

# Общи условия

## за застраховки „Злополука и Заболяване“



## Съдържание

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“	01	XIV. ТРЕТО ПОЛЗВАЩО СЕ ЛИЦЕ	03
II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА	01	XV. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР	04
III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ	01	XVI. ПРАВО НА РЕГРЕСЕН ИСК. ПОГАСИТЕЛНА ДАВНОСТ	04
IV. ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ	01	XVII. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ	04
V. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ	01	XVIII. РАЗХОДИ, ДАНЪЦИ, ТАКСИ	04
VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР	01	XIX. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ. НАЧИНИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ	04
VII. САМОУЧАСТИЕ	02	XX. ДЕФИНИЦИИ	05
VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА	02	XXI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	05
IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ	02	ПРИЛОЖЕНИЕ №1	
X. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ	02	КЪМ ТОЧКА 60 ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“	06
XI. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ	02	ПРИЛОЖЕНИЕ № 2	
XII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ	02	КЪМ ТОЧКА 62 ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“	06
XIII. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ ИЛИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ОБЕЗЩЕТЕНИЯ. СРОК ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ	03		

### I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

- По тези Общи условия за застраховки „Злополука и Заболяване“, „Дженерали Застраховане“ АД (наричано по-нататък „ЗАСТРАХОВАТЕЛ“), срещу платена застрахователна премия застрахова едно или повече физически лица срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост, настъпили вследствие злополука или заболяване.
- По смисъла на тези Общи условия:
  - 1.1. ЗАСТРАХОВАЩЕ е лицето, което сключва застрахователния договор и се задължава да плаща застрахователната премия.
  - 2.2. ЗАСТРАХОВАН е физическото лице, което се застрахова срещу рискове, свързани с живота, здравето или телесната му цялост. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ и ЗАСТРАХОВАНИЯТ могат да бъдат едно и също лице или да са различни лица. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ може да бъде физическо или юридическо лице, но ЗАСТРАХОВАНИЯТ е винаги физическо лице.

### II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

- Застраховател се зграби лица на възраст по 69 години към началото на застрахователното покритие по договора.
- Не се застраховат:
  - 4.1. лица със загубена работоспособност над 50%;
  - 4.2. лица, навършили 69 години към началото на застрахователното покритие по договора;
  - 4.3. за риска „смърт“ малолетни лица (под 14 години) и лица, поставени под пълно запрещение.
- По желание на Застрахователя и по специални условия на Застрахователя, могат да се застраховат и лица, които не покриват изискванията по точки 4.1 и 4.2
- Договорите за застраховки „Злополука и Заболяване“ се сключват като индивидуални, семейни или групови.

### III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

- Застраховката покрива следните основни и допълнителни застрахователни рискове:
  - 7.1. Смърт, настъпила вследствие злополука – основен и задължителен риск;
  - 7.2. Смърт, настъпила вследствие злополука или заболяване;
  - 7.3. Трайна загуба на работоспособност, настъпила вследствие злополука или заболяване;
  - 7.4. Временна неработоспособност, настъпила вследствие злополука или заболяване;
  - 7.5. Хирургическо лечение (хирургически операции), извършено по повод настъпила злополука или заболяване;
  - 7.6. Дневни пари за болничен престой (хоспитализация) вследствие злополука или заболяване;
  - 7.7. Следхоспитализационно възстановяване вследствие злополука или заболяване (неработоспособност след болнично лечение);
  - 7.8. Възстановяване на медицински разходи, извършени по повод настъпила злополука или заболяване;
  - 7.9. Възстановяване на разходи за медицински транспорт или репатриране, извършени по повод настъпила злополука или заболяване;
  - 7.10. Разходи за погребение при смърт, настъпила вследствие злополука или заболяване;
  - 7.11. Фрактури на застрахованото лице вследствие злополука;
  - 7.12. Дентална помощ, извършена по повод настъпила злополука;
  - 7.13. Изгаряния, настъпили вследствие на злополука;
  - 7.14. Диагностично особено тежко (критично) заболяване;
  - 7.15. Други застрахователни рискове, настъпили вследствие злополука или заболяване – по желание на Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна премия за тях, по специални договорености със Застрахователя.

### IV. ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

- Застрахователят предоставя застрахователно покритие за застрахователни събития, настъпили на територията на Република България, освен ако в застрахователния договор е уговорено друго.

### V. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

- Застрахователните рискове по тези общи условия, както и последиците от тях, не се покриват в случаите, когато събитието е настъпило или е вследствие на:
  - 9.1. събития с масови последици:
    - 9.1.1. война или военни действия, терористични актове, граждански размирици, узурпиране на властта, въстание, бунт, революция и други събития от подобно естество, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу терористични прояви;
    - 9.1.2. радиоактивни аварии, ядрени взривове, замърсяване с радиоактивни продукти или отпадъци, радиационно (ионизиращо) лечение;
    - 9.1.3. природни и екологични бедствия;
    - 9.2. практикуване на високорискови дейности (спорт или хоби) – моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и повдигни спортове; скокове от високо, катерене, слеполеология и зимни спортове, практикувани извън местата, обозначени за тяхното упражняване;
  - 9.3. упражняване от Застрахования на всякакъв вид спорт като професионален спортист, включително участие в тренировки и спортни състезания, освен ако в застрахователния договор е уговорено друго;
  - 9.4. участие в състезания и изпитвания на транспортни средства на земя, по вода или във въздуха;
  - 9.5. пътувания по въздуха, с изключение на тези като пътник в самолет с платен билет за редовен или чартерен полет;
  - 9.6. доказана употреба на алкохол, на наркотици или други упойващи, допинизиращи или стимулиращи вещества от Застрахования;
  - 9.7. упражняване на моторно превозно средство (МПС) от Застрахования, когато не притежава правоспособност за управление на съответната категория МПС или когато свидетелството му за управление е било временно отнето;
  - 9.8. заболяване с алкохолна генеза;

- 9.9. съществуващи преди договора състояния, вродени увреждания или заболявания, включително хронични заболявания, както и всякакви други заболявания, диагностицирани преди сключването на договора;

- 9.10. усложнения на бременността, аборт, раждане или раждане на мъртво дете, както и произтичащо от това медицинско лечение на застрахованата, с изключение на случаите на застрахователна злополука;
- 9.11. неспазване на предписан режим и/или лечение, симулиране или агравирание на заболяване от Застрахования, както и осъществяване по волята на Застрахованото на лечение без медицинска необходимост и без лекарско предписание;
- 9.12. съзнателно увреждане от Застрахования на собственото му здраве;
- 9.13. психични заболявания, психиатрични и еуфорични състояния, умствени увреждания и последиците от тях;
- 9.14. участие в медицински, научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти;
- 9.15. упражняване на дейност, за която Застрахованият няма валиден разрешителен документ, ако такъв се изисква по закон, включително управление на сухопътни превозни средства (с изключение на МПС), летателни апарати или плавателни съдове без да притежава правоспособност за управление или когато е с временно отнета правоспособност;
- 9.16. злополука, настъпила със Застрахования вследствие негова несъзнавана непрегледливост (небрежност);
- 9.17. злополука, настъпила със Застрахования поради неспазени от него правила или инструкции за безопасност;
- 9.18. злополука, настъпила със Застрахования при упражняване на работа, забранена от Коекса на труда;
- 9.19. СПИН и болести, предавани по полов път;
- 9.20. самоубийство или опит за самоубийство на Застрахования;
- 9.21. диагностика и лечение на затлъстяване и метаболитен синдром, както и на процедури за намаляване на телесното тегло;
- 9.22. пластични операции, операции за смяна на пола, операции за корекция на зрението и всякакъв вид косметични медицински процедури, както и последиците от тях;
- 9.23. физиотерапия, рехабилитация и санаторно лечение, освен в случаите, когато лечението е продължение на болнично лечение на последиците от покрити по договора злополука или заболяване;
- 9.24. лечение на стерилитет, включително ин витро процедури;
- 9.25. извършване на престъпление от общ характер от Застрахования;
- 9.26. участие на Застрахования в сбивания;
- 9.27. хулигански действия от страна на Застрахования;
- 9.28. изпълнение на смъртна присъда; увреждане здравео на Застрахования, настъпило по време на принудителното му задържане от компетентен държавен орган, а така също при или по повод изтърпяването на наложено наказание лишаване от свобода;
10. Освен в посочените по-горе в т. 9 случаи, Застрахователят не извършва плащания и за:
  - 10.1. възстановяване на разходи на Застрахования при или по повод злополука или заболяване по групи застрахователни договори;
  - 10.2. възстановяване на плащания, покрити от системата на държавното социално или здравно осигуряване, и/или доброволното здравно осигуряване, вследствие на злополука или заболяване;
  - 10.3. прегледи, изследвания, лечение и медикаменти и всякакви други здравни услуги и/или стоки, извършени и/или закупени за лечение на заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация, в т.ч. профилактични прегледи и изследвания за тяхното установяване и/или отхвърляне;
  - 10.4. потребителски такси и такси по групи схеми за получаване на медицинска помощ;
  - 10.5. такси за документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения;
  - 10.6. такси за получаване на копия (записи) от извършени изследвания на траен носител, както и разходи за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друг;
  - 10.7. такси за прегледи и/или изследвания за започване на работа, за шофьорски курсове, за застраховане, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕАК; такива, извършени във връзка със съдебномедицинска експертиза на Застрахования;
  - 10.8. събития, настъпили на територията на Ислямска република Иран, Сирийската арабска република, Корейската народнодемократична република, Кримския регион или на територията на държава, спрямо която Организацията на обединените нации, Европейския съюз, Съединените американски щати, Обединено кралство Великобритания и Северна Ирландия или Република България прилага забрана за предоставяне на застрахователно покритие.
  11. Освен в посочените в т. 9 и т. 10 по-горе случаи, Застрахователят не покрива застрахователните рискове по тези общи условия, както и последиците от тях, когато попадат в обхвата на забрана, въведена с решение на Организацията на обединените нации, с указ, декрет, закон, правилник, постановление, решение или друг писмен акт на Европейския съюз, Съединените американски щати, Обединено кралство Великобритания и Северна Ирландия или Република България.
  12. Срещу заплащане на допълнителна застрахователна премия, страните могат да уговорят покритие срещу някои от изключените рискове по точки 9 и 10 (без подточка 10.8). Това се отразява изрично в договора или в добавък към него.

### VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

#### ● СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

13. Застрахователният договор може да се сключи за срок по 5 години включително. Срокът се посочва в договора, като се отбелязва изрично началото и края на застрахователното покритие.
14. Периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката, се нарича период на застрахователното покритие. Периодът на застрахователното покритие може да бъде определен в минути, часове, дни, седмици, месеци или години или чрез изрично определяне на начален и краен момент.

## • НАЧАЛО И КРАЙ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

15. Освен ако в договора е уговорено друго, застрахователното покритие започва от деня, следващ заплащането на застрахователната премия или на първата вноска по нея – при разсрочено плащане на премията. Застрахователното покритие се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен в застрахователния договор за край на срока.
16. За индивидуалните, семейните и груповите договори за сметка на застрахованите, покритието от заболяване започва от 00:00 часа на деня, следващ този, в който изтича 30-дневния оплагателен период, освен ако в договора е уговорено друго.
17. При подновяване на договора за застраховка при Застрахователя, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, изискването по предходната точка за оплагателен период не се прилага.
18. По груповите застрахователни договори:
  - 18.1. за нобосотъпниците в групата лица, застрахователното покритие за тях започва в 00:00 часа на деня, следващ този на постъпване на лицето в групата;
  - 18.2. за напусналите групата лица, застрахователното покритие за тях се прекратява в 24:00 часа на деня на тяхното напускане;
  - 18.3. за лицата, които са в отпуск поради временна неработоспособност, бременост, раждане, основният или за отлеждане на дете към началото на застрахователното покритие по договора, отговорността на Застрахователя за тях (началото на застрахователното покритие за тях) започва в 00:00 часа на деня, следващ този, в който фактически са се върнали на работа, освен ако в договора е уговорено друго.
19. Периодът, за който се определя застрахователна премия, се нарича застрахователен период. Този период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок. В срока на застрахователния договор може да се включва повече от един застрахователен период.
20. Застрахователният договор се прекратява с изтичането на срока, за който е сключен, както и в други случаи, предвидени в Кодекса за застраховането или в договора.
21. Финансовите отношения между страните по договора се уреждат към датата на прекратяването му, освен ако страните договорят друго.

## • СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ОЦЕНКА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

22. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение на Застраховачия (по образци на Застрахователя), освен ако страните уговорят договорът да се сключи без такова предложение. Застрахователният договор се сключва като застрахователна полица или друг писмен акт.
23. Застрахователят може да иска от кандидата за застраховане да представи попълнена и подписана лична здравна декларация (по образци на Застрахователя) и/или да му предпие извършване на медицински преглед и/или изследване.
24. При семейните и груповите застрахователни договори, Застрахователят може да откаже сключването на договор за отделен кандидат за застраховане, за цялото семейство или група или за част от членовете на семейството, съответно групата.
25. Груповите застрахователни договори се сключват за сметка на застрахованите лица или за сметка на Застраховачия.
26. При сключване на договора, Застраховачият, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер е длъжен да обясни точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за оценяване на застрахователния риск, включително погрешно и пълна информация относно възрастта, пола, здравословното и финансовото състояние на Застрахования. Същото изискване се прилага и за Застрахования, когато при сключването на договора е била поискана информация от него.
27. Ако Застраховачият или Застрахованият съзнателно е обявил неточно или в премълчано обстоятелство, при надличното на което Застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати договора. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
28. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска измъненето му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застраховачият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последните по предходната т. 27.
29. Когато в случаите по точки 27 и 28 застрахователното събитие настъпва, Застрахователят може да откаже, частично или изцяло, застрахователното плащане само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството е оказало въздействие само за увеличаване размера на времето, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
30. Ако при сключването на застрахователния договор, обстоятелство по т. 26 не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. В този случай, Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтиклата срок на застрахователния договор. При настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяване на договора, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
31. По време на действието на договора Застрахованият е длъжен, незабавно след узнаването им, да обявява пред Застрахователя всички новонастъпни обстоятелства, за които при сключването на договора писмено е поставен въпрос. При неизпълнение на това задължение, се прилага съответните последици по точки 27, 28, 29 и 30.
32. Застраховачият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за всяка промяна на своето име или наименование, или адрес за кореспонденция, посочени в застрахователния договор. В случай, че Застраховачият не изпълни тези си задължения или посочи невярна информация, всяко писмено извещение от Застрахователя, изпратено от него на последно обявения адрес на Застраховачия, се смята за връчено и получено от Застраховачия с всички предвидени в закона и договора правни последици.
33. Застраховачият (когато е лице, различно от Застрахования) е длъжен да предостави писмено на Застрахования цялата информация, която е получил от Застрахователя относно сключения договор, включително за условията му и за процедурата за уреждане на застрахователни претенции. Застраховачият информира Застрахования и за всички промени в зоресочената информация. Застраховачият изпълнява задълженията си по предходните изречения до 15-то число на месеца, следващ месеца на сключването на договора, съответно на промените в него. Застрахователят не може да бъде държан отговорен за невъзможността на Застрахования да упражни правата си по договора ако Застраховачият не е изпълнил задълженията си по предходните изречения или при забава в изпълнението им.

## VII. САМОУЧАСТИЕ

34. Може да се уговори самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане от него на част от отговорността в случай на настъпване на застрахователно събитие. Самоучастието може да бъде безусловно или условно, като размерът му не може да надхвърля 50% от застрахователната сума по договора. Вигът и размерът на самоучастието, когато е предвидено такова, се посочва в застрахователния договор.

## VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

35. Застрахователната сума (лимитът на отговорност) е договорената и посочена в застрахователния договор парична сума за едно лице, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования или третото ползвачо се лице. Тя се договаря между страните по договора и е основа за определяне размера на застрахователните плащания.
36. Застрахователната сума за избрание допълнителни рискове не може да бъде по-висока от застрахователната сума по основното покритие.
37. Максималният размер на отговорността на Застрахователя за едно лице, за всички плащания към него, произтичащи от една злополука или заболяване, е до размера на застрахователната сума за риска „Смърт“.

38. Размерът на застрахователната сума може да бъде еднакъв или различен за застрахованите лица, включени в семеен или групов застрахователен договор. При договаряне на различни застрахователни суми се прилага списък на застрахованите лица, който съдържа индивидуалната сума за всяко от тях.

## IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

39. Застрахователната премия е паричната сума, която Застраховачият заплаща на Застрахователя и срещу която последният покрива вклучените по договора застрахователни рискове. Премията се определя по приложимата тарифа на Застрахователя към датата на сключване на застрахователния договор.
40. Рисковият клас се определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на Застрахования и/или характера на дейността, в която участва.
41. Застрахователната премия се заплаща:
  - 41.1. еднократно – при сключването на застраховката;
  - 41.2. с годишни вноски – в началото на всеки застрахователен период от една година, ако застраховката е сключена за срок повече от една година;
  - 41.3. на разсрочени вноски, като първата от тях се заплаща при сключването на договора, а останалите се плащат на уговорените в договора падежи – ако застраховката е сключена за срок от една година.
- 41.4. във валутата, определена в застрахователния договор или в левовата работностност на валутата по курса на Българската народна банка към датата на сключване на договора, освен ако е уговорено друго. Застрахователната премия и застрахователните суми се определят в еднаква валута.
42. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска съответно увеличаване или намаляване на застрахователната премия или прекратяване на договора.
43. По груповите застрахователни договори, в края на застрахователния период и по искане на някоя от страните, застрахователната премия може да се преизчисли в зависимост от промените в числената съставка на групата или поради други обстоятелства, уговорени в застрахователния договор. В случаите по предходното изречение, Застрахователят може да утвържи административно-стопанските си разходи (АЧР) по договора за изминалия застрахователен период от застрахователната премия за следващия застрахователен период.
44. При подновяване на групов договор за застраховка при Застрахователя, уговорените в предходния застрахователен договор тарифни условия се запазват, ако едновременно са налице следните условия:
  - 44.1. няма промяна в исканото от Застраховачия рисково покритие;
  - 44.2. основният предмет на дейността на Застраховачия остава без промяна;
  - 44.3. промяната в броя на застрахованите лица (назначени и/или напуснали) не надвишава 10% от броя на застрахованите лица;
  - 44.4. няма промяна в обстоятелствата, имащи значение за оценката на застрахователния риск.

## X. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

45. Застраховачият е длъжен за заплати уговорената по договора застрахователната премия или да заплаща на падеж съответните вноски по нея – при уговорено разсрочено плащане на премията.
46. При неплащане на премията в уговорения срок, Застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати.
47. Застрахователят може да упражни едно от правата по предходната т. 46 не по-рано от 30 дни (а по задължителната застраховка „Трудова злополука“ не по-рано от 15 дни) от датата, на която Застраховачият е получил писмено уведомление от Застрахователя. Писменото уведомление се смята за връчено и договорът се прекратява автоматично, когато Застрахователят е избрал за упражнителна работа си да прекрати договора и изрично е посочено в него, че ще се смята за прекратен след изтичането на 30-дневния срок (съответно 15-дневния срок – по задължителната застраховка „Трудова злополука“) от датата на падежа на разсрочената вноска. В случаите на изречение второ допълнително изрично писмено изявление от страна на Застрахователя не се изпраща.
48. Ако дължимата разсрочена вноска бъде заплатена след определената за нея в договора падеж, но преди да е изтекла срокът на уведомлението по т. 47, застраховката остава в сила при условията, при които е сключена.
49. Когато застрахователното събитие е настъпilo преди застрахователната премия да е извържена изцяло, Застрахователят може да утвържи размера на неиздължената премия от размера на дължимото обезщетение.

## XI. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

50. При настъпване на застрахователно събитие и съобразно другите условия на договора, Застрахователят е длъжен да плати застрахователна сума или застрахователно обезщетение.
51. Застрахователят е длъжен да плати застрахователна сума или застрахователно обезщетение, съгласно условията на застраховката, за:
  - 51.1. първоначално договорените застрахователни рискове, ако те са настъпили в периода на застрахователното покритие;
  - 51.2. допълнително договорените застраховани рискове, ако същите са вклучени в покритието към момента на настъпване на застрахователното събитие.
52. Задължението на Застрахователя да извърши плащането, в случай на смърт или на неработоспособност на Застрахования, се порожава ако:
  - 52.1. злополуката е настъпила в периода на застрахователното покритие по договора;
  - 52.2. смъртта или трайната загуба на работоспособност от злополуката по т. 52.1 е настъпила най-късно до една година от злополуката и е в пряка причинна връзка с нея;
  - 52.3. уврежданятия от злополука, довели до временната неработоспособност, са диагностицирани за първи път по един месец или повторно по три месеца от злополуката по т. 52.1;
  - 52.4. смъртта от заболяването е настъпила в периода на застрахователното покритие по договора;
  - 52.5. диагностичирането на заболяването за първи път, довело до неработоспособността или до смъртта на Застрахования, е в периода на застрахователното покритие по договора;
  - 52.6. началото на трайната загуба на работоспособност от заболяване е в периода на застрахователното покритие по договора, като се допуска при подновен договор за застраховка при Застрахователя, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, началото на трайната загуба на работоспособност да е в рамките на периода на покритието по подновения договор;
  - 52.7. диагностичирането на заболяването за първи път, довело до временната неработоспособност и началото на първичния болничен лист, с който е регистриран тази временна неработоспособност (съответно началото на заболяването според медицинското удостоверение по образец – за лицата, за които болничен лист не се издава), са в периода на застрахователното покритие по договора.
53. В случай, че Застрахователят е приел да покрива риска по т. 9.2 от тези общи условия, всички вреди, възместиме на това събитие в период до 72 часа от настъпването му, се считат като резултат от едно застрахователно събитие.

## XII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

54. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахованият (съответно третото ползвачо се лице или наследниците на Застрахования) предава пред Застрахователя писмена претенция за заплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение. Застрахователната претенция се подава чрез формуляр, по образец на Застрахователя, в която и да е от указаните на интернет-страницата му [www.general.bg](http://www.general.bg) териториални структури или по пощата – на адреса на централното управление на Застрахователя.
55. Претенциите за временна неработоспособност се предават след изтичане срока на реално ползване заради нея отпуск, указан в болничния лист или пореднатия болнични листове, до пълното възстановяване на работоспособността, а ако отпусъкът поради неработоспособността надвишава лимита на отговорност по договора – след указания в него максимален срок на неработоспособността.

56. При настъпване на събитие, което може да доведе до преявяване на претенция по тази застраховка, Застрахованият е длъжен да вземе всички възможни мерки, които са в неговите сили и възможности, за да не настъпи влошаване на здравословното му състояние.

57. Застрахованият (съответно третото ползвачо се лице или наследниците на Застрахования) е длъжен да сътрудничи на Застрахователя за установяване на застрахователното събитие и размера на дължимите застрахователни суми или обезщетения, като предостави пълна и точна информация за обстоятелствата, довели до възникването на застрахователното събитие и за размера на претърпените вреди. В противен случай, Застрахователят запазва правото си частично или изцяло да откаже удовлетворяване на претенцията.

58. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация, свързана със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.

59. Застрахованият (съответно третото ползвачо се лице или наследниците на Застрахования) набавя за своя сметка необходимите и изискани от Застрахователя документи за доказване на основанието и размера на претенцията си.

#### **XIII. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ ИЛИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ОБЕЗЩЕТИЯ. СРОК ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ**

60. За установяване на основанието и на размера на претенцията си, Застрахованият (съответно третото ползвачо се лице или наследниците на Застрахования) представя на Застрахователя описаните в Приложение № 1 към общите условия писмени доказателства, свързани с установяване на съответното събитие и размера на вредите.

61. Застрахователят може да изиска да му бъдат предоставени и други доказателства, извън тези по приложението към преходната точка, необходими за установяване на застрахователното събитие, правото на застрахователна сума или на застрахователно обезщетение и размера на вредите.

62. Освен ако в застрахователния договор е уговорено друго, Застрахователят определя размера на застрахователното плащане съобразно правилата по Приложение № 2 към общите условия.

63. В срок до 15 работни дни от датата на представяне на всички поискани доказателства, необходими за установяване на основанието и на размера на претенцията, Застрахователят извършва плащането или мотивирано го отказва.

64. Застрахователното плащане се извършва по банков път - по посочената в писмената претенция банкова сметка. Плащане към лицето, което има право да получи сумата или обезщетението чрез пълномощник се допуска само въз основа на изрично писмено пълномощие с нотариална заверка на подписа за съответната застрахователна претенция, в което се съдържа изяснение, че лицето (пълномощителят) е уведомен, че има право да получи плащането лично.

65. В случай на смърт на Застрахования, настъпила вследствие злополука, когато той е и Застраховач по договора и същият не е сключен в полза на трето ползвачо се лице, дължимата по договора застрахователна сума, съответно застрахователно обезщетение, се изплаща на наследниците на Застрахования.

66. Извън случаите по преходната точка, Застрахователят извършва плащането към Застрахования или към третото ползвачо се лице - ако има такова.

67. Вземането на Застрахования за застрахователна сума (за фиксирани парични суми по договора) не се наследява.

#### **XIV. ТРЕТО ПОЛЗАЩО СЕ ЛИЦЕ**

68. При сключването на договора Застрахованият може да определи трето ползвачо се лице (бенефициер), което има правото да получи плащането от Застрахователя при условията и в сроковете на договора.

69. За сключването, изменението или прекратяването на договора не е необходимо съгласието на третото ползвачо се лице. Застрахованият може да отмени уговорката в полза на третото ползвачо се лице или да го промени без негово съгласие, освен ако е настъпило застрахователно събитие.

70. Ако при настъпило застрахователно събитие третото ползвачо се лице откаже да получи плащането от Застрахователя също се извършва към Застрахования.

71. Когато в договора третите ползвачи се лица са няколко, те имат равни права, освен ако в договора е уговорено друго. Ако при настъпило застрахователно събитие трето ползвачо се лице откаже да получи своята част, тя се добавя съответно към частта на останалите ползвачи се лица.

72. Ако третото ползвачо се лице почине преди Застрахования и по договора няма определени други ползвачи се лица, при смърт на Застрахования вследствие злополука или заболяване застрахователната сума по договора остава в полза на Застрахователя, съответно при други събития (извън случаите на смърт на Застрахования), следващата се застрахователна сума се изплаща на Застрахования, а застрахователното обезщетение - на Застрахования или на неговите наследници.

73. Застрахователната сума по застраховка „Злополука“ не влиза в наследствената маса на Застрахования или на третото ползвачо се лице, дори когато са ползвачи се лица са определени наследниците му. Когато третото ползвачо се лице се явява и наследник на Застрахования, то има право да получи застрахователната сума по преходното изрично горю ако се откаже от наследството.

#### **XV. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

74. Застрахователният договор се прекратява:

- 74.1. с изтичането на срока, за който е сключен;
- 74.2. със смъртта на Застрахования;
- 74.3. по взаимно съгласие между Застрахователя и Застраховача;
- 74.4. с едномесечно писмено предизвестие от всяка от страните (Застраховач и Застраховач), отправено го двете страни по договора;
- 74.5. в други случаи, предвидени в закона или в договора.

#### **XVI. ПРАВО НА РЕГРЕСЕН ИСК. ПОГАСИТЕЛНА ДАВНОСТ**

75. С плащането на застрахователно обезщетение за причинени вреди, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования до размера на платеното обезщетение и обичайните разности за неговото определяне срещу лицата, изброени в чл. 410, ал.1 от Кодекса за застраховането. Застрахованият съдейства на Застрахователя при упражняване на регресните му права.

76. Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу лице, което е възхиящ, изхвърхал или негов съпруг, както и ако принадлежи към домакинството на Застрахования, ако същото е действало умишлено.

77. Отказът на Застрахования от правата му срещу трети лица няма сила спрямо Застрахователя, относно възможността последица да упражни правата си.

78. Правата и дълженията по договора във връзка със застрахователната сума или застрахователно обезщетение се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

79. Вземането на Застрахователя за застрахователна премия по договора се погасява с 3-годишна давност, считано от датата на съответния падеж.

#### **XVII. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ**

80. Застрахователят обработва всички лични данни, предоставени му във връзка със застрахователния договор, в съответствие с разпоредбите на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27.04.2016 г. (Общ регламент относно защита на данните) и Закона за защита на личните данни.

81. Разкриването на данни, сведения или информация, съставляващи застрахователна тайна, може да бъде направено от Застрахователя само пред лицата по чл.150, ал.1 от Кодекса за застраховането.

82. Настоящите общи условия могат да бъдат изменени или заменени с нови с решение на Управителния съвет на Застрахователя. Измененията в общите условия, съответно новите такива условия, не се прилагат за забарените застрахователни договори, освен с писмено съгласие на Застраховача.

83. За броемето на сроковете по договора за застраховка и тези общи условия, когато изрично не е указано друго в тях, се прилага чл.72 от Закона за дължителността и договорите. Навсякъде, където сроковете по договора и тези общи условия са определени в дни, се имат предвид календарни, а не работни дни, освен ако изрично е посочено друго.

84. Застрахованият и Застрахованият могат да подават жалби срещу решенията на Застрахователя директно на адреса на управлението на Застрахователя в София или пред която и да е неособа териториална структура в страната, указана на интернет-страницата му [www.generalibg.com](http://www.generalibg.com).

85. Всички съобщения и уведомления до Застрахователя, съгласно изискванията на настоящите общи условия, трябва да бъдат под формата на писмена форма и изпратени на адреса на Застрахователя, посочен в застрахователния договор.

86. В случай, че договорът се сключва чрез застрахователен посредник, страните могат да уговорят, че обслужването на договора и размяната на кореспонденция помежду им (с изключение на кореспонденцията между Застрахователя и Застрахования в процеса на уреждане на застрахователни претенции), ще се осъществява чрез него.

87. Заглавията на разковете по тези общи условия са само указателни, с оглед систематизираността им и само от тях не могат да се правят изводи относно наличието или липсата на право или задължение на някоя от страните, нито пък може да се извлече каквато и да било уредба на отношенията между страните по договора за застраховка, ако тези изводи не следват или не се опират на конкретна клауза или клаузи на тези общи условия.

88. Всички въпроси и спорове, порожени от действието или тълкуването на договора за застраховка и/или тези общи условия и/или приложението и добавящите към договора, се разрешават чрез преговори между страните, а при невъзможност за постигане на съгласие – от компетентни български съд.

89. За всички въпроси, неуредени в договора за застраховка, тези общи условия, всички приложения към договора, добавящите към него и приложенята към тях, се прилага Кодекса за застраховането, Търговския закон и другите норми на българското законодателство.

#### **XVIII. РАЗХОДИ, ДАНЪЦИ, ТАКСИ**

90. Всички разходи, данъци и такси, свързани с плащането на застрахователната премия, са за сметка на Застраховача.

91. Всички данъци, свързани с получаването на застрахователната сума или застрахователно обезщетение са за сметка на Застрахования, съответно третото ползвачо се лице – ако има такова.

92. В случай, че застрахователното плащане по т.64 се извършва по банкова сметка извън територията на Република България, дължимите за превода банкови такси и комисиони са за сметка на получателя. При същите условия се извършва и застрахователно плащане в чуждестранна валута по банков път на територията на Република България.

93. Направените от кандитата за застраховане разходи за предписаните му от Застрахователя медицински прегледи и/или изследвания се възстановяват от Застрахователя при условие, че се сключи застрахователен договор.

#### **XIX. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ. НАЧИНИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ**

● **СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПЛУКА. СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

94. Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „Смърт, настъпила вследствие злополука“ при условие, че смъртта на Застрахования е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката. Злополуката следва да е настъпила в периода на застрахователното покритие по договора, а смъртта на Застрахования (макар и настъпила до една година от датата на злополуката), следва да е в пряка причинна връзка със злополуката.

95. Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „Смърт, настъпила вследствие заболяване“ при условие, че диагностицирането на заболяването за първи път е извършено в периода на застрахователното покритие по договора и смъртта от това заболяване е настъпила в същия този период.

96. От застрахователните суми по преходните две точки се приспадат всички изплатени от Застрахователя суми и/или обезщетения за трайни или временна неработоспособност по договора, в резултат на същите злополука или заболяване, причинили смъртта.

97. По групов застрахователен договор, дължимата по него от Застрахователя обща застрахователна сума не може да бъде по-голяма от 20 (двадесет) пъти средната застрахователна сума за риска смърт. Ограничението не се прилага при договор по задължителна застраховка за риска „Трудова злополука“.

● **ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

98. При трайна загуба на работоспособност, настъпила вследствие злополука или заболяване, се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на зазубената/намалената работоспособност.

99. Началото на трайната загуба на работоспособност (датата на инвалидизирането), вследствие злополука, съгласно експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК или Застрахователя, следва да е най-късно до една година от датата на злополуката, а злополуката следва да е в периода на застрахователното покритие по договора.

100. Диагностицирането на заболяването за първи път, довело до трайната загуба на работоспособност и началото на трайната загуба на работоспособност, следва да са в периода на застрахователното покритие по договора. Допуска се при поновен договор за застраховка при Застрахователя, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, началото на трайната загуба на работоспособност по преходното изрично определение да е в рамките на периода на покритието по поновия договор.

101. Освидетелстването се извършва от ТЕЛК/НЕЛК или експертна комисия на Застрахователя.

102. Процентът трайна загубена/намалена работоспособност се определя от ТЕЛК/НЕЛК или експертната комисия на Застрахователя на основание Наредбата за медицинската експертиза.

103. Освидетелстването се извършва след стабилизиране на неработоспособността на Застрахования, но не по-късно от една година от злополуката, съответно от диагностицирането на заболяването за първи път. Ако неработоспособността на Застрахования не се е стабилизирала след изтичането на едногодишния срок, освидетелстването се извършва независимо от степента на стабилизация на Застрахования, като се определя процент, отговарящ на състоянието му към края на едногодишния срок. Застрахователят не носи отговорност за усложнения, настъпили в състоянието на Застрахования, след изтичането на посочения в преходното изрично определение срок.

104. При травматични ампутации на крайници и при загуба на друг орган, процентът трайната загуба на работоспособност може да се определи без да се изчаква стабилизиране на неработоспособността на Застрахования.

105. Когато при злополука Застрахования е получил значителни по степен увреждания, Застрахователят може да определи превартелен процент съобразно предполагаемото състояние на Застрахования към края на едногодишния срок от датата на злополуката, който процент не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането и да изплати авансово сума според определения размер.

106. Ако в резултат на злополуката или заболяването са засегнати части на тялото или органа, които са били уверени или станали функционално негодни от преходни събития, Застрахователят прилага редуциран процент трайна загуба на работоспособност, съответен на увреждането, което е във връзка със злополуката или заболяването.

107. Експертни решения, които са издадени като последващи след преходно освидетелстване за загубена работоспособност, вследствие злополука или заболяване (промяна на групата инвалидност/преосвидетелствувание или други експертни решения), не се вземат предвид и Застрахователят не е в риск при усложнения, настъпили в състоянието на Застрахования.

108. В случай, че Застрахованият е получил обезщетение за временна неработоспособност вследствие злополука или заболяване и впоследствие придобие трайна загуба на работоспособност от същите, Застрахователят изплаща разликата между дължимата сума за трайна работоспособност и изплатеното преди това обезщетение за временна неработоспособност.

109. Застрахователят не извършва плащания при преосвидетелстване на Застрахования, независимо от времето на неговото извършване.

110. Професията на Застрахования не се взема предвид при определяне на процента трайна намалена работоспособност.

● **ВРЕМЕННА НЕРАБОТСПОСОБНОСТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

111. Убеджанията на Застрахования от настъпила в периода на застрахователното покритие по договора злополука, добела до временната неработоспособност, следва да са диагностицирани за първи път до един месец или повторно до три месеца от датата на злополуката.

112. Диагностицирането на заболяването за първи път, докато времето на застрахователното покритие по договора, следва да е в периода на застрахователното покритие по договора.

113. Началото на временната неработоспособност (началната дата на първичния болничен лист, съответно посочената в медицинското удостоверение начална дата) следва да е в периода на застрахователното покритие по договора. Следващите болнични листове за временна неработоспособност трябва да са издадени в продължение на първия, без прекъсване.

114. Застрахователното обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие злополука, се заплаща за всяко събитие в периода на застрахователното покритие по договора.

115. Застрахователното обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие заболяване – общо, професионално или акутно, се заплаща един път в рамките на един застрахователен период, освен ако в договора е уговорено друго.

116. Продължителността на временната неработоспособност се обезщетява според условията на договора въз основа на реално ползваните дни от болничния лист за временна неработоспособност (дните на отсъствие от работа) в периода на застрахователното покритие по договора. За алцата, за които болничен лист не се издава, се ползват данните от издаденото им медицинско удостоверение по образци.

117. Застрахователното обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие злополука или заболяване, не се дължи, ако Застрахованият е получил суми за трайна загуба на работоспособност от същите злополука или заболяване.

● **ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ/ ХИРУРГИЧНИ ОПЕРАЦИИ, ИЗВЪРШЕНО ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

118. В случай, че Застрахованият претърпи хирургично лечение или операция, вследствие злополука или заболяване, настъпила, съответно диагностицирана за първи път, в периода на застрахователното покритие, Застрахователят заплаща процент от договорената застрахователна сума, определен съгласно методика, достъпна на страницата на Застрахователя в интернет на адрес [www.generalibg.com](http://www.generalibg.com) Застрахователят възстановява също на Застрахования извършените необходими, обичайни и разумни разходи за хирургическо лечение/хирургични операции, вследствие злополуката или заболяването по предходното изречение.

● **ДНЕВНИ ПАРИ ЗА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ (ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ) ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

119. Ако Застрахованият бъде хоспитализиран в болнично заведение за три или повече последователни дни, Застрахователят обезщетява Застрахования според условията на договора с дневни пари за всеки ден болничен престой в периода на застрахователното покритие по договора, но за не повече от 30 дни за еднократен престой и за не повече от 50 дни общо в рамките на един застрахователен период.

120. Уговореното по договора обезщетение се дължи от първия ден на болничния престой (началната дата на настъпване). Денят на изписване от болничното заведение не се обезщетява.

121. Началото на хоспитализацията (началната дата на настъпване) трябва да е в периода на застрахователното покритие по договора. Хоспитализацията следва да е предписана от лекуващ лекар или лекар-специалист и да е за лечение на последиците от злополука, настъпила в периода по предходното изречение или на заболяване, диагностицирано за първи път в него.

122. Дневни пари за болничен престой, направен по желание на Застрахования, без да е предписан от лекуващ лекар или лекар-специалист, не се заплащат.

123. При условията на точки 119 – 122 включително, се заплащат също дневни пари за дните на престой на Застрахования в заведение за балнео или санитарно лечение, за физиотерапия или рехабилитация, когато представлява задължително продължение на болничното лечение.

124. Не се възстановяват извършените от Застрахования разходи по време и във връзка с хоспитализацията му.

● **СЛЕДОХОСПИТАЛИЗАЦИОННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

125. Застрахователят обезщетява Застрахования според условията на договора за всеки ден следхоспитализационно възстановяване в периода на застрахователното покритие, но за не повече от 40 дни общо в рамките на един застрахователен период, освен ако в договора е уговорено друго. Плащането по предходното изречение се дължи при условие, че преди това в същия период Застрахованият е бил хоспитализиран в болнично заведение за три или повече последователни дни.

● **ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ, ИЗВЪРШЕНИ ПО ПОВОД НАСТЪПИЛА ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

126. Застрахователят възстановява на Застрахования извършените в периода на застрахователното покритие необходими, обичайни и разумни медицински разходи за лечение на последиците от злополука или заболяване, настъпила, съответно диагностицирана за първи път, в същия период.

127. Възстановяват се само медицинските разходи, извършени на територията на Република България и до размера на лимита на отговорност на Застрахователя, въз основа на представени от Застрахования в оригинал фактури с фискални бонове (а не кбитанци или приходи касови ордери), издадени от изпълнителя на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки и съставени съгласно изискванията на българското законодателство.

128. Началото на застрахователното покритие за медицинските разходи, извършени по повод на заболяване, е от 00:00 часа на деня, следващ този, в който изпича 30-дневния оплагавателен период, освен ако в договора е уговорено друго. При погняване на договора за застраховка при Застрахователя, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, изискването по предходното изречение за отлагателен период не се прилага.

129. Възстановяват се необходимите, обичайните и разумните разходи за следните услуги от извънболничната помощ:

129.1. първични и вторични прегледи, клиничко-лабораторни и клиничко-инструментални изследвания;

129.2. покупка или наем на предписани от лекар-специалист помощни средства;

129.3. хирургическо лечение в амбулаторни условия;

130. Възстановяват се необходимите, обичайните и разумните разходи за медикаменти за болнично или извънболнично лечение;

130.1. ако са закупени по лекарско предписание, в срок до 15 дни от деня на предписанието;

130.2. за количества, необходими за не повече от 30-дневен прием при лечение на обострени хронични заболявания и за не повече от 15-дневен прием на остри заболявания;

131. Възстановяват се необходимите, обичайните и разумните разходи на Застрахования за болнично лечение, в това число разходи за избор на лекар или екип от медицински специалисти.

132. Застрахователят не възстановява разходи за или свързани с/със:

132.1. здравни услуги и стоки, ползвани без наличие на конкретни симптоми на заболяване; местове на слуха; задължителни и противогрипни ваксиници, включително закупуването им; грижи за новородени;

132.2. диагностика и лечение на зрителна астрота (нарушения на рефракцията);

132.3. рехабилитация и физиотерапия в амбулаторни условия;

132.4. хормонално лечение;

132.5. замяна на органи или разходи, свързани с премахване на орган от гонор, за трансплантация и свързаните с тях административни разходи;

132.6. прекъсване на бременност по собствено желание, с изключение на случаите, когато това е продиктувано от медицинска необходимост или при вродени малформации на плода, диагностицирани от медицински специалист;

132.7. проследяване на бременност и раждане;

132.8. лечение на вродени аномалии, малформации и генетични заболявания;

132.9. диагностика и лечение на инфертилитет;

132.10. диагностика и лечение на сексуална дисфункция или последиците от това;

132.11. здравни услуги и стоки за подготовка и провеждане на асистирана репродукция;

132.12. здравни услуги и стоки за подготовка и провеждане на смяна на пола или стерилизация по желание, както и на последиците от това;

132.13. лечение (в т.ч. и медикаменти за лечение) на алкохолизъм и наркомания, включително на трайни и наранявания, получени в пияно състояние или в състояние на наркотично въздействие, както и на заболявания, които са възникнали като последица от тях;

132.14. хранителни добавки, хомеопатични препарати, хондропротектори, имуномодулатори (имуностимулатори и имуносупресори), медицинска козметика, санитарни материали и слабители средства;

132.15. медикаменти, които не са регистрирани в Република България по реда на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина;

132.16. медицински изделия по смисъла на Закона за медицинските изделия, влагани/ползвани в болнично лечение, освен в случаите на трайни/малформации на злополука;

132.17. дентална медицинска помощ;

132.18. „допълнително поискани услуги“ по смисъла на §1, т. 8 от допълнителната разпоредба на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, както самостоятелна стая, самостоятелен сестрински пост, допълнителен помощен персонал, телефон, телевизор и меню за хранене по избор.

● **ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ И/ИЛИ РЕПАТРИРАНЕ, ИЗВЪРШЕНИ ПО ПОВОД НАСТЪПИЛА ЗЛОПОЛУКА И/ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

133. Застрахователят обезщетява разходите на Застрахования в периода на застрахователното покритие по договора и до размера на лимита за този риск, за транспортиране със специализиран транспорт от мястото на злополуката в Република България до най-близкото лечебно заведение с право да предоставя спешна медицинска помощ, както и за последващ специализиран транспорт до специализирано лечебно заведение в страната, в случай, че от медицинска гледна точка е наложително и обосновано лечението на Застрахования в такава заведение.

● **РАЗХОДИ ЗА ПОГРЕБИЕ ПРИ СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

134. Застрахователят заплаща уговореното в договора еднократно обезщетение.

135. Разходите за погребение не се регулират от застрахователната сума, платима за смърт.

● **ФРАКТУРИ НА ЗАСТРАХОВАНТО ЛИЦЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА**

136. В случай, че Застрахованият претърпи фрактура (счупване), вследствие злополука, Застрахователят заплаща застрахователна сума, изчислена на база определяните по-голям процент от уговорената застрахователна сума, както следва:

**Описание на фрактурата:**

Фрактура на черепни кости	от 10% до 60%
Фрактура на един или повече прешлени на гръбначния стълб, в зависимост от характера на счупването – гъби, прешленно тяло, вида на лечение – постелен режим или трансепидуларна стабилизация	от 10% до 50%
Фрактура на бедрена кост	от 10% до 50%
Фрактура на една или на двете кости на подбедрицата	от 5% до 30%
Фрактура на тазови кости	от 5% до 30%
Фрактура на раменна кост	от 5% до 25%
Фрактура на една или на двете кости на предмишницата или на капачката на колянна става, лакътна става	от 5% до 20%
Фрактура на долна челюст, на горна челюст, на орбитален рът – поотделно или комбинирано	от 5% до 20%
Фрактура на ключица, на лопатъчна кост	от 5% до 15%
Фрактура на костици на китката и на метакарпални кости – поотделно или в комбинация	от 5% до 15%
Фрактура на кости, формиращи глезенна става или разкъсване на глезенния връзков апарат	от 5% до 15%
Фрактура на носна пирамида, на кости на носни кухини	от 5% до 10%
Фрактура на две или повече ребра, на гръдна кост	от 5% до 10%
Фрактура на пръст или няколко пръста на ръка или на стъпало	от 2% до 5%
Фрактура на зъб	2%

137. Конкретният процент се определя съобразно степента на фрактурата, времето и степента на очакваната и настъпила консолидация (пълна, непълна или неконсолидираност - костен дефект с минус тъкан), при отчитане на наличието и на степента на ограничение в механиката на близките до счупванията стави, начина на лечение - консервативно с имобилизация или оперативно с метална остеосинтеза или с пластика на дефекта, както и съобразно отражението върху общото състояние.

138. Ако вследствие една злополука са причинени повече от една фрактури, Застрахователят заплаща застрахователна сума, изчислена на база фрактурата с най-висок процент/с най-висок процент.

● **ДЕНТАЛНА ПОМОЩ, ИЗВЪРШЕНА ПО ПОВОД НАСТЪПИЛА ЗЛОПОЛУКА**

139. Разходите за дентална помощ трябва да са извършени на територията на Република България и в периода на застрахователното покритие по договора, но не по-късно от 7 дни от датата на настъпване на злополуката.

140. Денталната помощ следва да е оказана от правоспособен дентален лекар, регистриран по българското законодателство и членуващ в Българския зъболекарски съюз.

141. Не се покриват разходи за дентална помощ, извършени по повод злополука, настъпила по време на хранене.

● **ИЗГАРИЯНИЯ, НАСТЪПИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА**

142. Застрахователят заплаща процент от уговорената застрахователна сума, която се определя в зависимост от степента на полученото изгаряне и количеството засегната площ, както следва:

142.1. Втора степен на изгаряне с най-малко 10% засегната площ: 15%;

142.2. Втора степен на изгаряне с най-малко 25% засегната площ: 30%;

142.3. Втора степен на изгаряне с най-малко 50% засегната площ: 45%;

142.4. Трета и четвърта степен на изгаряне с най-много до 10% от човешкото тяло: 70%;

142.5. Трета и четвърта степен на изгаряне на важни органи: 100%;

142.6. Трета и четвърта степен на изгаряне на област повече от 10% от човешкото тяло: 100%.

143. Извън застрахователното покритие по тази клауза са случаите на:

143.1. слънчево изгаряния поради прекомерно излагане на слънчево лъчение/слънчева радиация;

143.2. изгаряния вследствие излагане на соларум;

143.3. боравене или съхранение на летливи, лесно запалими течности и горива, в нарушение на технологичните норми и предписания;

**143.4.** пожар, причинен от Застрахования или при самозапалване пог каквато и да е форма, причина и начин;

**143.5.** боравене от Застрахования с открит огън или запалителни устройства на места, където изрично е указана забрана за това;

**144.** Застрахователното покритие по тази клауза не включва също възстановяване на каквито и да са разходи на Застрахования, направени по време или във връзка с хоспитализация или лечение на последните от изгарянето.

#### • ДИАГНОСТИЦИРАНО ОСОБЕНО ТЕЖКО (КРИТИЧНО) ЗАБОЛЯВАНЕ

**145.** Застрахователят поема този риск при специални условия.

### XX. ДЕФИНИЦИИ

**146.** За целите на застрахователния договор посочените по-долу гуми и изрази имат следното значение:

**146.1.** ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА или ГРУПОВ ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР: Застраховка на две или повече лица, чиито брой е определен или определяем, намиращи се в трудово, служебно или гражданско правоотношение със Застрахователя.

**146.2.** ПИСМЕНО ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ: Формуляр (по образец на Застрахователя), който съдържа предложението на Застрахователя до Застрахователя за сключване на застраховка, както и лична здравна декларация – ако полъването ѝ е изискано от Застрахователя. Допълнително, когато е изискано, предложението съдържа и списък с личните данни на застрахованите лица.

**146.3.** ЛИЧНА ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ: Формуляр (по образец на Застрахователя), който съдържа декларацията от Застрахования за здравословното му състояние и отговорите на Застрахования на писмено поставените му от Застрахователя въпроси.

**146.4.** ПАДЕЖ е денят, в който трябва да се плати застрахователната премия или вноска по нея.

**146.5.** НОРМАЛНО ЗДРАВСОЛВНО СЪСТОЯНИЕ: Здравословно състояние на Застрахования, основните показатели за което са в границите на нормалните, съгласно утвърдената международна практика в страната.

**146.6.** ЗАБОЛЯВАНЕ: Съвкупността от оплаквания и клинични прояви, за които е поставена диагноза от практикуващия съгласно българското законодателство лекар, налагаща свързани с нея система от лечебни мерки, отразени в официални медицински документи. Не се счита за заболяване изменението в здравословното състояние от или вследствие злополука.

**146.7.** СЪЩЕСТВУВАЩИ ПРЕДИ ДОГОВОРА СЪСТОЯНИЯ: Отклонения от нормалния здравен статус, свързано с наличие на симптоми, клинична картина в различен стадий, патологични отклонения от референтните стойности на лабораторните показатели, евентуално преждано лечение, проявили се преди датата на сключване на застрахователния договор, независимо от това дали е или не е потърсена лекарска помощ и дали е или не е поставена диагноза.

**146.8.** ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, болест, страдание, което има една или повече от следните характеристики:

**146.8.1.** повтарящ се във времето характер на основните симптоми, клиничната картина, лабораторните показатели;

**146.8.2.** прогресивно развитие, понякога с ремисия, но без окончателно излекуване;

**146.8.3.** изискващо продължително лечение - постоянно, сезонно или при обостряния, което нормализира състоянието, но не води до излекуване;

**146.8.4.** изискващо диспансерно наблюдение, проследяване на патологичните отклонения и внасяне на корекции в лечението;

**146.8.5.** водещо до трайно ограничение на функцията на отделен орган или система и формиращо процент трайно намалена работоспособност /ДТН/.

**146.9.** ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е всяка болест по критериите на Световната здравна организация, която не е определена като професионално заболяване или трагматично увреждане.

**146.10.** ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е болест, настъпила изключително или предимно пог въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес и която оторизиран орган е определил за професионално заболяване, отговарящо на изискванията се критериу.

**146.11.** АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е остро, често внезапно и непредвидено настъпило нарушение на основните жизнени функции на организма, с бързо прогресирание на симптоматиката, което може да доведе до тежки органични нарушения, инвалидност или смърт и изискващо спешна медицинска помощ. За тези нарушения се очаква да се повлияят бързо от адекватно лечение, насочено към възстановяване на здравословното състояние, което е било преди нарушението.

**146.12.** ЗЛОПОЛУКА е всяко събитие, довело до телесно увреждане или смърт на Застрахования в резултат на непредвидени и внезапни въздействия от външен произход, които Застрахования не си е причинил умислено. За ЗЛОПОЛУКА се признават и случаете на:

**146.12.1.** изкъчване, облягане и скъсване на тъкани, стави, сучожалие и мускули, вследствие внезапно напрегане на собствени сили;

**146.12.2.** неработоспособност и/или смърт, причинени от забължителна имунизация;

**146.12.3.** заболявания, които са пряк резултат от настъпила злополука;

**146.12.4.** инфекции, при които заразената материя е проникнала при злополука в организма на пострадалото лице;

**146.12.5.** ухапване от насекоми, с изключение случаете на ухапване от малаариен комар;

**146.12.6.** ухапване от влечуги и гризачи;

**146.12.7.** злоумислени действия срещу Застрахования;

**146.12.8.** Не се считат за ЗЛОПОЛУКА случаете, настъпили в резултат на:

**146.13.1.** професионални заболявания;

**146.13.2.** заболявания от общ характер;

**146.13.3.** трагматични увреждания, получени при епилептични припадъци, както и при припадъци, причинени от други заболявания (включително колики), при психични болести, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане, атеросклероза и други;

**146.13.4.** остри стомашно-чревни инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза, иневи-налните и коремни хериси, дисковите хериси, ригикулити, отлепване на ретината и други;

**146.13.5.** усложнение на бременността, раждането и следродовия период, аборт в извънбол-нични условия;

**146.13.6.** температурни влияния – простуда, измръзване, слънчев или топенен угор, слънчево изгаряне, възпалителни състояния на органи и системи, причинени от ниски температури;

**146.13.7.** медицински или хирургическа манипулация и интервенция, освен ако тя е наложена от самата злополука;

**146.13.8.** алкохолно въздействие, довели до смърт или трагматични увреждания;

**146.13.9.** въздействие на наркотични вещества или техни аналози – стимулатори, допиниращи средства, довели до смърт или трагматични увреждания.

**146.14.** НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност. Тя може да бъде временна или трайна.

**146.15.** ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

**146.16.** ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ или също ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ е дефинитивно намалена в определен процент или напълно загубена, без възможност за пълно или частично възстановяване, способност за извършване на дейност с цел получаване на

доход или печалба, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване. Процентът на трайната неработоспособност се определя с експертно решение на Териториалната експертна лекарска комисия (ТЕЛК) или Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) или, ако в дозвора е уговорено, от експертна комисия на Застрахователя, като решенията на ТЕЛК/НЕЛК са окончателни.

**146.17.** ФРАКТУРИ ОТ ЗЛОПОЛУКА са счупванията на кости, причинени от различни видове трагматизъм, отговарящ на условията за покритие от застрахователна злополука. Счупванията на костите представява нарушение на целостта на костта в различни оси. Възможно е счупването да не обхваща цялата обиколка на костта, а само на част от кортикалния слой (търграта външна повърхност) с или без ангажиране на спонгиозата (вътрешния слой). Фрактурите могат да доведат и до разкъсване на целостта на кожата и на подкожните тъкани и да се визуализира костен фрагмент - така наречените открити фрактури. В други случаи фрактурите са закрити, т.е. няма открита рана, създаваща условия за инфектиране от контакта с външната среда. В обсега на фрактурите влизат и фисуриите (пуквания на кости) и инфракция (отлепване на хрупяла повърхност). В тази общност не влизат патологичните счупвания, причинени от болестни причини: фрактури при метапроцеси в костите, при предшествваща остеопороза с висок фрактурен риск (наг - 2.5 Т-скор), при хематологични заболявания с ангажиране на костите и при вродени заболявания на костните структури (остеогенезис имперфекта).

**146.18.** СПЕШНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ включва следните услуги, които се ползват при спешно възникнали внезапни състояния:

**146.18.1.** лечение на трагматично увредени зъби;

**146.18.2.** инцизия на абсцес и флегмони в устната кухина;

**146.18.3.** изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия;

**146.18.4.** неотложни състояния след горелочните процедури;

**146.18.5.** един контролен преглед след горните процедури;

**146.19.** Не се считат за СПЕШНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ следните случаи: изграждане на зъб, зъботомезиране, естетично протезиране, премахване на зъбен камък, лечение на парогонтоза, физиотерапевтични и ортодонтични услуги.

**146.20.** НЕОБХОДИМИ (МЕДИЦИНСКИ) РАЗХОДИ са тези, които са от подходящ тип и ниво на прилагане върху състоянието, заболяването или телесните увреждания на пациента.

**146.21.** ОБИЧАЙНИ (МЕДИЦИНСКИ) РАЗХОДИ са тези, които са извършени съгласно съответния медицински стандарт и приетите медицински процедури.

**146.22.** БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ (ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ) – настъпване/приемане на Застрахования в болнично заведение. За болничния престой е характерно:

– настъпване в отделения на болница за полагане медицински грижи и лечение на състоянието на болния, съставяне на лист за общо клинично наблюдение, осъществяване на медицинска помощ за остри/акутни заболявания и увреждания от злополука през периода, което е необходимо за лекуване на съответния здравословен проблем;

– предписан е от лекуващ лекар или от лекар-специалист;

**146.23.** Не се счита за БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ настъпването:

– в заведенията, предназначени за полагане на грижи за лица, зависими от алкохол, наркотици или от други психоактивни вещества;

– в заведенията, предназначени за гледане на старите хора и старческите домове;

– в медико-санитарни заведения или болници и секции, предназначени за настаняване по социални причини на хронично болни;

– в здравни сектори за стационарно лечение;

– в санаториуми или отделения за рехабилитация и физиотерапия, с изключение на възстановително медицинско обслужване в специализирани стационарни заведения за прогължително лечение и долекуване, непосредствено предхождано от болнично лечение;

– в клиници за естетична пластична и козметична хирургия;

– в здравни заведения за лечение на туберкулоза;

– в медицински социални заведения, болници или отделения за хронични заболявания;

– в заведения за балнеотерапия и психотерапия;

– като придружител в болнично заведение;

– за лечение на стерилитет, изкуствено опложане и последствията от тях;

– за изпитания на лекарствата.

**146.24.** МЕДИКАМЕНТИ са лекарствени продукти, съдържащи активно вещество или комбинация от активни вещества, предназначени за лечение на заболявания при хора, произведени или допуснати официално за внос в Република България, и регистрирани за употреба в Изпълнителна агенция по лекарствата по реда на Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица.

**146.25.** ПОМОЩНИ СРЕДСТВА са използваните средства за подпомагане и корекция на жизнените функции, предписани от лекар и закупени/наети по време на действие на дозвора. Помощни средства са: протези, патерици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, еластични бандажи превръзки и уринатори.

**146.30.** ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ: Лечение на Застрахования в медицинско заведение (кабинет), без необходимост от настъпване в болнично заведение.

**146.27.** БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ: Лечение на Застрахования при условия, че е настанен/приет в болнично заведение.

**146.28.** ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД е период от време след датата на сключване на договора, с което се отлага началото на застрахователното покритие по договора и през който Застрахованият не може да се ползва от застрахователното покритие.

**146.29.** ОСОБЕНО ТЕЖКО (КРИТИЧНО) ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, включено в списъка на Застрахователя на особено тежки (критични) заболявания;

**146.30.** ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ е физическо или юридическо лице, регистрирано по Закона за лечебните заведения с право да осъществява диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности. Не са изпълнители на медицинска помощ лечебните заведения за лечение на психично болни, алкохолици и наркомани, хосписите и домовете за медико-социални грижи;

**146.31.** ДОСТАВЧИК НА ЗДРАВНИ СТОКИ е търговец по смисъла на Търговския закон, който има право да доставя, дистрибутира или продава здравни стоки.

**146.32.** БЕЗПЛОДИЕ (ИНФЕРТИЛИТЕТ) е термин, който обединява три състояния: невъзможност да се зачене (стерилитет), невъзможност да бъде дозноснена бременността, докато плодът стане жизнеспособен (неоизносване), и нежизнеспособност на новороденото.

### XXI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**147.** Настоящите Общи условия са приети на основание чл. 348, ал. 2 от Кодекса за застраховането и се основават на лицензите на „Джeneralи Застраховане“ АД, издадени за класовете застраховки по точки 1 („Злополука“) и 2 („Заболяване“) от Раздел II, буква А на Приложения № 1 от Кодекса за застраховането.

**148.** Общите условия за застраховки „Злополука и Заболяване“ са приети с решение на Управителния съвет на „Джeneralи Застраховане“ АД по Протокол № 43 от 28.12.2016 г., в сила от 01.01.2017 г. и са изменени с решение по Протокол № 7 от 28.02.2019 г., в сила от 01.04.2019 г.

**ПРИЛОЖЕНИЕ №1**  
**КЪМ ТОЧКА 60 ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“**

<b>Смърт от трупова злополука</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Препис-извлечение от акт за смърт и съобщение за смърт Удостоверение за наследници по закон – В оригинал Декларация за трупова злополука по чл. 57 КСО Разпореждане на НОИ по чл. 60 КСО Декларация, че разпореждането на НОИ не е /е обжалвано Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата Съдебно медицинска експертиза и/или аутопсияен протокол – ако е правена аутопсия Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт Документ, удостоверяващ наличието, количеството или отсъствието на алкохол в кръвта на Застрахования, на наркотици или други упойващи вещества Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Следхоспитализационно възстановяване от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Копия от болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Трайна неработоспособност (трайна зазуба на работоспособност) от трупова злополука</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайната неработоспособност с отбелязване, че е бяло в 8 сила Декларация за трупова злополука по чл. 57 КСО Разпореждане на НОИ по чл. 60 КСО Декларация, че разпореждането на НОИ не е /е обжалвано Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата Медицинска документация Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Възстановяване на разходи при извънболнично лечение от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Медицинско направление, амбулаторен лист и други медицински документи Документи от диагностични изследвания и прегледи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Временна неработоспособност от трупова злополука</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза – при стационарно лечение Копия от болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя Разпореждане на НОИ по чл. 60 КСО Декларация, че разпореждането на НОИ не е /е обжалвано Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата Удостоверение или фиш за месечна брутна работна заплата Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Възстановяване на разходи за медикаменти от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Рецепта в оригинал с дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекар Амбулаторен лист от прегледа при лекар, назначи терапията или друга медицинска документация, отразяваща необходимостта от медикаментозно лечение Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Смърт от злополука в бита или общо заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Препис-извлечение от акт за смърт и съобщение за смърт Епикриза – при смърт в болнично заведение Удостоверение за наследници по закон – В оригинал Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата Констатиращ протокол за ПТП – ако злополуката е вследствие ПТП Документ, удостоверяващ наличието, количеството или отсъствието на алкохол в кръвта на Застрахования, на наркотици или други упойващи вещества – ако застрахованият е управлявал МПС Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и урежданятията) Медицинска документация Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Възстановяване на разходи при болнично лечение от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Документи от диагностични изследвания и прегледи Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност Оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Трайна неработоспособност (трайна зазуба на работоспособност) от злополука в бита, общо заболяване или професионално заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайната неработоспособност с отбелязване, че е бяло в 8 сила Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и урежданятията) Медицинска документация Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Възстановяване на медицински транспорт или релативирани разходи от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Лекарско предписание за транспортиране от едно болнично заведение в друго Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Временна неработоспособност от злополука или общо заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност Копия от болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и урежданятията) Медицинско удостоверение по образец – за учащи се, пенсионери и други лица, за които болничен лист не се издава Служебна бележка за отсъствията от училище – за учащи се или Протокол от ЛКК Копие от удостоверението за раждане – ако застрахованият е дете Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Възстановяване на разходи за порезбене при смърт от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Хирургично лечение от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи При възстановяване на разходи – оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Фрактури от злополука</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Дневни пари за болничен престой от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност Копия от болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Възстановяване на дентална помощ от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Амбулаторен лист от прегледа при денталния лекар При травматични увреждания в резултат на злополука – стандартно изискуемите документи в зависимост от характера ѝ Оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Хирургично лечение от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи При възстановяване на разходи – оригинали на разходо-оправдателни документи (фактури с фискални бонове), съдържащи описание, поотделно, на закупените стоки по вид и количество или на ползваните услуги Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Изагария от злополука</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Копия от болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането
<b>Дневни пари за болничен престой от злополука или заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза и други медицински документи Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност Копия от болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането	<b>Диагностициране на критично заболяване</b>	Претенция/искане за плащане (по образец) Епикриза при проведено болнично лечение Резултати от хистологично изследване, други резултати от изследвания, ЕКГ, ЕЕГ, контролни прегледи и други Лична амбулаторна карта (картон) на застрахования Амбулаторни листове от прегледа при лекар В случай на смърт в изключителния период след диагностициране на критичната болест – документите при смърт Служебна бележка (при групов договор, сключен непоимено), с дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата към началото на договора Номер на застрахователната полица (договор) и списък на застрахованите лица при групов договор – ако има Банкова сметка, по която да се извърши плащането

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**  
**КЪМ ТОЧКА 62 ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“**

- При временна неработоспособност, настъпила вследствие злополука – застрахователят заплаща процент от застрахователната сума, в зависимост от продължителността на неработоспособността, както следва:
  - от 11 до 20 дни вкл. – 4 % от застрахователната сума;
  - от 21 до 30 дни вкл. – 8 % от застрахователната сума;
  - от 31 до 60 дни – 12 % от застрахователната сума;
  - над 60 дни – 16 % от застрахователната сума;
- При временна неработоспособност, настъпила вследствие общо заболяване – застрахователят заплаща процент от застрахователната сума, в зависимост от продължителността на неработоспособността, както следва:
  - от 31 до 60 дни – 8 % от застрахователната сума;

- над 60 дни – 12 % от застрахователната сума
- Дневни пари за болничен престой (хоспитализация), вследствие злополука или заболяване – застрахователят заплаща по 0,50% от застрахователната сума, избрана за този риск, за всеки ден непрекъснат болничен престой.
- Следхоспитализационно възстановяване вследствие злополука или заболяване – застрахователят заплаща по 0,50% от застрахователната сума, избрана за този риск, за всеки ден следхоспитализационно възстановяване.
- Възстановяване на медицински разходи, извършени по повод настъпила злополука или заболяване – застрахователят възстановява извършени медицински разходи с годишен лимит до 10% от индивидуалната застрахователна сума за този риск, но не повече от 500 лева.