

ОБЩИ УСЛОВИЯ

по застраховки от Раздел I, т. 1, 2, 4 и 6
на Приложение № 1
към Кодекса за застраховането



I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. „Дженерали Животозастраховане“ АД сключва договори за застраховки „Живот“, застраховки за пенсия или рента, Женитбени и детски застраховки, Постоянни здравни застраховки и Допълнителни застраховки с лица на възраст от 3 до 70 години. Възрастта на застрахования се определя в цели години към началото на застраховката. По-малко от шест месеца не се вземат предвид, а навършени шест и повече месеца се приемат за цяла година.

2. Застраховат се здрави лица.

3. Приемат се за застраховане с утежнен риск и лица, боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в Инструкцията за застрахователно-медицинската дейност при „Дженерали Животозастраховане“ АД, след писмено становище на доверен лекар на компанията.

Утежненият риск се изразява в увеличаването на действителната възраст, в зависимост от възрастта и здравословното състояние при застраховки „Живот“, Женитбени и детски застраховки.

При постоянните здравни застраховки и допълнителните застраховки утежненият риск се изразява в увеличаване на дължимата премия пропорционално на определения увеличен риск.

4. Не се приемат за застраховане лица:

- които имат трайно намалена или загубена работоспособност над 50%;

- недееспособни лица;

- ненавършили 14 годишна възраст за риска смърт.

5. Застрахователните договори се сключват за срок от 1 до 51 години, подбран така че при изтичането му възрастта на застрахованите лица да не надвишава определената за съответната тарифа пределна възраст.

6. Застрахователният договор се сключва за минимална застрахователна сума 1000 лева или равностойността им в евро или щатски долари и максимална по споразумение с „Дженерали Животозастраховане“ АД.

7. ПОКРИТИ РИСКОВЕ:

а/ доживяване на определена възраст;

б/ еднократни или периодични плащания, дължими след изтичане на най-малко една година от плащането на премията или първата разсрочена вноска /пенсии, ренти, стипендии/;

в/ смърт;

г/ сключване на граждански брак;

д/ раждане на дете;

е/ трайно намалена или загубена работоспособност вследствие злополука;

ж/ трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване;

з/ временна неработоспособност вследствие злополука;

и/ временна неработоспособност вследствие на заболяване;

й/ хоспитализация;

к/ разходи за медикаменти;

л/ обезщетение на болнично лечение;

м/ медицински разходи за диагностициране и лечение вследствие злополука или заболявания;

н/ суми при диагностициране на определени заболявания /критични болести/;

о/ разходи за стоматологична помощ;

п/ разходи за транспортиране при злополука, тежки заболявания и смърт /репатриране/;

р/ разходи за погребение.

8. Застрахователното покритие за рисковете по т. 7 е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

9. За **ЗЛОПОЛУКА** по условията на застрахователния договор се считат внезапните събития, настъпили в срока на договора, станали не по волята на застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или загуба на работоспособност, а именно: нещастни случаи, произлизащи от сбиващи се транспортни средства, при работа с машини, използване на оръжия и инструменти или в резултат на възбв, срутване, обгаряне, нараняване, механичен удар, удар от мълния, действие на електрически ток, удавяне, задушаване, измръзване, злоумишлени действия от други лица, нападение от животни, ухапвания от отровни насекоми и влечуги, отравяне от вредни продукти и вещества, приети отбън и при спасяване на човешки живот или имущество.

За застрахователна злополука се считат и изкълчвания, обтягане или късване на стави, сухожилия и мускули вследствие напрегане на собствени сили и случателни на смърт и загуба на работоспособност в резултат на задължителни профилактични имунизации.

10. Не се считат за застрахователна злополука телесните увреждания, настъпили в резултат на:

а/ професионални заболявания;

б/ болести от каквото и да е естество, включително епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, душевни болести, кръвоизливи и парализи, причинени от атеросклероза или високо кръвно налягане и други, освен в случаите, когато вследствие на покрития от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпни смърт или загуба на работоспособност;

в/ умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер, самоуправство или опит за самоуправство;

г/ преднамерени действия на застрахования, довели до временна или трайна загуба на работоспособност или смърт;

г/ употреба на опиати, наркотици, стимулиращи, допингиращи или други упоиващи вещества, включително и алкохолно отравяне в острия период, а също и причинените злополуки след употреба на алкохол, довели до смърт или увреждания;

е/ управление на МПС и участие в ПТП с установено виновно поведение след употреба на алкохол;

ж/ лечебни мерки, инжекции, операции, облъчване и други, доколкото не са наложени от злополука;

з/ инвазивните и коремни хернии, дисковите хернии, радикулитите, отлепване на ретината и други подобни заболявания;

и/ война /обявена или не/, гражданска война, узурпиране на властта, въстание, бунт, революция, употреба на военна сила; тероризъм или друго събитие от подобно естество, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу действителни или очаквани терористични прояви;

й/ ядрена реакция, включително ядрена или атомна експлозия, замърсяване с радиоактивни продукти или отпазък, и радиационно /йонизиращо/ лъчение, както и земетресение;

к/ слънчев и топлинен удар.

11. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

11.1. „Дженерали Животозастраховане“ АД не покрива рисковете по т. 7, свързани с увреждане на живота и здравето на застрахованото лице, в следните случаи:

а/ преди да е изтекла една година от сключването на застрахователния договор, застрахованият съзнателно причини собствената си смърт;

б/ уврежданията, загубата на работоспособността или смъртта последва при извършване или опит за извършване от застрахования престъпление от общ характер;

в/ смъртта е настъпила вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда;

г/ злополуката е причинена или предизвикана от Застрахования или Застрахованото лице, както и при наличие на преднамерено действие, измама или небрежност от страна на Застрахования или заинтересовани лица за получаването на застрахователното обезщетение;

д/ уврежданията са настъпили в резултат на събитията по т. 10 „и“ и „й“, освен в случаите, когато „Дженерали Животозастраховане“ АД е дала писмено съгласие за покритието на този риск;

е/ уврежданията са настъпили в резултат на СПИН или на други болести, предавани по полов път, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации;

ж/ в случаите /освен ако е платена допълнителна премия/, когато застрахованият участва във всякакви форми на спортни занимания: експедиции, ралта и изпитания, яздене, алпинизъм, скално катерене, катерене изискващо употреба на въжета и водачи, спускане в пещери, различни форми на летене - делтапланеризъм, безмоторно летене, моторно приземяване, парашутизъм и активно упражнява спортни занимания, като: подводен спорт, зимни спортове, които са упражнявани извън определените за това места, водомоторен спорт, автомобилнизъм, мотоциклетизъм, каскадьорство, сапърство, лов и други подобни на тях;

з/ уврежданията са настъпили в резултат на злополука по време на пътуването на застрахованото лице с въздушно превозно средство, различно от пътуването с билет на регистрирана авиокомпания за превоз на пътници по редовни и предварително определени маршрути;

и/ уврежданията са настъпили в резултат на злополука, описана в т. 10, „г“ и „е“;

й/ уврежданията са настъпили в резултат на заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза;

к/ уврежданията са настъпили в резултат на нервни или психични заболявания, независимо от тяхната квалификация; психиатрични и еуфорични състояния; депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях;

л/ уврежданията са настъпили в резултат от употребата на алкохол, наркотици, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества. Наличието на алкохол е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи;

м/ неспазване на предписан режим и/или лечение;

н/ участие на застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинична и научно-изследователска цел;

о/ участие на застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на моторно превозно средство при тестови изпитания или опит за постигане на максимално възможна скорост;

п/ уврежданията са настъпили при управление от застрахования на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която застрахованият няма необходимия разрешителен документ;

р/ при упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда чл. 303-305, 307, 309, 310;

с/ застрахованият умишлено е причинил уврежданията;

При смърт в горецитираните случаи, ако премията са платени най-малко за две пълни години, застрахователят плаща на наследниците на застрахования или на третото ползващо се лице математическия резерв по застраховката.

11.2. „Дженерали Животозастраховане“ АД не покрива рисковете за трайно намалена или загубена работоспособност по т. 7, „е“ и „ж“ в случаите:

а/ когато са в резултат на заболяване или злополука, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора;

б/ определенният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на

застрахованото лице.

в/ трайно намалената или загубена работоспособност вследствие на заболяване не е с определен пожизнен срок на инвалидизиране;

г/ датата на експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователното покритие.

11.3. „Дженерали Животозастраховане“ АД не покрива рисковете по т. 7, от „з“ до „р“ включително в случаите на:

а/ физиотерапия и рехабилитация /освен ако в специалните условия не е уговорено друго/;

б/ бременност, раждане и аборт на застрахованата, както и произтичащото от това медицинско лечение, лечение на безплодие, климакс, освен ако те не са предизвикани от застрахователна злополука;

в/ стоматологично лечение и всяко едно болестно състояние на венците и зъбите, освен ако в договора не е уговорено друго и не е заплатена допълнителна премия;

г/ дните за временна неработоспособност не са ползвани реално;

д/ наличие на вродени отклонения и последици, произлизащи от тях;

11.4. „Дженерали Животозастраховане“ АД не покрива рисковете по т. 7 от „и“ до „о“ включително в случаите на:

а/ инфекциозни /заразни/ заболявания, дегенеративни изменения, вкл. Паркинсон, психиатрични заболявания и диабет;

б/ профилактични прегледи и изследвания, имунизации и ваксинации, контролни прегледи и изследвания до завършването на лечението на дадено заболяване.

в/ пластични операции и козметични медицински услуги;

г/ медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което българските граждани ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, скрининг и лечение на онкологични заболявания, трансплантация на органи, неврохирургични и кардиологични операции с особено висока сложност, хемодиализа, различни имунизационни и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми;

д/ употреба на консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата.

е/ разходи за лекарствени средства, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, протеини, противозачатъчни средства, ваксини, специализирани храни, помощни средства. Не се възстановяват разходи за медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване.

ж/ заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора и последици от злополуки, настъпили извън срока на застрахователното покритие;

з/ медицинска помощ, наложена се в резултат на военни действия или размирици, сбиване, самоубийство, извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер, вследствие радиационно облъчване, приемане на опиати или наркотици;

и/ осъществяване на волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка;

II. СКЛЮЧВАНЕ, ФОРМА И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

12. Договорите за застраховка „Живот“ се сключват:

- **индивидуално**
- **групово**

13. **Индивидуалният договор** се сключва въз основа на предложение по образец на застрахователя, попълнено от кандидата за застраховане.

13.1. За застраховки „Живот“, женитбени и детски застраховки, постоянни здравни застраховки и допълнителни застраховки – с лична здравна декларация, която се попълва и подписва собственоръчно от кандидата за застраховане в присъствието на представителя на застрахователя.

13.2. Над определени суми, в зависимост от възрастта, както и за всички лица над 65 години – след лекарски преглед на доверения лекар и допълнителни прегледи от специалисти.

13.3. На лица, посочили заболявания или оплаквания в здравните си декларации – с писмено становище на доверения лекар след извършен медицински преглед. По преценка на доверения лекар се провеждат допълнителни прегледи и изследвания.

14. **Групови договори** се сключват за минимална численост на групата 2 /две/ лица за сметка на застрахованите или за сметка на физически или юридически лица /Застрахователния/ на основание предложение по образец на застрахователя при определена от застрахователя максимална застрахователна сума на едно лице. Групови договори със застрахователна сума на едно лице над тази сума се сключват след писмено разрешение на ЦУ на „Дженерали Животозастраховане“ АД.

14.1. Групови договори за **сметка на застрахованите** се сключват на база поименен списък на застрахованите лица, по образец на Застрахователя.

14.1.1. Всеки застрахован има право да определи:

- а/ размера на застрахователната сума /клауза, лимит/;
- б/ ползващото лице;
- в/ срока на договора.

14.1.2. В групата не се включват лица, които към датата на влизане в сила на застрахователния договор са в отпуск по болест или поради бременност, раждане или осиновяване и отглеждане на дете.

14.1.3. Договорът се сключва без попълване на декларация за здравословно състояние, освен в случаите когато застрахователната сума надхвърля определена от застрахователя застрахователна сума на едно лице или числеността на групата е под 30 души.

В горните случаи кандидатите задължително попълват декларация за здравословно състояние. При необходимост, по преценка на застрахователя може да се изиска и лекарски преглед, който се извършва от негов доверен лекар.

14.2. Групови договори за **сметка на застраховател** се сключват:

а/ **непоименно** - когато се застрахова общият брой на работниците и/или служителите на фирмата или гр. организация, или обособени звена /цех, отдел и гр./

В този случай се застраховат 100% от заетите лица.

В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест или поради бременност, раждане или осиновяване и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.

б/ **с поименен списък** - като се застраховат изрично посочени от Застрахователя работници и/или служители.

В този случай застрахователните суми /клаузи, лимити/ могат да бъдат различни за всяко от застрахованите лица, по преценка на Застрахователя.

В случай че броят на застрахованите лица е по-малък от 90% от общия брой на работниците или служителите, застраховката се сключва с декларация за здравословно състояние на кандидатите за застраховане.

В групата **не се включват** лица, които към началото на договора са в отпуск по болест или поради бременност, раждане или осиновяване и отглеждане на дете.

14.3. При големина на групата до 10 души включително, без значение от вида на договора, застраховката се сключва след попълване на декларация за здравословно състояние, независимо от размера на застрахователната сума.

14.4. Не се сключват групови договори на неформални групи.

15. Формата на застрахователния договор е застрахователна полица или друг писмен акт. Неразделна част от застрахователния договор са общите условия и специалните условия за съответната тарифа. В случай на противоречие между общите и специалните разпоредби се прилагат специалните.

16. Връчване на застрахователния договор:

16.1. При индивидуално застраховане застрахователният договор се връчва лично на застрахования срещу подпис и при видимо добро здравословно състояние.

16.2. При групово застраховане застрахователният договор се връчва на застрахователя - физическо или юридическо лице, а когато е за сметка на застрахованите лица - на определено от групата лице.

17. Действие на застрахователния договор:

17.1. Договорът влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ деня, в който цялата застрахователна или първата вноска при разсрочено плащане е постъпила в касата на „Дженерали Животозастраховане“ АД или е забавена банковата сметка, но не по-рано от 00.00 часа на началото на застрахователния договор и отпача в 24.00 часа на последния ден от срока на застраховката.

17.2. Действие на договора при напускане на работник или служител по групови договори:

а/ за сметка на лицата, ако застрахованото лице напусне, рискът за него по полицата се носи до изтичане на срока, за който е платена премията;

б/ за сметка на физически или юридически лица – застраховател, ако застрахованото лице напусне, действието на договора за него се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането му, освен ако не е уговорено друго.

17.3. Действие на договора при назначаване на работник или служител:

а/ при договори с непоименен списък застрахователното покритие е в сила от деня на постъпването им на работа.

б/ при договори с поименен списък отговорността започва от 00.00 часа на деня, следващ получаването на поименния списък от застрахователя, при условие, че е заплатена начислената за тях премия. За целта се издава анекс към застрахователния договор.

III. ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ

18. При индивидуалното застраховане кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословно състояние на застрахования и да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

18.1. За съществени се смятат обстоятелствата, за които „Дженерали Животозастраховане“ АД е поставила писмено въпрос. Ако застрахованият няма информация за обстоятелствата, за които се поставя въпрос, договорът може да бъде сключен, като незабавно след узнаването застрахованият е длъжен да уведоми застрахователя, за да упражни последният правата си по изменението на договора съобразно риска.

Когато застрахованият е непълнолетен, личната здравна декларация се попълва от договорителя с данни за възрастта и здравословното състояние на застрахования.

18.2. Ако застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което „Дженерали Животозастраховане“ АД не би сключило договора, ако е знаело за това обстоятелство, „Дженерали Животозастраховане“ АД може да прекрати договора. Това право може да бъде упражнено в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. В този случай „Дженерали Животозастраховане“ АД задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

Ако застрахователното събитие настъпи, „Дженерали Животозастраховане“ АД може да откаже изцяло или частично плащането на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, „Дженерали Животозастраховане“ АД може да намали плащането на застрахователното обезщетение съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

18.3. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че „Дженерали Животозастраховане“ АД би сключила договора, но при други условия, компанията може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаването на това обстоятелство. Ако застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорот се прекратява с последиците по чл. 18.2.

19. При груповите застраховки застрахованият е длъжен да попълни добросъвестно и точно всички реквизити в предложението по образец на застрахователя и да подпише декларация, че в групата не са включени лица с трайно намалена или загубена работоспособност над 50%, както и лица, навършили 70 години. Ако застрахованият по групов договор е дал неверни данни за броя на служителите и/или тяхното разпределение по рисковите класове и поради това е начислена и събрана по-малка премия, се редуцира дължимото обезщетение пропорционално на събраната премия спрямо действителната.

IV. ОБЯВЯВАНЕ НА НОВОНАСТЪПИЛИ ОБСТОЯТЕЛСТВА

20. По време на действието на застрахователния договор застрахованият е длъжен да обявява пред „Дженерали Животозастраховане“ АД всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора компанията писмено е поставила въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на това задължение се прилагат чл. 18.2. и чл. 18.3.

V. САМОУЧАСТИЕ

21. Страните по застрахователния договор могат да уговорят самоучастие на застрахования по застраховка от Раздел I т. 4 и т. 6 от КЗ, което се изразява в поемане от него на част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие. Самоучастие може да е безусловно или условно, като неговият размер не може да надхвърля 50 на сто от застрахователната сума по договора.

При безусловното самоучастие застрахованият поема отговорността от настъпване на застрахователно събитие до размер, определен в застрахователния договор.

При условното самоучастие „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща целия размер на вредата, ако той надвишава размера на самоучастие, определен в застрахователния договор. Вредите, които не надвишават установения по застрахователния договор размер на условното самоучастие, се поемат от застрахования.

VI. РАЗМЕР И СРОКОВЕ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПРЕМИИ

22. Застрахователните премии се определят в зависимост от:

- а/ застрахователната сума /клаузи и лимити/;
- б/ срока на застраховката;
- в/ възраст и здравословно състояние на кандидата за застраховане;
- г/ характер на производството /дейност/професия/;
- д/ тарифа на застрахователя.

23. Премиите се предплащат за всяка застрахователна година.

24. По искане на застрахования „Дженерали Животозастраховане“ АД може да разсрочи плащането на премиите на шестмесечие, тримесечие или месечно.

25. Размерът на разсрочената застрахователна премия не може да бъде по-малък от 10 /десет/ лева.

26. Ако през периода на действието на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да поиска съответно увеличение или намаление на застрахователната премия.

27. При неплащане на дължима текуща премия при разсрочено плащане най-късно до 24,00 часа на последния ден на текущия застрахователен период /година, 6 месеца, 3 месеца или 1 месец/, „Дженерали Животозастраховане“ АД е длъжен да покани писмено застрахования да плати текущата премия в срок до един месец от получаването на поканата. Ако текущата премия не бъде платена в този срок, „Дженерали Животозастраховане“ АД може да намали застрахователната сума до размера на откупната стойност, когато текущите премии по застрахователния договор са платени поне за две години. В противен случай „Дженерали Животозастраховане“ АД може да прекрати договора. Ако застрахователното събитие настъпи преди намаляването на застрахователната сума или прекратяването на договора, смята се, че застрахователната сума е намалена или че договорот е прекратен.

28. При групови застраховки, при просрочване плащането на разсрочена премия, считано от 24.00 часа на датата, по която същата е дължима, се прекратяват плащанията по настъпилите застрахователни събития /независимо от датата, на която са настъпили/ – до издължаване на неплатената премия.

29. При значителни промени в общия брой на работниците и/или служителите по груповите договори се извършва окончателно преизчисление на застрахователните премии за досъбиране или връщане при изтичане срока на договора.

30. Застрахованият /застрахованият/ има право да предплати премии за определен период от действието на застрахователния договор или да внесе еднократно всички годишни премии, като предплатените годишни премии се дисконтират за периода на предплата с техническия лихвен процент за съответната тарифа.

31. Застрахованият /застрахованият/ е длъжен да се грижи за редовното плащане на премиите.

32. Премиите се плащат на упълномощен от „Дженерали Животозастраховане“ АД представител, на каса в регионалните офиси на компанията, чрез пощенски запис или търговска банка срещу съответен документ.

Когато плащането на премиите се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на сметката на „Дженерали Животозастраховане“ АД.

33. При промяна на адреса за кореспонденция Застрахованият трябва да уведоми Застрахователя за новия си адрес в 1-месечен срок.

VII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“, ЖЕНИТБЕНИ И ДЕТСКИ ЗАСТРАХОВКИ

34. Застрахованият има право през срока на договора да:

- а/ намали или увеличи размера на застрахователната сума;
- б/ промени срока на застраховката;
- в/ замени застрахователната тарифа с друга;
- г/ промени ползвателя се лице.

Промените се извършват съгласно застрахователно-техническите правила на „Дженерали Животозастраховане“ АД и въз основа на писмено искане от застрахования. Измененията на застрахователния договор по букви „а“, „б“ и „в“ се извършват с издаване на нов договор при спазване условията на точки от м. 1 до м. 6 от настоящите Общи условия, а по буква „г“ – с издаване на добавък. Задължението на „Дженерали Животозастраховане“ АД по новите условия започва от 00.00 часа на деня следващ връчването на новия договор или добавък на застрахования при условие, че застрахователната премия е платена.

35. Застраховките „Живот“ придобиват право на намалена сума и откуп /предсрочна ликвидация/ след изтичане на две години от сключване на договора и при редовно платени премии.

36. Намалената застрахователна сума се определя пропорционално на времето, за което са платени премиите, срока на застраховката и застрахователната сума.

37. По застраховка без право на намалена сума при неплащане на премиите най-късно до последния ден на текущия застрахователен период, „Дженерали Животозастраховане“ АД следва да покани писмено застрахования да плати премиите. Ако премиите не бъдат платени до една година след последния платен падеж, застраховката се унищожава, като на застрахования не се връщат суми.

Ако застрахователното събитие настъпи преди прекратяване на договора, се смята че договорот е прекратен.

38. По застраховките, придобили право на откуп по м. 35, откупната стойност се определя въз основа на набрания математически резерв, съгласно таблица, приложена към условията на полицата.

Действието на застрахователния договор се прекратява от момента на подаване на молбата за изплащане на откуп.

39. При поискан откуп, ако към деня на прекратяване на застрахователния договор има непозасени заеми и лихви, те се прихващат от откупната стойност и на застрахования се изплаща остатъкът.

40. Възстановяване на права по застрахователен договор с нередовно платени премии:

а/ до шест месеца от последния платен падеж – след заплащане на пропуснатите вноски, без допълнителна декларация за здравословно състояние и лекарски преглед;

б/ повече от шест месеца – след представяне на декларация от застрахования за здравословното му състояние. Възстановяването влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ заплащането на пропуснатите и текущите премии. Възстановяването може да се извърши и чрез изключване на просроченото време без заплащане на пропуснатите премии. В този случай началото и краят на срока на договора се изместват в съответствие с времето на просроченото, при предпоставка, че възрастта на застрахования и тарифата, по която е сключена застраховката, позволяват това. Застрахователната премия при промяна на началото на застрахователния договор се определя съгласно възрастта на застрахования към датата на новото начало.

41. Срещу застраховка „Живот“ на застрахования може да бъде отпуснат заем от застрахователя при условие, че са платени премиите за минимум две години.

42. Застрахованият може да получи заем по застраховката в размер до откупната стойност, определена по реда на м.38, към момента на отпускане.

43. Условията и редът на отпускане, погасяване и лихвата по заема се уреждат в анекс към застрахователния договор.

44. Застрахователят разпределя допълнителен доход по застрахователните договори с право на участие в дохода от инвестиции в зависимост от нетния доход от инвестицията на математическия резерв и/или капитализираната стойност на пенсията.

44.1. Разпределението между полиците се извършва на базата на индивидуалния размер на математическия резерв или капитализираната стойност на пенсията през текущата година.

44.2. Разликата между сумата за разпределение по м.44.1. и действително разпределената сума се отнася в резерв за бъдещо участие в дохода /одобрен със Заповед на Управление „Застрахователен надзор“ към Комисията за финансов надзор/.

44.3. След изтичане на финансовата година застрахованият може да получи информация за допълнителния доход, разпределен по индивидуалния застрахователен договор.

45. При сключване на индивидуален застрахователен договор по застраховка „Живот“ със срок повече от 6 месеца, застрахованият има право едностранно да прекрати договора в срок 30 дни от датата, на която е бил уведомен за сключването на застрахователния договор по условията на чл. 237, ал. 2 на КЗ.

VIII. ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

46. При изтичане на срока на застраховката

46.1. При изтичане срока на застраховката, при редовно платени премии заедно с полагащата се застрахователна сума „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща и допълнителна доходност, определена в съответствие с м. 44.

46.2. Размерът на застрахователната сума за полувъзврата се определя от платените премии за целия срок на застраховката.

46.3. Като изтекли застраховки се изплащат и тези, по които до изтичане на срока остава по-малко от една година. Неплатените премии за последната година от срока на договора се удържат от

размера на полагаемата се застрахователна сума.

46.4. При изплащане на застрахователната сума, „Дженерали Животозастраховане“ АД удържа всички вземания, които има срещу застрахования или правоимащите лица.

46.5. По застраховките с право на намалена застрахователна сума, „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща съответната намалена застрахователна сума, определена по реда на т. 36.

47. При смърт на застрахованото лице:

47.1. Изплаща се договорната застрахователна сума по условията на тарифата и допълнителната доходност, в случай че има начислена такава по реда на т. 44, като се:

47.1.1. връщат предплатените премии, считано от следващия начален годишен падеж;

47.1.2. удържат неплатените премии за изравняване на застрахователната година.

47.2. Удържат се изплатените суми за трайно намалена или загубена работоспособност и временна неработоспособност, ако са в причинно следствена връзка със злополуката или заболяването, причинили смъртта.

47.3. По застрахователни договори, по които смъртта е настъпила извън рисковия срок, се изплаща намалена застрахователна сума, определена по реда на т. 36, при условие че застраховката е придобила право на такава.

47.4. Изплащането на застрахователната сума в случай на смърт на застрахования, настъпила без да е в причинна връзка със злополуката или след изтичане на една година от същата, се извършва независимо от плащанията за временна и трайна загуба на работоспособност.

47.5. Застрахователната сума се разпределя по равно между законните наследници, освен ако не е уговорено друго.

47.6. При изплащане на застрахователната сума, „Дженерали Животозастраховане“ АД удържа всички вземания, които има срещу застрахования или правоимащите лица.

48. При трайно намалена или загубена работоспособност вследствие заболяване или злополука

48.1. Изплащането на обезщетения за трайно намалена или загубена работоспособност от заболяване или злополука се извършва само в случаите:

48.1.1 когато заболяването или злополуката са регистрирани за първи път в срока на договора;

48.1.2. когато застрахованото лице бъде освидетелствано за първи път в срока на договора.

48.2. Не се изплаща обезщетение при преосвидетелстване, независимо от времето на неговото извършване.

48.3. Процентът на трайно намалена или загубена работоспособност се установява след окончателно и пълно стабилизиране на получените от злополуката увреждания, но не по-рано от 3 месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката.

Определянето на процента за трайно намалена или загубена работоспособност се извършва от ТЕЛК/НЕЛК на базата на Наредба за медицинската експертиза на работоспособността /НМЕР/, обн. в ДВ бр. 47 от 2005 г.

48.4. По изключение, когато увреждането е в резултат на злополука и определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е до 30%, степента на неработоспособност се определя от Застрахователно-медицинска комисия /ЗМК/ на „Дженерали Животозастраховане“ АД.

48.5. В случай на разлика в определения процент на трайно намалена или загубена работоспособност се взема предвид решението на ТЕЛК/НЕЛК.

48.6. Изплащането на обезщетение за трайно намалена или загубена работоспособност от заболяване се извършва само в случаите на трайно намалена или загубена работоспособност с пожизнен срок на инвалидизиране съгласно чл. 64, ал. 4 от НМЕР.

48.7. Ако вследствие на злополука или заболяване, покрити по настоящите условия, застрахованият е получил суми за временна неработоспособност и впоследствие, в резултат на същото събитие придобие трайно намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между дължимата сума за трайно намалена или загубена работоспособност и получената преди това сума за временна неработоспособност.

48.8. При загуба на очи и ампутация на крайници освидетелствването може да се извърши и по-рано от посочения по-горе 3-месечен срок.

48.9. При определяне размера на плащането за неработоспособност, причинена от застрахователно събитие, освен в случаите на загуба на крайници или други човешки органи, „Дженерали Животозастраховане“ АД може да предвиди срок за стабилизиране на работоспособността, който не може да надхвърля една година от датата на настъпване на застрахователното събитие. В този случай „Дженерали Животозастраховане“ АД определя и изплаща в 15 дневен срок от представянето на доказателствата за установяване на застрахователното събитие предварителен размер, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането.

48.10. В случай, че лечението не е извършило до една година от злополуката, освидетелствването се извършва независимо от степента на стабилизация на инвалидността, като се определя процент, отговарящ на състоянието на застрахования към края на едногодишния срок от датата на злополуката.

48.11. По изключение застрахованият може да бъде освидетелствван и след едногодишния срок, като процентът на трайно намалената или загубена работоспособност вследствие злополука се определя за състоянието му към края на годината от датата на злополуката.

48.12. Професията на застрахования не оказва влияние при определяне процента на трайно намалена или загубена работоспособност.

49. При временна неработоспособност вследствие заболяване или злополука:

49.1. Не се изплащат суми за временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване в случаите, когато застрахованият е получил суми за трайно намалена или загубена работоспособност за същата злополука или заболяване.

49.2. При временна неработоспособност от злополука съответните суми се изплащат, ако неработоспособността е настъпила за първи път до един месец и повторно - до три месеца от датата на събитието.

49.3. Изплащането на обезщетение за временна неработоспособност вследствие едно заболяване /общо или професионално/ се извършва веднъж в застрахователната година.

50. **Медицински прегледи и изследвания вследствие на заболяване или злополука, извършени в срока на договора** – „Дженерали Животозастраховане“ АД възстановява разходи до определен лимит за една застрахователна година, срещу представени документи. Застрахованият има право да се консултира и лекува при частно практикуващи лекари, при лекари на свободен прием, в държавни или частни поликлинични и болнични заведения.

51. **Медикаменти, закупени в срока на договора** – „Дженерали Животозастраховане“ АД възстановява направените разходи за медикаменти по лекарско предписание, свързани с конкретно проведено лечение до определен лимит, закупени до 15 дни от тяхното изписване.

52. **Болничен престой вследствие заболяване или злополука**
52.1. „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща договорен размер дневни пари за всеки ден престой в болнично заведение.

52.2. Застрахованият има право на застрахователна защита, независимо от вида на болницата, в която се лекува. Той е длъжен да спазва препоръките на лекуващия го лекар и всички назначения със задължителен характер. Застрахователната защита обхваща и случаите, когато болничното лечение продължава непосредствено в рехабилитационно или санаториално здравно заведение.

52.3. „Дженерали Животозастраховане“ АД не изплаща суми в случай на балнео и санаториално лечение, когато не е непосредствено предходно от болнично лечение.

53. **Болнично лечение** – „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща обезщетения в зависимост от сложността на извършеното лечение по Таблицата за процентите на обезщетение за риска „Болнично лечение“, приложена към Специалните условия по сключената застраховка и представляваща неразделна част от застрахователния договор. „Дженерали Животозастраховане“ АД не изплаща обезщетения за случаите на болнично лечение извън посочените в Таблицата по предходното изречение.

54. „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща дължимата сума в срок до 15 дни от датата, на която застрахованият или правоимащите представят всички необходими документи. При допълнително изискани документи срокът тече от датата на представянето на последния документ. Откупна стойност се изплаща в 20 дневен срок от поискването ѝ, в случай че застраховката е придобила право на такава.

55. Застрахователната сума по желание на получателя може да бъде изплатена в представителствата на „Дженерали Животозастраховане“ АД, да бъде преведена с пощенски запис /за лева/ или по негова сметка в Търговска банка /ТБ/. При плащане по банков път или с пощенски запис разходите са за сметка на застрахования.

56. „Дженерали Животозастраховане“ АД изплаща определените в застрахователния договор суми и обезщетения на:

56.1. ползващите се лица:
а/ в случай на смърт на застрахования, преди изтичане срока на застраховката;

б/ при сключване на граждански брак или навършване на 25 годишна възраст, ако до тогава не е сключен граждански брак.

По женитбените застраховки, ако ползващото се лице почине преди застрахования, застрахователната сума се изплаща на застрахования или на неговите наследници при изтичане срока на застраховката.

56.2. застрахования - във всички останали случаи.

57. „Дженерали Животозастраховане“ АД не дължи допълнителни плащания за смърт, трайно намалена или загубена работоспособност и временна неработоспособност за усложнения, настъпили след 1 година от датата на злополуката.

58. Общата сума на всички плащания към едно застраховано лице не може да надвишава застрахователната сума, освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго.

59. Всички плащания по застрахователни договори се извършват във валутата, в която са платени премията. Разплащанията се извършват в лева по фиксинга на БНБ в деня на плащането. Условията за разплащане са съобразени с действащия валутен режим в страната. При промяна ще се прилагат новите разпоредби на закона.

IX. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

60. За изплащане на застрахователни суми и обезщетения се представя Молба по образец и следните документи:

60.1. При индивидуален договор – оригинална полица.

60.2. При групов договор, сключен непоименно – служебна бележка по образец на застрахователя.

60.3. При групов договор, сключен поименно – копие на застрахователен договор.

60.4. При изтичане срока на застраховката; при предсрочна ликвидация /откуп/; еднократни или периодични плащания, дължими на определен падеж /пенсии, ренти, стипендии/ се представят и:

60.4.1. При загубена полица или притурка се попълва лично от застрахованото/ползващото лице Декларация за загубена полица/ притурка.

60.4.2. При периодични плащания /пенсии, ренти, стипендии/, които са дължими от застрахователя на основание издадена притурка към застрахователен договор, се представя и оригиналната притурка.

60.4.3. При изплащане на сума, поради сключване на граждански брак – удостоверение за сключване на граждански брак.

60.4.4. При изплащане на бонус за раждане на дете – акт за раждане.
60.5. При смърт на застрахования:
60.5.1. Препис-извлечение на акта за смърт
60.5.2. Съобщение за смърт.
60.5.3. Ако смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза.
60.5.4. Ако е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол/съдебно-медицинска експертиза.
60.5.5. При злополука в зависимост от характера ѝ се представят и:
60.5.5.1. при битова злополука – ползващото лице или законен наследник попълва декларация за настъпило събитие по образец;
60.5.5.2. при трудова злополука се представя копие на декларацията за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО /Кодекс за социално осигуряване/;
60.5.5.3. при ПТП – копие на протокола за ПТП, заедно с резултат от алкохолна проба, в случай че застрахованият е бил шофьор;
60.5.5.4. ако във връзка с настъпило събитие има заведено следствено дело или полицейско знание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело /прокурорско постановление и пр./.
60.5.5.5. други документи, установяващи злополуката, ако има издадени такива.
60.5.6. Ако в договора не е указано конкретно ползващо лице се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
60.5.7. За установяване степенята на работоспособност на застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
60.5.7.1. справка за реално отработени дни;
60.5.7.2. копие на фиш за начислено трудово възнаграждение;
60.5.7.3. копия на болнични листа;
60.5.7.4. амбулаторни листа от прегледи при лекар
60.5.7.5. лична амбулаторна карта
60.5.7.6. други документи, касаещи работоспособността на застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
60.6. При трайна загуба на работоспособност.
60.6.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията и/или злополуките, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
60.6.1.1. Лична амбулаторна карта;
60.6.1.2. Амбулаторни листа от прегледи при лекар;
60.6.1.3. Епикризи;
60.6.1.4. Резултати от изследвания и пр.
60.6.2. При трайна загуба на работоспособност от злополука се представя и експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, издадено съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС 99/31.05.2005 г., обн. ДВ, бр. 47/2005 г. или протокол от ЗМК на Застрахователя. В зависимост от характера на злополуката, причинила трайни увреждания и в случай, че не са представени изплащане на временна загуба на работоспособност, се представят и описаните в т. 60.5.5. документи.
60.6.3. При трайна загуба на работоспособност от общо заболяване – експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, издадено съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС 99/31.05.2005 г., обн. ДВ, бр.47/2005 г.
60.6.4. При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:
60.6.4.1. експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, издадено съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС 99/31.05.2005 г., обн. ДВ, бр.47/2005 г.;
60.6.4.2. разпореждане на НОИ за професионалния характер на заболяването.
60.6.5. За установяване степенята на работоспособност на застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи, описани в т.60.5.7.
60.6.6. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за попечителство.
60.7. При временна загуба на работоспособност:
60.7.1. Копия на болничните листове, които да бъдат заверени, със забележката: „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. Болничните листове следва да са издадени съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС 99/31.05.2005 г., обн. ДВ, бр.47/2005 г. За безработни, пенсионери, деца и всички лица, за които не се издават болнични листове, се представя Медицински сертификат по образец на застрахователя.
60.7.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикризата.
60.7.3. Амбулаторни листа от прегледите при лекар.
60.7.4. Лична амбулаторна карта на застрахования.
60.7.5. В случай на временна загуба на работоспособност от злополука се представят и:
60.7.5.1. Рентгенови снимки и други резултати от изследвания, доказващи степенята на увреждане на застрахованото лице.
60.7.5.2. В зависимост от характера на настъпилата злополука се представят и описаните в т. 60.5.5. документи;
60.7.6. В случай на временна загуба на работоспособност от професионално заболяване се представят и:
60.7.6.1. Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването
60.7.6.2. Разпореждане на НОИ за професионалния характер на заболяването
60.7.7. За установяване степенята на работоспособност на

застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи, описани в т. 60.5.7.
60.7.8. При изплащане на обезщетение за временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за попечителство.
60.8. За изплащане на сума при диагноза критична болест се представят документи, удостоверяващи по безспорен начин диагностицирането на критичната болест:
60.8.1. Копия на болничните листа, издадени съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС 99/31.05.2005 г., обн. ДВ, бр.47/2005 г.
60.8.2. При проведено болнично лечение - копие на епикриза;
60.8.3. резултати от хистологично изследване, други резултати от изследвания, ЕКГ, ЕЕГ, контролни прегледи и пр.;
60.8.4. лична амбулаторна карта /картон/ на застрахования;
60.8.5. амбулаторни листа от прегледи при лекар;
60.8.6. при смърт – препис-извлечение на акт за смърт, съобщение за смърт, аутопсионен протокол;
60.8.7. За установяване степенята на работоспособност на застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи, описани в т. 60.5.7.
60.9. За изплащане на дневни пари за болничен престой и обезщетения за болнично и оперативно лечение се представят и документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой:
60.9.1. Епикриза;
60.9.2. Копия на болничните листове, издадени съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС 99/31.05.2005 г., обн. ДВ, бр.47/2005 г.;
60.9.3. Лична амбулаторна карта;
60.9.4. Амбулаторни листа от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение;
60.9.5. В случай на болнично лечение, наложено поради претърпяна злополука се представят и описаните в т.60.5.5. документи;
60.9.6. При необходимост застрахователят изиска и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.
60.9.7. За установяване степенята на работоспособност на застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи, описани в т. 60.5.7.
60.10. При възстановяване на медицински разходи за диагностициране и лечение на заболявания или злополуките:
60.10.1. Лична амбулаторна карта;
60.10.2. Амбулаторни листа от прегледи при лекар, назначил медикаментозно лечение, изследванията, диагностична забеляването и следящ неговото развитие;
60.10.3. При проведено болнично лечение – копие на епикриза;
60.10.4. При ползван отпуск по болест – копие на болничните листа;
60.10.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят и:
60.10.5.1. Разходни документи съгласно т. 60.16.
60.10.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /мед. направление/.
60.10.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
60.10.6.1. Оригинална рецепта, на 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.
60.10.6.2. Разходни документи съгласно т. 60.16.
60.10.7. При възстановяване на разходи за оперативно лечение се представят и:
60.10.7.1. Разходни документи съгласно т. 60.16.
60.10.7.2. Други медицински документи, касаещи оперативното лечение и заболяването /епикризи и пр./.
60.10.8. В случай, че извършените медицински разходи са по повод на претърпяна злополука и в зависимост от характера ѝ, се представят и описаните в т. 60.5.5. документи.
60.10.9. За установяване степенята на работоспособност на застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи, подробно описани в т. 60.5.7.
60.11. При възстановяване на разходи за стоматологична помощ.
60.11.1. Разходни документи съгласно т. 60.16.
60.11.2. Амбулаторен лист от прегледа при стоматолог или медицинска форма по образец на застрахователя.
60.11.3. Рентгенова снимка, в случаите, в които тя е необходима за поставяне на точната диагноза и определяне на терапевтичния план.
60.11.4. В случаите на травматични увреждания в резултат на злополука – документи удостоверяващи настъпила злополука и причинната връзка с настъпилите увреждания на зъбите, подробно описани в т. 60.5.5.
60.12. При възстановяване на разходи за репатриране, транспортирани и/или позребение:
60.12.1. Разходни документи съгласно т. 60.16.
60.12.2. Всички документи касаещи събитието, подробно описани в точки от т.60.1 до т. 60.11, в зависимост от неговия характер.
60.13. При изплащане на застрахователни суми и обезщетения по застрахователни договори с вноски за сметка на застрахованото лице и по тях могат да бъдат ползвани данъчни облекчения по реда на ЗДДФЛ, следва да се представят и:
60.13.1. Декларация по образец, попълнена от застрахованото лице,

в която се посочва сумата, за която е ползвано данъчно облекчение – в случай, че вноските са внасяни касово /с квитанции/;

60.13.2. Служебна бележка от работодателя за ползвани или не данъчни облекчения – в случай, че вноските са утвърдени по вedomост и плащани по банков път.

60.14. При необходимост застрахователят може да изиска представянето на други документи, удостоверяващи обстоятелствата около настъпване на събитието; за установяване на телесните увреждания на застрахования; здравословното му състояние преди сключване на конкретния договор и други документи имащи отношение към настъпило събитие и определяне размера на дължимото обезщетение.

60.15. За получаване на допълнителна информация, касаеща обстоятелствата около настъпване на събитието, както и на вредите причинени от него, застрахователят се обръща за съдействие към съответните компетентни органи /болнични и други здравни заведения, лекари, стоматолози, следствие, прокуратура и пр./. При изискване на такава информация, застрахователят уведомява застрахования/ ползващите лица за направеното писмено запитване и се ангажира да вземе становище по случая в законоустановения срок след получаване на отговор от страна на съответната институция.

60.16. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на законите изисквания /Закона за счетоводството, Закона за ДСС и пр./:

60.16.1. оригинална фактура с фискален бон;

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

60.16.3. в горния ляв ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ляв ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата.

60.17. При настъпване на застрахователно събитие застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чийто живот е застрахован, и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.

Х. ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

61. Споровете между „Дженерали Животозастраховане“ АД и застрахованите или ползващите лица се уреждат чрез преговори въз основа сключения договор и настоящите условия.

62. Правата по застрахователния договор се погасяват с изтичане на пет години от настъпването на застрахователното събитие или изтичане срока на договора.

63. При уважителни причини „Дженерали Животозастраховане“ АД може да изплаща суми за застрахователни събития и след изтичане на петгодишната давност.

64. „Дженерали Животозастраховане“ АД не дължи лихви за неправилно и/или погрешно внесени или несвоевременно изтеглени суми, както и при несвоевременно искане за получаване на суми по застрахователния договор.

65. „Дженерали Животозастраховане“ АД не дължи обезщетение за пропуснати ползи.

66. Споровете по застрахователните договори са подсъдни на българските съдилища.

ДЕФИНИЦИИ

ДОГОВОРИТЕЛ /ЗАСТРАХОВАЩ/ е лицето, което сключва застраховката и се задължава да плаща премията.

ЗАСТРАХОВАН е лицето, чийто неимуществени блага са предмет на застрахователния договор. Договорът застраховка „Живот“ се сключва срещу събития, свързани с живота, здравето и/или телесната цялост на физическо лице.

ПОЛЗВАЩО СЕ ЛИЦЕ е друго лице, посочено от застрахования в застрахователния договор, като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума. Може да бъде лице, различно от застрахования.

Договорителят и застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

Договорител или ползващо лице могат да бъдат физически и юридически лица.

НЕФОРМАЛНА ГРУПА – по смисъла на тези условия неформална група е тази, която е образувана с цел сключване на застрахователен договор.

ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА – всички травматични увреждания в резултат на застрахователна злополука, станали по време и във връзка или по повод на извършената работа и признати от съответния компетентен орган за такива.

ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е увреждане на здравното състояние, което е настъпило изключително или преимуществено от въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма, и включено в таблицата за професионалните заболявания. То се удостоверява от комисията за професионални болести с решение, отговарящо на изискванията се критерии.

ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ е намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, вследствие заболяване или злополука за определен период, през който трябва да се спазва определен оздравителен режим /оформя се с болничен лист по образец, утвърден от управителя на НОИ и министъра на здравеопазването/.

ТРАЙНО НАМАЛЕНА ИЛИ ЗАГУБЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ е степен на загубена способност на лицето за извършване на трудова дейност, вследствие нарушена функция на отделен орган или на целия организъм /определя се с решение на правомощна медицинска комисия – ЗМК или ТЕЛК/НЕЛК/.

КРИТИЧНИ БОЛЕСТИ са следните болестни състояния:

– **злокачествени новообразувания /рак/** – наличие на неконтролиран растеж и разпространение на злокачествени клетки и разрушаване на тъкани. Трябва да се представят неопровержими доказателства за таква разрушаване на тъкани и точна хистология на злокачествен растеж. Терминът рак включва също левкемия, лимфоми и болестта на Ходжкин /M. Hojkin/. Изключват се неразрушителни карциноми in situ; локализиран неразрушителни тумори, показващи само ранни злокачествени изменения; тумори при наличието на някои човешки имунодефицитен вирус и всички видове рак на кожата, с изключение на злокачествени меланоми.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 9: 140 – 208, с изключение на 172 и 173 /кожен рак/ и МКБ 9: 230 – 234 ; по МКБ 10: С 00-С 96, с изключение на МКБ 10: С 43 и С 44 /кожен рак/ и МКБ 10: D 00 - D 09;

– **сърдечен удар /инфаркт/** – умъртвяване на част от сърдечния мускул в резултат на рязко прекъсване на необходимото кръвоснабдяване в тази област. Диагнозата ще се базира на всички от следващите критерии: история на типичната болка в гръдния кош; промени в новите електрокардиограми; покачване нивата на сърдечните ензими.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 9: 410 и 411; по МКБ 10: I 21 и I 24.

– **мозъчен удар /инсулт/** – всеки мозъчносъдов инцидент, водещ до неврولوجични последици, продължаващи повече от 24 часа, включително: инфаркт на мозъчната тъкан; кръвоизлив на вътрешночерепен кръвоносен съд или емболизация от извънчерепен източник. Трябва да се получи доказателство за постоянен неврولوجичен дефицит /увреждане на сетивните и двигателни функции/.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 9: 430 – 438, с изключение на 435 /преходна мозъчна исхемия/; по МКБ 10: I 60 – I 69, с изключение на переходна мозъчна исхемия;

– **бъбречна недостатъчност** – краен етап на бъбречна недостатъчност /дефицит/ поради хроничен и необратим отказ на двата бъбрека да функционират. Това трябва да бъде освидетелствувано чрез редовно провеждана животоспасяваща диализа на бъбреците или извършена бъбречна трансплантация. Не се включват случаи на временни периоди на диализа или отстраняване на един бъбрек.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 9: 584 и 585; по МКБ 10: N 17 и N 18.

МКБ – Международна статистическа класификация на болестите.

МЕДИКАМЕНТИ са закупени лекарствени средства по предписане на лекуващия лекар във връзка с последиците от застрахователна злополука или заболяване до 15 дни от тяхното изписване.

ОСТРО/АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е внезапно и неочаквано, новопоявило се в срока на застраховката, както и непредвидено обостряне на съществуващо заболяване, ако е довело до заплашващо живота състояние.

БОЛНИЦА е законно разкрито държавно или частно здравно заведение с болнични легла, което е с лекарско управление, разполага с достатъчно диагностични и терапевтични възможности, работи съгласно общоприетите научни методи и води нормативно приетата регистрация и отчет на заболяванията.

БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ е настаняване на лице в болница за лечение вследствие заболяване или злополука, продължило над 24 часа.

МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ – медицински услуги, предоставени в държавни или частни заведения за извънболнична помощ.

ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – това са амбулатории за първична или специализирана помощ, в които лекари или стоматолози извършват диагностика, рехабилитация и наблюдение на болни, консултации и профилактика.

НОРМАЛЕН ЗДРАВЕН СТАТУС е здравно състояние на застрахования, основните показатели, за което съгласно утвърдената медицинска практика в страната, са в граници на нормалните.

ЗАСТРАХОВАНЕ ПРИ СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ означава: осигуряване на стандартните покрития срещу завъзвешена премия; изключване от покритията на много вероятни или с особено висок риск събития, например някои видове медицински услуги, определено наличие на заболяване; съществено редуциране на застраховката при голяма вероятност от фатални последици за живота на Застрахования в резултат на съществуващи увреждания или заболявания, както и на вредни навици като тютюнопушене и алкохолизъм.

ТЕРОРИЗЪМ означава: акт на използване на сила, насилие или заплаха от лице или група лица, действащи самостоятелно или от името и във връзка с други организации или правителства, обвързани с политически, религиозни, идеологически и други подобни цели, включително с намерение да се окаже въздействие върху определено правителство и да се заплаши обществото или част от него и други подобни действия. Тероризъм включва също всяко действие, което е потвърдено или признато като акт на тероризъм от правителството на страната, където се случва, както и използването, изпускането или изтичането на ядрени материали, които директно или индиректно предизвикват ядрена реакция или радиация или радиоактивно замърсяване; разпространението или прилагането на отровни биологични или химически материали; изпускането на патологични или отровни биологични или химически материали.

ОТКУПНА СТОЙНОСТ е сумата, която се получава при пресрочна ликвидация на застраховката.

ДОХОДНОСТ е печалбата от инвестирането на математическия резерв по застраховката.

ПАДЕЖ – 24.00 часа на деня, предхождащ периода, за който премията е дължима.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на дружеството на 03.12.2004 г., изменени и допълнени с Протокол № 20 от 11.12.2006 г. от СД на „Дженерали Животозастраховане“ АД.