случай на трудова злополука или анкетен лист в случай на битова злополука;

5. болнични листи, издадени от Лекарска консултативна комисия (ЛКК), определящи продължителността на загубата на работоспособност и точната диагноза;

6. сведение от работодателя за настъпило застрахователно събитие (само при групови застраховки направени за сметка на работодателя);

7. други документи (протокол от КАТ, съдебно-медицинска експертиза, епикриза от болнично заведение и др.), удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за последиците от него върху застрахования.

(2) Освен документите по ал. 1 се представят и следните документи:

1. акт за смърт;

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

3. съобщение за смърт по преценка на застрахователя.

Глава трета

ПОКРИТИЕ ЗА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ

Член 1. Дефиниции на неработоспособност

Използваните в тази глава понятия за неработоспособност носят следния смисъл:

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

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

3. ***Неработоспособност*** е временна неработоспособност или трайно намалена или загубена работоспособност.

Член 2. Покрити рискове

(1) В зависимост от условията, уговорени в Специалните условия, се покриват следните

рискове:

1. трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука или на определен вид злополука;

2. трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване или на определен вид заболяване;

3. временна неработоспособност вследствие на злополука или на определен вид злополука;

4. временна неработоспособност вследствие на заболяване или на определен вид заболяване.

(2) При злополука застрахователят извършва застрахователни плащания, само ако:

1. трайно намалената или загубена работоспособност е в причинно-следствена връзка със злополуката и при условие, че е настъпила до 1 (една) година от датата на злополуката;

2. временната неработоспособност е настъпила през срока на застраховката.

(2) При заболяване застрахователят извършва застрахователни плащания, само ако:

1. трайно намалената или загубена работоспособност е в причинно-следствена връзка със заболяването и е настъпила през срока на застраховката;

2. временната неработоспособност е настъпила през срока на застраховката.

Член 3. Изключения от покритието за неработоспособност

(1) Застрахователят не дължи застрахователна сума или процент от нея, когато неработоспособността е в пряка или косвена връзка с някое от общите изключения съгласно Чл. 9, ал. 1 и 2 на Глава първа.

(2) Застрахователната сума или процент от нея не се плащат, когато застрахованият не е ползвал реално дните за отпуск по болест.

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

Член 4. Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане в случай на неработоспособност

(1) За изплащане на застрахователната сума или процент от нея застрахованият/ ползващото се лице трябва представи документите, изброени в Чл. 4, ал. 1 от Глава втора..

(2) При трайно намалена или загубена работоспособност освен документите по ал. 1 застрахованият /ползващото се лице представя решение на ТЕЛК или ЗМК с точно и окончателно определен процент на загубена работоспособност.

Член 5. Ред за установяване и освидетелстване на загубата на работоспособност

(1) Временната загуба на работоспособност се удостоверява с първичен болничен лист и негови продължения.

(2) Болничните листове трябва да са издадени от лицензирано лечебно заведение.

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

(4) Трайно намалената или загубена работоспособност се определя в проценти и се освидетелства от Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) в съответствие с действащата нормативна уредба, а в случай че страните по договора са възприели специална скала за определяне на трайно намалената или загубена работоспособност – от Застрахователна медицинска комисия (ЗМК) при застрахователя в съответствие с възприетата скала.

(5) Освидетелстването на трайно намалената или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва след окончателно и пълно стабилизиране на състоянието на застрахования, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на настъпване на злополуката. Ако стабилизирането не завърши до една година от датата на настъпване на злополуката, освидетелстването се извършва независимо от степента на стабилизация на здравето на застрахования, като се определя процент, отговарящ на състоянието на застрахования към края на едногодишния срок от датата на настъпване на злополуката. Ако по уважителни причини освидетелстването се извърши след изтичане на едногодишния срок, процентът на трайно намалена или загубена работоспособност се определя за състоянието на увреждането към края на едногодишния срок от датата на злополуката. Застрахователят не носи отговорност за усложнения в състоянието на застрахования, настъпили след изтичане на една година от датата на злополуката. По искане на застрахования (застраховащият) при ампутации на крайници и при загуба на очи процентът на трайно намалена или загубена работоспособност се определя без да се чака изтичането на тримесечния срок, но само при завършена стабилизация.

Член 6. Приспадания на извършени плащания. Ограничения

(1) При изплащане на застрахователна сума за смърт се приспадат плащанията за трайно намалена или загубена работоспособност и временна неработоспособност, направени за същото застраховано лице.

(2) При изплащане на процент от застрахователната сума, дължим за трайно намалена или загубена работоспособност, се приспадат плащанията за временна неработоспособност, направени на застрахования (ползващото се лице) за същото застрахователно събитие.

(3) При трайно намалена или загубена работоспособност, ако увреждането засяга орган или крайник, увреден по-рано, застрахователят изплаща сума, съответстваща на разликата между процента на новополученото и процента на предходното увреждане.

(4) Сума за временна неработоспособност от заболяване може да се изплати на застрахования (ползващото се лице) не повече от един път през срока на застраховката, освен ако изрично не е уговорено друго.

(5) Застрахователните плащания за неработоспособност, дължими за дадено застраховано лице, не могат да надхвърлят размера на определената в Специалните условия застрахователна сума за същото лице.

Глава четвърта

ПОКРИТИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ

Член 1. Дефиниции на медицински разходи и самоучастие

Използваните в тази глава понятия носят следния смисъл:

1. ***Медицински разходи*** включва следните разходи:

а) разходи за медицински преглед, изследвания, лечение и хирургическа намеса;

б) разходи за лекарства, медицински средства и употреба на медицински уреди;

в) разходи за стационарно лечение;

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

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

е) разходи за репатриране на тленните останки на застрахования до местоживеенето му.

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

- постоянна опасност за здравето на застрахования;

- сериозно влошаване на телесните функции;

- други сериозни последствия, касаещи здравето и живота на застрахования.

Не са непредвидени и неотложни медицински разходи, разходите за лечение на хронични заболявания, при които симптомите са близки до тези на акутните заболявания, но които са съществували преди началото на срока на застраховката, освен ако проявлението на хроничното заболяването е внезапно възникнало усложнение, протичащо остро, изискващо спешна и неотложна медицинска намеса и застрашаващо живота на застрахования

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

Член 2. Покрити рискове

(1) В зависимост от условията, уговорени в специалните условия, се покриват следните рискове:

1. възникване за застрахования на медицински разходи или определен вид медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на злополука или определен вид злополука със застрахования, не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност по Чл.6 от настоящата Глава.

2. възникване за застрахования на медицински разходи или определен вид медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на заболяване или определен вид заболяване на застрахования, не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност по Чл.6 от настоящата Глава.

Член 3. Изключения от застрахователното покритие

(1) Застрахователят не покрива медицински разходи, които са причинени пряко или косвено от някое от Общите изключения по Чл. 9, ал. 1 и 2 на Глава първа.

(2) Не се включват в обхвата на покритието и следните разходи:

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

2. разходи, свързани с медицински преглед и изследвания, при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице;

3. разходи, свързани с венерически болести, лечение на стерилитет, промяна на пола или имплантиране;

4. разходи за рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия;

5. разходи направени след репатрирането по чл. 1, т.1, букви “д” и “е” от настоящата глава.

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

7. разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства;

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

9. всякакви разходи за експериментални или изследователски услуги;

10. всякакви разходи за медицинско наблюдение или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване или проверка на здравето, включително ваксинации, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, издаване на удостоверения и др.;

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

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

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

Член 4. Задължения на застрахования за уведомяване при осигурено съдействие от Асистанс компания

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

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

Член 5. Документи, необходими за предявяване на иск за застрахователно плащане

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

1. във всички случаи – застрахователен договор (полица) – оригинал;

2. В зависимост от направените разноски:

- медицинска форма, попълнена от лекаря, осъществил лечението;

- рецепти за предписаните лекарства;

- фактури за извършените разходи;

- епикриза от болнично заведение.

3. В случай на злополука:

- документ, удостоверяващ настъпването на злополуката (анкетен лист в случай на битова злополука, декларация за трудова злополука и разпореждане на НОИ в случай на трудова злополука, протокол от КАТ или други правно-релевантни документи, ако събитието е настъпило в чужбина).

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

Член 6. Лимит на отговорност

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

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

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

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

(5) Когато застраховката в рамките на покритите, съгласно застрахователния договор рискове, покрива застрахователни събития, настъпили със застрахованото лице извън територията на Република България, Застрахователят покрива медицинските разходи по тази глава, извършени до 15 дни от датата на настъпване на застрахователното събитие.

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

Член 7. Ползващи се лица

(1) Ползващо се лице е застрахованият.

(2) Ако лицето по ал. 1 не е заплатило или не е в състояние да заплати направените медицински разходи, неговите права на ползващо се лице се придобиват от лицето, което е извършило или заплатило за услугата.

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

Глава пета

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящите Общи условия по Рискова застраховка “Живот” (Допълнителна застраховка и застраховка “Живот”) са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД “Булстрад Живот” с протокол №71 от 7.05.2003г. и одобрени с писмо на УЗН към КФН изх. № 22-02-03 от 23.04.2003г. И СА ИЗМЕНЕНИ С ПРОТОКОЛ №84 /15.11.2004 г. на заседание НА СЪВЕТА НА ДИРЕКТОРИТЕ НА “БУЛСТРАД ЖИВОТ” АД