

Общи условия за застраховки Злополука и Заболяване



generalibg.com

В сила от 01.03.2023 г.

Общи условия

за застраховки

„Злополука и Заболяване“



Съдържание

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“	03	XI. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ ИЛИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ОБЕЗЩЕТЕНИЯ. СРОК ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ	06
II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ	03	XII. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР	06
III. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ	03	XIII. ПРАВО НА РЕГРЕСЕН ИСК. ПОГАСИТЕЛНА ДАВНОСТ	06
IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР	04	XIV. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ	06
V. САМОУЧАСТИЕ	05	XV. РАЗХОДИ, ДАНЪЦИ, ТАКСИ. ПРЕВАЛУТИРАНЕ	07
VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА	05	XVI. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ. НАЧИНИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ	07
VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ	05	XVII. ДЕФИНИЦИИ	09
VIII. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ	05	XVIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	10
IX. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ	05	ПРИЛОЖЕНИЯ	11
X. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ	06		

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

1. По настоящите Общи условия за застраховки „Злополука и Заболяване“ и срещу платена застрахователна премия, „Дженерали Застраховане“ АД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова едно или повече физически лица срещу рискове, свързани с живота, здравето или телесната им цялост, настъпили през периода на застрахователното покритие вследствие злополука или заболяване.
2. Договорите за застраховки „Злополука и Заболяване“ се сключват като индивидуални, семейни или групови.
3. По смисъла на тези Общи условия:
 - 3.1. „Застрахован“ е физическо лице на възраст от 0 месеца до 69 навършени години, към датата на сключване на договора, като определеният на възрастта се извършва на база цели години. Застраховат се лица, определяни като здрави, по смисъла на т. 148.6 от раздел „Дефиниции“ на настоящите Общи условия.
 - 3.2. „Застраховач“ е физическо или юридическо лице, което сключва договора и поема задължението да плати застрахователната премия.
 - 3.3. Застраховачият, в случай, че е физическо лице, може да бъде и Застрахован.
 4. Не се застраховат:
 - 4.1. лица със загубена работоспособност (инвалидност) над 50%;
 - 4.2. лица, навършили 70 години към началото на застрахователното покритие по договора;
 - 4.3. за риска „смърт“ – малолетни лица (под 14 години) и лица, поставени под пълно запрещение.
 5. При изрично съгласие на Застрахователя, могат да се застраховат и лицата по точки 4.1 и 4.2.
 6. Застраховката, сключена по настоящите Общи условия, има действие само за събития настъпили на територията на Република България, освен ако в договора е уговорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ

7. Застраховката покрива следните основен 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 репарирани, 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. Диагностицирано особено тежко (критично) заболяване;
 - 7.15. Други застрахователни рискове, настъпили вследствие злополука или заболяване – по желание на Застраховачия и срещу заплащане на допълнителна премия за тях, по специални договорености със Застрахователя.

III. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

8. Застрахователните рискове по тези Общи условия, както и последиците от тях, не се покриват в случаите, когато събитието е настъпило или е вследствие на:
 - 8.1. война, нахлуване на неприятел, гражданска война, военен преврат, военно положение, граждански размирици, митинги, демонстрации, протести и всякакъв род граждански вълнения, военни учения или други действия, имащи военен характер, стачка, локаут, бунт, въстание, всякакви аварийни и бедствени ситуации, независимо от причината за тяхното възникване, терористични действия или всяко друго действие на лице или организация, целта на които е да се свалят или да се влияе на правителство чрез тероризъм или по друг насилнически начин;
 - 8.2. атомни и ядрени експлозии, въздействие на радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, йонизираща радиация или радиоактивно замърсяване от ядрено гориво или от отпадъците в резултат на разграждането му и нарушаване на установените мерки и изисквания за ядрена безопасност;
 - 8.3. производствени аварии или химически замърсявания, вследствие на производствени или други аварии, екологични бедствия;
 - 8.4. земетресение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;
 - 8.5. участие в спортни състезания, в това число автомобилни състезания (регламентирани или нерегламентирани), изпитания на транспортни средства на земя, по вода или във въздуха, практикуване на екстремни спортове и високорискови дейности;
 - 8.6. упражняване на всякакъв вид спорт като професионален спортист, включително участие в тренировки и спортни състезания, освен ако в застрахователния договор е уговорено друго;

- 8.7. участие на Застрахования в експерименти, в т.ч. експериментално лечение, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;
- 8.8. пътувания по въздуха, с изключение на тези като пътник в самолет с платен билет за редовен или чартърен полет;
- 8.9. употреба на:
 - 8.9.1. наркотици, наркотични и упойващи вещества, в това число и непредписани от лекар медикаменти с упойващо или наркотично действие;
 - 8.9.2. медикаментозна зависимост;
 - 8.9.3. алкохол или стимулиращи вещества, в т.ч. и при настъпили заболявания с алкохолна генеза;
 - 8.9.4. анаболни хормони, или вещества с характер на допинг;
 - 8.10. хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус, които Застрахованият е имал преди или при сключване на застрахователния договор, както и всякакви други заболявания, диагностицирани преди сключването на договора;
 - 8.11. експлантация и трансплантация на органи и тъкани;
 - 8.12. вродени или придобити в детската възраст заболявания, водещи до физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри;
 - 8.13. усложнения на бременността, аборт, раждане или раждане на мъртво дете, както и произтичащо от това лечение на застрахованата, с изключение на случаите, в които настъпилото събитие е в резултат на злополука;
 - 8.14. неспазване от страна на Застрахования на предписан от лекар режим и/или лечение, ползване от страна на Застрахования на лекарствени средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, манипулации, извършени от страна на Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за това, както и при спазване на самоволно избран диетичен режим;
 - 8.15. лечение или прием на медикаменти, предписани от самия застрахован, негови съпруг/а, родители или деца, ако са медицински лица;
 - 8.16. симулиране или агравирание на заболяване от страна на Застрахования или извършване на действия от него или други лица с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя или Застраховачия (в случай, че със Застрахования са различни лица) за наличието на заболяване и извършени разходи за лечението му.
 - 8.17. умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от страна на Застрахования;
 - 8.18. самоубийство или опит за самоубийство от страна на Застрахования, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост;
 - 8.19. психични разстройства и заболявания, изоставане в умственото развитие и последиците от тях;
 - 8.20. упражняване на дейност, за която Застрахованият няма валиден разрешителен документ, (в случай, на нормативно изискване за такъв);
 - 8.21. управление от Застрахования на пътни (релсови) самоходни превозни средства, летателни апарати или плавателни съдове, без да притежава правоспособност, в т.ч. и за съответната категория за управление или когато е с временно отнета правоспособност;
 - 8.22. управление на индивидуално електрическо превозно средство;
 - 8.23. злополука, настъпила със Застрахования вследствие негова несъзнавана непредпазливост (небрежност). Изключението не се прилага при договор по задължителна застраховка на работниците и служителите за риска „Трудова злополука“;
 - 8.24. злополука, настъпила със Застрахования поради неспазени от него правила или инструкции за безопасност. Изключението не се прилага при договор по задължителна застраховка на работниците и служителите за риска „Трудова злополука“;
 - 8.25. злополука, настъпила със Застрахования при упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда;
 - 8.26. СПИН и болести, предавани по полов път, както и последиците от тях;
 - 8.27. диагностика и лечение на затлъстяване и метаболитен синдром, както и на процедури за намаляване на телесното тегло;
 - 8.28. пластични операции, операции за смяна на пола и всякакъв вид козметични медицински процедури, както и последиците от тях;
 - 8.29. офталмологични операции, освен в случай на злополука;
 - 8.30. балнеолечение, физиотерапия и рехабилитация в болнични условия, освен в случаите, които са предшествани от болничен престой, и представляват задължително продължение на стационарно лечение на покрити по договора злополука или заболяване и са негов етап;
 - 8.31. лечение на инфертилитет, включително подготовка и провеждане на асистирана репродукция;
 - 8.32. извършване на престъпление от Застрахования;
 - 8.33. хулигански действия от страна на Застрахования, в т.ч. и участие в сбивания;
 - 8.34. изпълнение на смъртна присъда; увреждане здравето 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;
 - 8.35. ваксинация или при усложнения, настъпили вследствие на ваксинация;
 - 8.36. заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация. При изрична договорка, Застрахователят може да приеме да предостави застрахователно покритие за застрахователни рискове, произтичащи от такива заболявания, при точно определени в застрахователния договор обхват и лимити.
9. Освен в посочените по-горе в т. 8 случаи, Застрахователят не извършва плащания и за:

9.1. медицински разходи, платими/платени в пълен размер от други застрахователи, правителствена/национална, общинска, обществена или частна здравна програма или работодател, както и разходи, извършени от застрахования вследствие на самоволен отказ от лечение, провеждано по реда/ алгоритъма, на която и да е от визираниите програми;

9.2. 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. и профилактични прегледи и изследвания за тяхното установяване и/или отхвърляне;

9.3. Застрахователят не се ангажира с обезпечаване на следните административни разходи:

9.3.1. потребителски такси, заплащани по реда на чл. 37 от Закона за здравното осигуряване;

9.3.2. административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения;

9.3.3. такси за прегледи и/или изследвания за започване на работа, за шофьорски курсове, за застраховане, за представяне пред ЛКК и/или ТЕЛК комисии, извършени във връзка със съдебномедицинска експертиза на Застрахования;

9.3.4. такси за получаване на копия (записи) от извършени изследвания на хартиен/ технически носител, както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго;

9.3.5. всякакви други административни такси, заплащани от застрахованите лица;

10. Застрахователят не предоставя застрахователно покритие и не е отговорен да заплати каквото и да е обезщетение или да предостави каквато и да е облага по тази застраховка, в случай че предоставянето на това покритие, изплащането на такова обезщетение или предоставянето на такова облага:

10.1. е породено от риск, свързан с Ислямска република Иран, Сирийската арабска република, Корейската народнодемократична република, Кримски регион, Боливарска република Венецуела, Република Беларус, регионите на Донецката и Луганската народни републики, райони на Запорожие и Херсон, Руска федерация, Ислямска република Афганистан, Република Съюз Мيانмар или други държави/ територии, поставени под пълно ембарго и всеобхватни санкции;

10.2. съставлява санкционирано, забранено или ограничено действие, съгласно:

10.2.1. резолюция на Организацията на обединените нации;

10.2.2. търговски или икономически правила, закони или регламенти на Европейския съюз, Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия или Съединените американски щати;

10.2.3. законодателството на Република България.

11. Срещу заплащане на допълнителна застрахователна премия, страните могат да уговорят покритие срещу някой от изключените рискове по точки **8** и **9**. Тази уговорка се отразява изрично в договора или в добавък към него.

IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

■ СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. НАЧАЛО И КРАЙ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

12. Застрахователният договор може да се сключи за срок до 5 години, включително, като срокът се посочва в договора.

13. 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.

14. В срока на застрахователния договор може да се включва повече от един застрахователен период.

15. Освен ако в договора е уговорено друго, застрахователното покритие започва от деня, следващ заплащането на застрахователната премия или на първата вноска от 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 отлагателен период, освен ако в договора е уговорено друго.

17. При подновяване на договора за застраховка при Застрахователя, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, изключеното по предходната точка за отлагателен период не се прилага.

18. По груповите застрахователни договори:

18.1. за новопостъпилите 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. отговорността на Застрахователя (началото на застрахователното покритие) за лицата, които са в отпуск поради временна неработоспособност, бременост, раждане, осиновяване или за отглеждане на дете към началото на застрахователното покритие по договора, 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. 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.

20. 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

21. Застрахователният договор се сключва въз основа на попълнен от Застрахования въпросник за идентификация на застрахователните потребности, по образец на Застрахователя, освен ако нормативен акт не допуска друго. Застрахователният договор се сключва като застрахователна полица или друг писмен акт.

22. Застрахователят може да изиска от кандидата за застраховане да представи попълнена и подписана лична здравна декларация (по образец на Застрахователя) и/или да му предпише извършване на медицински прегледи и/или изследвания.

23. 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.

24. Груповите застрахователни договори се сключват за сметка на застрахованите лица или за сметка на Застраховация.

24.1. При сключване на групова застраховка към въпросника се прилага списък – по образец на Застрахователя, в който се вписват застрахованите лица и друга информация, имаща отношение при определяне размера на индивидуалната застрахователна сума или дължимото застрахователно обезщетение;

24.2. Застрахователният договор може да бъде сключен по средносписъчен състав на предприятието, въз основа на информация за Общия месечен фонд „Брутна работна заплата“, но само в случай, че Застраховацият предостави поименен списък на лицата, чиято МБРЗ надвишава определен от Застрахователя размер, съдържащ информацията по т. **24.1** или декларира липсата на такива работници или служители;

24.3. При настъпване на застрахователно събитие с лице, за което Застраховацият е бил длъжен, но не е декларирал обстоятелствата по т. **24.1**, Застрахователят определя размера на обезщетението, въз основа на предварително посочения от него лимит на МБРЗ, до който не е необходимо поименно деклариране.

25. При сключване на договора Застраховацият, неговият пълномощник или неговият застрахователен посредник е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за оценяване на застрахователния риск. Същото изискване се прилага и за Застрахования, когато при сключването на договора е била поискана информация от него.

26. Ако Застраховацият или Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието 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.

27. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застраховацият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по предходната т. **26**.

28. Когато в случаите по точки **26** и **27** застрахователното събитие настъпи, 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 вредите, 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.

29. Ако при сключването на застрахователния договор, обстоятелство по т. **25** 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 неизтеклия 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.

30. По време на действието на договора Застрахованият е длъжен, незабавно след узнаването им, да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора писмено е поставен въпрос. При неизпълнение на това задължение, се прилагат съответните последици по точки **26**, **27**, **28** и **29**.

31. Застраховацият 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 Застраховацият не изпълни тези си задължения или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от Застрахователя, изпратени от него на последно обявения адрес на Застраховация, се смята за връчено и получено от Застраховация с всички предвидени в закона и договора правни последици.

32. Застраховацият (когато е лице, различно от Застрахования) е длъжен да предостави писмено на Застрахования цялата информа-

ция, която е получил от Застрахователя относно сключения договор, включително за условията му и за процедурата за уреждане на застрахователни претенции. Застрахователят информира Застрахователя и за всички промени в горепосочената информация. Застрахователят не може да бъде държан отговорен за невъзможността на Застрахования да упражни правата си по договора ако Застрахователят не е изпълнил задълженията си по предходните изречения или при забава в изпълнението им.

33. При изрична договореност между страните, при подновяване на договора без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, диагностицирането на заболяването довело до покрит по договора риск, може да бъде и в периода на покритието по предходния договор.

34. При договори със срок над една година, при условието на т. **33**, диагностицирането на заболяването довело до покрит по договора риск, трябва да бъде в последния едногодишен период на покритие от срока на договора.

■ ИЗМЕНЕНИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР ПРИ ПОИМЕНЕН СПИСЪК:

35. Застрахователят предоставя на Застрахователя актуална информация под формата на справки по образец на застрахователя, за напусналите и новоназначените лица, съдържащи информация за тях, дата на назначаване/включване в групата на застрахованите, дата на напускане, индивидуални МБРЗ към датата на включването им към договора, както и друга информация, имаща отношение при определяне размера на индивидуалната застрахователна сума или дължимото застрахователно обезщетение.

35.1. В случай на разсрочено плащане на застрахователната премия, не по-късно от 15 (петнадесет) дни, преди датата на падежа;

35.2. В случай, че премията е платена еднократно, Застрахователят предоставя информацията по т. **35**, не по-късно от 15 (петнадесет) дни от извършената промяна – назначаването, освобождаването и/или преназначаването на работника и/или служителя;

36. Отговорността на Застрахователя за новоназначените работници и/или служители се носи авансово за периода от назначаването им до крайната дата за уведомяване, посочена в т. **35**.

36.1. В случай че условията за уведомяване са спазени, застрахователната отговорност се носи до крайната дата на застрахователно покритие;

36.2. В случай че Застрахователят не е спазил срока за уведомяване по т. **35**, отговорността на Застрахователя започва да тече от датата на уведомяване.

■ ИЗМЕНЕНИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР ПРИ СРЕДНОСПИСЪЧЕН СЪСТАВ:

37. При сключване на застрахователния договор по средносписъчен състав, Застрахователят извършва преизчисляване (изравняване) на застрахователната премия, 10 (десет) дни преди края на застрахователния договор. Преизчисляването се извършва, на база получената от Застрахователя справка за промените в броя на застрахованите лица и индивидуалните застрахователни суми, към последния месец от срока на полицата.

38. Застрахователят е длъжен да уведоми Застрахователя, за настъпване на което и да е от следните обстоятелства:

38.1. При съществена промяна в броя на застрахованите лица, в който случай, се извършва извънредно преизчисляване (изравняване) на застрахователната премия. За съществена промяна се счита разлика от повече от 10% в броя на лицата в действащия договор или подгрупите в него, спрямо датата на сключване;

38.2. При назначаване на лица, чиято МБРЗ, попада над лимита посочен в т. **24.2**. При полица, сключена при средносписъчен състав, рискът се носи авансово от Застрахователя.

V. САМОУЧАСТИЕ

39. 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. Видът и размерът на самоучастието, когато е предвидено такова, се посочва в застрахователния договор.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

■ ИНДИВИДУАЛНА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА:

40. 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 неговите законни наследници. Тя се договаря между страните по договора и е основа за определяне размера на застрахователните плащания.

41. Застрахователната сума за избраните допълнителни рискове не може да бъде по-висока от застрахователната сума по основното покритие.

42. Максималният размер на отговорността на Застрахователя за едно лице, за всички плащания за него, произтичащи от една злополука или заболяване, е сумарния размер на застрахователната сума по основния риск „Смърт“ и рисковете „Медицински разходи“ и „Разходи за погребение“.

43. 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.

■ ОБЩА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА:

44. Общата застрахователна сума е сборът от индивидуалните застрахователни суми на застрахованите по договора лица.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

45. Застрахователната премия е паричната сума, която Застрахователят заплаща на Застрахователя и срещу която последният покрива включените по договора застрахователни рискове. Премията се определя по приложимата тарифа на Застрахователя към датата на сключване на застрахователния договор.

46. Рисковият клас се определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на Застрахования и/или характера на дейността, в която участва.

47. Застрахователната премия се заплаща:

47.1. еднократно – при сключването на застраховката;

47.2. с годишни вноски – в началото на всеки застрахователен период от една година, ако застраховката е сключена за срок повече от една година;

47.3. 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.

47.4. във валутата, определена в застрахователния договор или в левовата равностойност 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.

48. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска съответно увеличение или намаление на застрахователната премия или прекратяване на договора.

49. 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 числения състав на групата или поради други обстоятелства, уговорени в застрахователния договор. В случаите по предходното изречение, Застрахователят има право да удържи административно-стопанските си разходи (АСР) по договора за изминалия застрахователен период.

50. При подновяване на групов договор за застраховка при Застрахователя, уговорените в предходния застрахователен договор тарифни условия се запазват, ако едновременно са налице следните условия:

50.1. няма промяна в исканото от Застрахователя рисково покритие;

50.2. основният предмет на дейност на Застрахования остава без промяна;

50.3. промяната в броя на застрахованите лица (назначени и/или напуснали) не надвишава 10% от броя на застрахованите лица;

50.4. няма промяна в обстоятелствата, имащи значение за оценката на застрахователния риск.

VIII. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

51. Застрахователят е длъжен да заплати уговорената в договора застрахователната премия или да заплаща на падеж съответните вноски по нея – при уговорено разсрочено плащане на премията. Освен ако не е уговорено друго, застрахователното покритие по договора не започва да тече, ако не е заплатена дължимата премия по договора или първата вноска по нея – при разсрочено плащане.

52. При неплащане на разсрочена вноска от застрахователната премия в уговорения срок, Застрахователят може да намали застрахователната сума, да измени договора или да го прекрати.

53. Застрахователят може да упражни едно от правата по предходната т. **52** не по-рано от 30 дни от датата, на която Застрахователят е получил писмено уведомление от Застрахователя за плащане на дължимата застрахователна премия / разсрочена вноска и същата не е платена.

53.1. Писменото уведомление се смята за връчено, когато Застрахователят е посочил в текста на застрахователния договор, че ще упражни правото си да го прекрати. В такъв случай, застрахователният договор се прекратява автоматично, след изтичането на 30-дневния срок от датата на падежа на премията / разсрочената вноска, без Застрахователят да изпраща до Застрахования допълнително изрично писмено изявление за прекратяване на договора.

54. Ако дължимата разсрочена вноска бъде заплатена след определения за нея в договора падеж, но преди да е изтекъл срокът на уведомлението по т. **53**, застраховката остава в сила при условията, при които е сключена.

55. Когато застрахователното събитие е настъпило преди застрахователната премия да е издължена изцяло:

55.1. При индивидуални договори за сметка на физическото лице, Застрахователят може да удържи размера на неизплатената премия от размера на дължимото обезщетение;

55.2. При групови договори, ако в предоставения по т. **53.1** срок Застрахования не заплати дължимата премия, Застрахователят може да откаже плащане на обезщетение, поради неизпълнение на договорното задължение за плащане на дължимата премия.

IX. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

56. При настъпване на застрахователно събитие и при осъществен

покрит по условията на застрахователния договор риск, Застрахователят е длъжен да определи и изплати договорената застрахователна сума или обезщетение, при спазване на изискванията на закона, застрахователния договор и тези Общи условия.

57. Задължението на застрахователя да изплати обезщетение за допълнително договорените през срока на застраховката рискове, възниква от датата на тяхното покриване, съгласно подписан между страните добавък.

58. Условията, при които Застрахователят изплаща застрахователна сума или застрахователно обезщетение, са детайлно описани в раздел XIX „Характеристика на покритите рискове. Начини за определяне на застрахователните плащания“ от Общите условия.

59. В случай че Застрахователят е приел да покрива рисковете по т. 8.2, т. 8.3, т. 8.4. и/или т. 8.5, всички вреди следствие на тези рискове, реализирали се в период до 72 часа от настъпването му, се считат като резултат от едно застрахователно събитие.

X. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

60. При настъпване на събитие, което може да доведе до предявяване 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.

61. Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) предявява пред Застрахователя писмена претенция за изплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение, чрез попълнена бланка „Искане за плащане“ – образец на Застрахователя по един от следните начини:

61.1. лично или чрез пощенска услуга – на адреса на централното управление на Застрахователя;

61.2. в която и да е от указаните на интернет-страницата www.generali.bg териториални структури;

61.3. по електронна поща, на посочения в застрахователния договор или интернет-страницата на Застрахователя имейл адрес или чрез друга предоставена от него електронна платформа;

62. Претенциите за временна неработоспособност се предявяват след изтичане срока на реално ползвания заради нея отпуск, указан в болничния лист или поредицата болнични листове, до пълното възстановяване на работоспособността, а ако отпускът поради неработоспособността надвишава лимита на отговорност по договора – след указания в него максимален срок на неработоспособността.

63. Застрахованият (съответно законните наследници 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 има право частично или изцяло да откаже изплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение.

64. Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) набавя за своя сметка необходимите и изискани от Застрахователя документи за доказване на основанието и размера на претенцията си.

XI. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ ИЛИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ОБЕЗЩЕТЕНИЯ. СРОК ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ

65. За установяване на основанието и на размера на претенцията си, Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) представя на Застрахователя описаните в Приложение № 1 към общите условия писмени доказателства, свързани с установяване на съответното събитие и размера на вредите.

66. Документите по т. 65 трябва да отговарят на следните изисквания:

66.1. финансовите документи да са в оригинал и да отговарят на изискванията на българското законодателство;

66.2. медицинските документи да са четливи и да съдържат подпис и печат на лекуващия лекар или на лечебното заведение;

66.3. рецептата трябва да бъде издадена на датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил. В случай, че е издадено електронно предписание за лекарствен продукт (електронна рецепта), назначените медикаменти следва да са описани и в издадения медицински документ;

66.4. датата на фактурата и на фискалния бон не трябва да предхожда датата на прегледа и издаването на рецептата;

66.5. представените болнични листове, трябва да са заверени от работодателя с печат, гриф „Вярно с оригинала“ и текст „Болничните са реално ползвани“;

66.6. представеното Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК следва да бъде заверено с печат „Влязло в сила“.

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

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

69. В случай че Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) не представи всички изискуеми документи към претенцията, както и в случай, че един или няколко от представените до-

кументи не отговарят на нормативните или договорните изисквания относно техните реквизити, или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят, има право, в срок до 15 работни дни от получаването на претенцията, писмено да изиска от Застрахования да представи липсващите документи, съгласно Приложение № 1 от Общите условия.

69.1. В случай, че ползвателят на застрахователни услуги не представи изисканите документи, Застрахователят се произнася мотивирано по основателността на претенцията, не по-късно от шест месеца от датата на предявяването ѝ.

69.2. В срок до 15 работни дни след постъпване на всички необходими документи, Застрахователят определя и изплаща размера на застрахователната сума или застрахователното обезщетение, или мотивирано отказва плащането.

70. Приложените към застрахователната претенция финансови документи не се връщат на Застрахования, при пълно или частично плащане на обезщетение по претенцията.

70.1. Връщане на оригинали на документи по преписка, се извършва въз основа на изрично писмено искане от Застрахования (съответно законните наследници на Застрахования), като оригиналните документи се предават за приемо-предавателен протокол, или друг метод удостоверяващ приемо-предаването, а към преписката се прилагат заверени копия на върнатите документи. Копия на документи се изпращат на посочен от заявителя електронен адрес или чрез куриер, за негова сметка;

70.2. Връщане на оригинали на финансовите документи по частично платена претенция се допуска, като върху оригинала на същите се поставят печат „платено“, с посочени сума и дата на плащане, както и печат на Застрахователя;

71. Плащането на застрахователното обезщетение или застрахователната сума се извършва по саморъчно посочена от Застрахования (съответно законните наследници на Застрахования) банкова сметка. Застрахователят си запазва правото да изиска от Застрахования (съответно законните наследници на Застрахования) представяне на удостоверение за валидна банкова сметка, издадено от обслужващата го банка.

72. Плащане към Застрахования (съответно законните наследници на Застрахования) чрез трето лице, се допуска само въз основа на изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция, в което се съдържа изявление, че ползвателят на застрахователни услуги е уведомен, че има право да получи плащането лично.

73. Обезщетенията, платими на Застрахованото лице не попадат в наследствена му маса и Застрахователят не дължи спрямо неговите законни наследници, други плащания извън тези по рисковете „смърт“ и „разходи за погребение“.

74. Законен наследник на Застрахования има право да получи застрахователната сума по рисковете „смърт“ и „разходи за погребение“, дори ако се откаже от наследството.

XII. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

75. Застрахователният договор се прекратява:

75.1. с изтичането на срока, за който е сключен;

75.2. със смъртта на Застрахования при индивидуални договори;

75.3. по взаимно съгласие между Застрахователя и Застрахования;

75.4. с едномесечно писмено предизвестие от всяка от страните (Застраховател и Застраховаш), отправено до другата страна по договора;

75.5. в други случаи, предвидени в закона или в договора.

XIII. ПРАВО НА РЕГРЕСЕН ИСК. ПОГАСИТЕЛНА ДАВНОСТ

76. С плащането от страна на Застрахователя по договора, в случаите, в които застрахователният риск е реализиран в резултат на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение. Застрахованият се задължава да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.

77. Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу лице, което е възходящ, низходящ или негов съпруг, както и ако принадлежи към домакинството на Застрахования, ако същото е действало умислено.

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

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

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

XIV. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

81. Застрахователят е администратор на лични данни и обработва предоставените лични данни в съответствие със Закона за защита на личните данни и Общ регламент относно защита на данните (ЕС 2016/679).

82. Разкриването на данни, сведения или информация, съставляваща застрахователна тайна, може да бъде направено от Застрахователя само пред предвидените от закона лица и случаи.

83. Настоящите Общи условия могат да бъдат изменени и допълвани или заменени само с решение на Управителния съвет на Застрахователя. Измененията и допълненията в общите условия, съответно новите такива условия, не се прилагат за заварените застрахователни договори, освен с писменото съгласие на Застрахователя.

84. За броенето 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 задълженията 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.

85. Застрахователят и Застрахованият могат да подават жалби срещу решенията на Застрахователя директно на адреса на управление на Застрахователя в град София или пред която и да е негова териториална структура в страната, указана на интернет-страницата му www.generalibg.

86. Освен ако в договора не е уговорено друго, всяка писмена кореспонденция до Застрахования, в т.ч. уведомлениа, покани и становища, се изпраща на посочен от него адрес на електронна поща, в депозитното искане за плащане.

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

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

89. Всички въпроси и спорове, породени от действието или тълкуването на договора за застраховка и/или тези общи условия и/или приложенията и добавките към договора, се разрешават чрез преговори между страните, а при невъзможност за постигане на съгласие – от компетентния български съд.

90. За всички въпроси, неуредени в договора за застраховка, тези общи условия, всички приложения към договора, добавките към него и приложенията към тях, се прилагат Кодекса за застраховането, Търговския закон и другите относими норми на българското законодателство.

XV. РАЗХОДИ, ДАНЪЦИ, ТАКСИ. ПРЕВАЛУТИРАНЕ

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

92. Всички данъци, свързани с получаването на застрахователната сума или застрахователното обезщетение са за сметка на Застрахования, съответно законните му наследници – ако има такива.

93. В случай че застрахователното плащане по т. 69.2 се извършва по банков сметка извън територията на Република България, дължимите за превода банкови такси и комисионни са за сметка на получателя. При същите условия се извършва и застрахователното плащане в чуждестранна валута по банков път на територията на Република България.

94. От 00:00 часа на деня, определен за ефективно преминаване на страната към единната европейска валута, всички парични стойности по договора ще бъдат автоматично превалутирани от лева в евро, съгласно установените правила за превалутирание при приемането на Република България в Еврзоната на страните членки на Европейския съюз, които са приели еврото за своя официална валута.

XVI. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИЕ РИСКОВЕ. НАЧИН ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ

■ СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА. СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

95. 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.

96. Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „смърт, настъпила вследствие на 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.

97. Застрахователната сума за риска „смърт, настъпила вследствие злополука“ или „смърт, настъпила вследствие на заболяване“, се изплаща само на лица, имащи качеството на законни наследници на застрахованото лице. Застрахователната сума се разпределя и изплаща в равни части, за всяко едно от тези лица, според техния брой.

97.1. Застрахователната претенция се предявява самостоятелно, от всеки наследник лично или от пълномощник – чрез пълномощно, с нотариална заверка на подписите, изготвено при спазени изискванията на т. 72.

97.2. При отказ на законен наследник да получи своята част от обезщетението, тя остава в полза на застрахователя след изтичане на погасителната давност.

97.3. Ако към момента на настъпване на застрахователно събитие няма установени законни наследници, обезщетението остава в полза на застрахователя, след изтичане на погасителната давност.

98. Застрахователната сума по застраховка „Злополука и Заболяване“

не“ не влиза в наследствената маса на Застрахования. Законен наследник има право да получи застрахователната сума, дори ако се откаже от наследството.

99. От застрахователните суми по т. 95 и т. 96 се приспадат всички изплатени от Застрахователя суми и/или обезщетения, в резултат на същите злополука или заболяване, причинили смъртта, освен тези по рисковете „Медицински разходи“ и „Разходи за погребение“.

100. 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.

100.1. Ограничението не се прилага при договор по задължителна застраховка на работниците и служителите за риска „Трудова злополука“.

■ ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ.

101. При „трайна загуба на работоспособност, настъпила вследствие злополука или заболяване“, се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената/намалената работоспособност. Застрахователят изплаща обезщетение, само за процента загубена/намалена работоспособност, който е в пряка връзка с настъпилото събитие;

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

103. Диагностицирането на заболяването за първи път, довело до трайната загуба на работоспособност и началото на трайната загуба на работоспособност (дата на инвалидизация), следва да са в периода на застрахователното покритие по договора.

104. Освидетелстването – определяне процентът трайна загубена/намалена работоспособност се извършва от ТЕЛК/НЕЛК.

105. Освидетелстването се извършва след стабилизиране на работоспособността на Застрахования, но не по-късно от една година от злополуката.

105.1. Ако неработоспособността на Застрахования не се е стабилизирала след изтичането на едногодишния срок, освидетелстването се извършва от експертна комисия на Застрахователя, независимо от степента на стабилизацията на Застрахования, като се определя процент, отговарящ на състоянието му към края на едногодишния срок. Решението е окончателно.

105.2. Застрахователят не носи отговорност за усложнения, настъпили в състоянието на Застрахования, след изтичането на посочения в предходното изречение срок.

106. При травматични ампутации на крайници и при загуба на друг орган, процентът трайната загуба на работоспособност може да се определи по реда на т. 105.1, без да се изчаква стабилизиране на неработоспособността на Застрахования, като изплаща 50% от дължимото обезщетение. Окончателното плащане се извършва след представяне на експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК. При задължителна застраховка на работниците и служителите за риска „Трудова злополука“ процентът на трайна загуба на работоспособност се определя единствено от ТЕЛК/НЕЛК.

107. Експертни решения, които са издадени като последващи, след предходно освидетелстване за загубена работоспособност, вследствие злополука или заболяване (промяна на групата инвалидност/преосвидетелстване 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 в последствие, в периода на същия застрахователен договор придобие трайна загуба на работоспособност от същите, Застрахователят изплаща разликата между дължимата сума за трайна неработоспособност и изплатеното преди това обезщетение за временна неработоспособност.

■ ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

109. Уврежданията на Застрахования от настъпилата в периода на застрахователното покритие по договора злополука, довели до временната му неработоспособност, следва да са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката. Застрахователно плащане при повторна проява на увредата вследствие същата злополука се извършва, само ако временната неработоспособност е настъпила до 3 месеца от датата на злополуката.

110. Диагностицирането на заболяването за първи път, довело до временната неработоспособност, следва да е в периода на застрахователното покритие по договора.

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

111.1. Болничният лист трябва да бъде издаден съгласно Наредбата за медицинската експертиза.

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

113. Застрахователно обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие на заболяване, се заплаща един път в рамките

на един застрахователен период, освен ако в договора е уговорено друго.

114. 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 лицата, за които болничен лист не се издава, се ползват данните от издаденото им медицинско удостоверение по образец.

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

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

116. В случай че Застрахованият претърпи хирургично лечение или операция, вследствие злополука или заболяване настъпили, съответно диагностицирани за първи път в периода на застрахователното покритие, Застрахователят изплаща процент от договорената застрахователна сума, определен съгласно методика, неразделна част от застрахователния договор;

116.1. Две или повече хирургични интервенции, извършени едновременно – с един и същ коремен разрез се считат за една хирургическа операция. В тези случаи Застрахователят изплаща застрахователната сума/обезщетение, съответно на хирургическата интервенция, за която е предвиден най-висок процент в методиката по т. 116.

117. За хирургически операции, които не са посочени в методиката към застрахователния договор, Застрахователят прилага метода на аналогията към хирургическа операция, със сходна сложност.

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

118. 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.

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

120. Началото на хоспитализацията (началната дата на настаняване) трябва да е в периода на застрахователното покритие по договора. Хоспитализацията следва да е предписана от лекуващ лекар и да е за лечение на последиците от злополука или заболяване, настъпила, респективно диагностицирана в периода на застрахователното покритие.

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

122. При условията на точки от 118 до 121 включително, се изплащат също дневни пари за дните на престой на Застрахования в лечебно заведение за балнеолечение, физиотерапия и рехабилитация, които са предшествани от болничен престой и представляват задължително продължение на стационарно лечение и са негов етап.

123. По този риск не се възстановяват извършените от Застрахования разходи по време и във връзка с хоспитализацията му.

■ **СЛЕДХОСПИТАЛИЗАЦИОННО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ.**

124. 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.

125. Периода на следхоспитализационно възстановяване се определя от издаден болничен лист, експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, а в случай, че такива не могат да бъдат издадени, от експертна комисия на Застрахователя. Решението на Застрахователя е окончателно.

■ **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 финансови документи – фактури и фискални бонове, издадени от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки и съставени съгласно изискванията на българското законодателство. Медицинските разходи следва да са извършени до 3 месеца от злополуката или заболяването.

128. Началото на застрахователното покритие за медицинските разходи, извършени по повод на заболяване, е от 00:00 часа на деня, следващ този, в който изтича 30-дневния отлагателен период, освен ако в договора е уговорено друго. При подновяване 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, клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания;

129.2. покупка или наем на предписани от лекар-специалист помощни средства, до 60 дни от назначението за ползване;

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 предписването;

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 за лечение 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; тестове на слуха; прегледи, извършени от общопрактикуващи лекари; ваксинации, в т.ч. разходи за самата ваксина; грижи за новородени;

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

132.3. рехабилитация и физиотерапия в амбулаторни условия;

132.4. хормонално лечение и свързаните с това изследвания;

132.5. експлантация и трансплантация на органи и тъкани, както 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. наблюдение 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 травми 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 имunosупресори), медицинска козметика, санитарни материали;

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 травматична увреда, вследствие на злополука;

132.17. дентална медицинска помощ;

132.18. „допълнително поискани услуги“ по смисъла на чл. 24а, ал.1 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, като подобрени битови условия (самостоятелна стая, в цената на която се включват всички допълнителни битови условия, със или без придружител), самостоятелен сеестрински пост, допълнителен помощен персонал 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 такова лечебно заведение.

■ **РАЗХОДИ ЗА ПОГРЕБЕНИЕ ПРИ СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

134. При сключване на застрахователния договор, страните могат да уговорят един от следните начини за обезщетяване:

134.1. изплащане на фиксирана сума, поровно на законните наследници на застрахования;

134.2. възстановяване на реално извършени разходи, за погребение на застрахования. Разходите се възстановяват на реалния им извършител. Не се възстановяват разходите за храна, напитки, закупуване и/или наем на гробни места, урнови ниши, гробници.

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

■ **ФРАКТУРИ НА ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА**

136. В случай, че Застрахованият претърпи фрактура (счупване), вследствие злополука, Застрахователят заплаща застрахователна

сума, изчислена на база определените по-долу проценти 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 – дъги, прешленно тяло, вида на лечение- постелен режим или транспедикулярна 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 ръб – 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 лечението – консервативно с имобилизация или оперативно с метална остеосинтеза или с пластика на дефект, 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-високо покритие/ с най-висок процент.

■ ДЕНТАЛНА ПОМОЩ, ИЗВЪРШЕНА ПО ПОВОД НАСТЪПИЛА ЗЛОПОЛУКА. СПЕШНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ.

139. Застрахователят възстановява, до размера, посочен в застрахователния договор, разходите за проведено дентално лечение / предоставена дентална помощ, извършени не по късно от 7 дни от датата на настъпила злополука. Разходите трябва да са извършени на територията на Република България, в периода на застрахователното покритие по договора и от правоспособен дентален лекар / лечебно заведение за дентална помощ.

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

141. Застрахователят възстановява, до размера, посочен в застрахователния договор и за спешна дентална помощ, ползвана с цел премахване на силен зъбобол, вследствие злополука, както и оказване на помощ при остри възпалителни процеси в устната кухина, за които може да се постави точна диагноза (пулпит, периодонтит, абсцес).

142. Не се считат за спешна дентална помощ стоматологичните услуги свързани с: изграждане на зъб, зъбпротезиране, естетично протезиране, премахване на зъбен камък / избелване на зъби, лечение на пародонтоза, физиотерапевтични и ортодонстички услуги, всички видове профилактични дентални услуги.

■ ИЗГАРЯНИЯ, НАСТЪПИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА.

143. Застрахователят заплаща процент от уговорената застрахователна сума, в случай, на претърпяна в периода на застрахователно покритие злополука, вследствие на която застрахованият получи термично, химическо, електрическо или радиационно изгаряне втора или по-висока степен, засегнало участък/ци над 4,49% от тялото или 2.00% от лицето,

144. Дължимото обезщетение се определя, както следва:

144.1. При втора степен на изгаряне със засегната площ, най-малко 4.49% от тялото или 2.00% от лицето, застрахователят изплаща 15% от уговорената застрахователна сума

144.2. При втора степен на изгаряне с най-малко 25% засегната площ, застрахователят изплаща 30%, от уговорената сума;

144.3. При втора степен на изгаряне с най-малко 50% засегната площ, застрахователят изплаща 45% от уговорената сума;

144.4. При трета и четвърта степен на изгаряне с най-много до 10% засегната площ, застрахователят изплаща 70% от уговорената сума;

144.5. При трета и четвърта степен на изгаряне на важни органи, застрахователят изплаща 100% от уговорената сума;

144.6. При трета и четвърта степен на изгаряне на област повече от 10% засегната площ, застрахователят изплаща 100% от уговорената сума.

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

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

145.2. изгаряния вследствие излагане на солариум;

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

145.4. пожар, причинен от Застрахования или при самозапалване под каквато и да е форма, причина и начин.

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

146. 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 последиците от изгарянето.

■ ДИАГНОСТИЦИРАНО ОСОБЕНО ТЕЖКО (КРИТИЧНО) ЗАБОЛЯВАНЕ

147. Застрахователят поема този риск при специални условия, неделима част от застрахователния договор.

XVII. ДЕФИНИЦИИ

148. За целите на застрахователния договор посочените по-долу думи и изрази имат следното значение:

148.1. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК е обективно съществуващата вероятност от настъпване на вредоносно събитие, възникването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на застрахования, застрахования или законните наследници на застрахования. Покритите застрахователни рискове задължително се описват в застрахователния договор.

148.2. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ е настъпването на покрит риск по застраховка в периода на застрахователното покритие, вследствие на злополука или заболяване.

148.3. ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА или **ГРУПОВ ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР:** Застраховка на две или повече лица, чийто брой е определен или определяме, намиращи се в трудово, служебно или гражданско правоотношение със Застраховация.

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

148.5. ПАДЕЖ е денят, в който трябва да се плати застрахователната премия или вноски по нея.

148.6. НОРМАЛНО ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ / НОРМАЛЕН ЗДРАВЕН СТАТУС: Здравословно състояние на Застрахования, основните показатели за което са в границите на нормалните и което не води до временна неработоспособност към текущия момент. Лице с нормално здравословно състояние, се определя като здраво лице.

148.7. ЗАБОЛЯВАНЕ: Съвкупността от оплаквания и клинични прояви, за които е поставена диагноза от практикуващ 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.

148.8. 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 провеждано 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.

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

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

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

148.9.3. изискващо поддържащо лечение – постоянно, сезонно или при обостряне, което нормализира състоянието, но не води до излекуване;

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

148.9.5. водещо до трайно ограничение на функцията на отделен орган или система и формиращо процент трайно намалена работоспособност /ТНР/.

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

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

148.12. АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е остро, често внезапно и непредвидено настъпило нарушение на основните жизнени функции на организма, с бързо прогресиране 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.

148.13. ЗЛОПОЛУКА е всяко събитие, довело до телесно увреждане или смърт на Застрахования в резултат на непредвидени и внезапни въздействия от външен произход, които Застрахованият не си е причинил умишлено. За ЗЛОПОЛУКА се признават и случаите на:

148.13.1. изкълчване, обтягане и скъсване на тъкани, стави, сухожилия и мускули, вследствие внезапно напрягане на собствени сили;

148.13.2. неработоспособност и/или смърт, причинени от задължителна имунизация;

148.13.3. заболявания, които са пряк резултат от настъпила злополука;

148.13.4. инфекции, при които заразната материя е проникнала при злополука в организма на пострадалото лице;

148.13.5. ухапване от насекоми, с изключение случаите на ухапване от малариен комар;

148.13.6. ухапване от влечуги и гризачи;

148.13.7. злоумишлени действия срещу Застрахования;

148.14. Не се считат за ЗЛОПОЛУКА случаите, настъпили в резултат на:

148.14.1. професионални заболявания;

148.14.2. заболявания от общ характер;

148.14.3. травматични 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;

148.14.4. остри стомашно-чревни инфекции, включително трихинелоза и салмонелоза, ингвиналните и коремни хернии, дисковите хернии, радикулити, отлепване на ретината и други;

148.14.5. усложнение на бременността, раждането и следродовия период, аборт в извънболнични условия;

148.14.6. температурни влияния – простуда, измръзване, слънчев или топлинен удар, слънчево изгаряне, възпалителни състояния на органи и системи, причинени от ниски температури;

148.14.7. медицинска или хирургическа манипулация и интервенция, освен ако е свързана с непосредствено лечение на последиците от злополуката. Не се покрива отстраняването на остеоинтезни материали.;

148.14.8. алкохолно въздействие, довело до смърт или травматични увреждания;

148.14.9. въздействие на наркотични вещества или техни аналози – стимулатори, допингиращи средства, довело до смърт или травматични увреждания.

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

148.16. 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.

148.17. ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ / 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 договора е уговорено, от експертна комисия на Застрахователя, като решенията на последната са окончателни.

148.18. ФРАКТУРИ ОТ ЗЛОПОЛУКА са счупванията на кости, причинени от различни видове травматизъм, отговарящ на условията за покритие от застрахователна злополука. Счупванията на костите представлява нарушаване на целостта на костта в различни оси. Възможно е счупването да не обхваща цялата обиколка на костта, а само на част от кортикалния слой (твърдата 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 условие за инфектиране от контакта с външната среда. В обсега на фрактурите влизат и фисуриите (пуквания на кости) и инфракция (отлепване на хрущялна повърхност). В тази общност не влизат патологичните счупвания, причинени от болестни причини: фрактури при метапроцеси в костите, при предшествваща остеоопороза с висок фрактурен риск (над – 2.5 Т-скор), при хематологични заболявания с ангажиране на костите и при вродени заболявания на костните структури (остеогенезис имперфекта).

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

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

148.21. РАЗУМНИ (МЕДИЦИНСКИ) РАЗХОДИ са разходите, чиято стойност не надвишава:

148.21.1. 300% от стойността на проведени в системата на извънболничната медицинска помощ, „първичен преглед“ и „вторичен преглед“, съобразно действащия към момента на ползване на услугата Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз (наричан НРД);

148.21.2. 130% от стойността на клиничната пътека, кореспондираща на проведеното болнично лечение, съобразно действащия към момента на постъпване в лечебното заведение НРД;

148.21.3. Максималната продажна цена на закупуване лекарствен продукт, определена съгласно Регистъра на максималните продажни цени воден от Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (наричан НСЦРЛП).

147.22. БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ (ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ) – настаняване/ приемане на Застрахования в болнично заведение. За болничният престой е характерно:

– настаняване в отделение на болница за полагане медицински грижи и лечение на състоянието на болния, съставяне на лист за общо клинично наблюдение, осигуряване на медицинска помощ за остри/ акутни заболявания и увреждания от злополука през периода, който е необходим за лекуване на съответния здравословен проблем;

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

148.23. Не се счита за БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ настаняването:

– в заведенията, предназначени за полагане на грижи за лицата, 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 секциите, 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 продължително лечение и долекуване, непосредствено предхождано от болнично лечение;

– в клиники 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 оплождане и последиците от тях;

- за хирургически операции за дарение на органи;

- за изпитания на лекарства.

148.24. 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 лекарствените продукти в хуманната медицина. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица.

148.25. ПОМОЩНИ СРЕДСТВА са използваните средства за подпомагане и корекция на жизненни функции, предписани от лекар и закупени/ наети по време на действие на договора. Помощни средства са: протези, патици, бастуни, инвалидни столове и колички, ортези, еластични чорапи, еластични бандажни превръзки и уринатори.

148.26. ИЗВЪНБОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ: Лечение на Застрахования в медицинско заведение (кабинет), без необходимост от настаняване в болнично заведение.

148.27. БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ: Лечение на Застрахования при условие, че е настанен/ приет в болнично заведение.

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

148.29. ОСОБЕНО ТЕЖКО (КРИТИЧНО) ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, включено в списъка на Застрахователя на особено тежките (критични) заболявания, неразделна част от застрахователната полица;

147.30. 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;

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

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

148.33. ЕКСТРЕМНИ СПОРТОВЕ – видове спорт с висока степен на присъщата опасност. Включват екстремни нива на височина, скорост, умения и сила, както и използването на специализирана екипировка за тяхното упражняване. Като „екстремни спортове“ се определят моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове от високо, катерене и зимни спортове, практикувани извън местата обозначени за тяхното упражняване, спелеология, рафтинг.

148.34. ИНДИВИДУАЛНО ЕЛЕКТРИЧЕСКО ПРЕВОЗНО СРЕДСТВО е пътно превозно средство, оборудвано с електрически двигател/и и с не повече от три колела. Не са индивидуални електрически превозни средства инвалидните колички, обслужващи лица с увреждания.

148.35. ЗАКОННИ НАСЛЕДНИЦИ: наследниците по закон на починало лице, посочени в удостоверението за наследници, издадено по Наредба № РД-02-20-6 от 24.04.2012 г. за издаване на удостоверения въз основа на регистъра на населението или в друг сходен документ от орган или институция, които съгласно националното право на съответната държава са компетентни да удостоверят въпроси в областта на наследяването. Документите по предходното изречение трябва да са актуални към датата на подаване на претенцията и/или датата на изплащане на застрахователно обезщетение.

XVIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

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

150. Общите условия за застраховки „Злополука и Заболяване“ са приети с решение на Управителния съвет на „Дженерали 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., Протокол № 48 от 03.11.2021 г., в сила от 01.01.2022 г. и Протокол № 4 от 01.02.2023 г., в сила от 01.03.2023 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
КЪМ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“:

„ИЗСКУЕМИ ДОКУМЕНТИ“

Всяка претенция се завежда с представяне на попълнена бланка „Искане за плащане“, по образец на Застрахователя.

За риска „СМЪРТ“, бланка „Искане за плащане“ се подава от всеки от законните наследници или от пълномощник, с пълномощно по т. 72 от настоящите Общи условия.

Попълнените от Застрахования реквизити, придружени от посочените необходими документи, съобразно вида на реализирания риск, са както следва:

<p>➤ СМЪРТ ОТ ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Съобщение за смърт /в случай, че смъртта не е настъпила в лечебно заведение/ – четливо копие; ▪ Епикриза /в случай, че смъртта е настъпила в лечебно заведение/ - четливо копие; ▪ Съдебно медицинска експертиза и/или аутопсионен протокол /в случай, че такива са извършени/ - четливо копие; ▪ Резултат от токсико-химичен анализ /химическа експертиза/, удостоверяващ липсата или наличието, както и количеството на алкохол, наркотици или други упойващи вещества, в организма на застрахованото лице – четливо копие; ▪ Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпване на трудовата злополука – четливо копие; ▪ Декларация за трудова злополука по чл.57 от Кодекса за социално осигуряване (КСО) – четливо копие; ▪ Разпореждане на Национален осигурителен институт (НОИ) по чл. 60 от КСО – четливо копие; ▪ Декларация, че разпореждането на НОИ не е /е обжалвано – четливо копие; ▪ Удостоверение за наследници – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване – четливо копие; ▪ за учащи се, пенсионери и други лица, за които болничен лист не се издава, се представя попълнено „медицинско удостоверение“ по образец на Застрахователя; ▪ Болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя – заверено копие; ▪ Копие от удостоверението за раждане – за малолетни/непълнолетни застраховани; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Трайна неработоспособност (трайна загуба на работоспособност) от трудова злополука:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Декларация за трудова злополука по чл. 57 от Кодекса за социално осигуряване (КСО) – четливо копие; ▪ Разпореждане на Национален осигурителен институт (НОИ) по чл. 60 от КСО – четливо копие; ▪ Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, болнични листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила трудова злополука - четливо копие; ▪ Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайната загуба на работоспособност, заверено с гриф „Влязло в сила“ – заверено копие; ▪ Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпване на трудовата злополука – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване – четливо копие; ▪ Епикриза удостоверяваща проведено хирургично лечение в болнични условия – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ СМЪРТ ОТ ЗЛОПОЛУКА В БИТА ИЛИ ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Съобщение за смърт (в случай че смъртта не е настъпила в лечебно заведение) – четливо копие; ▪ Епикриза (в случай че смъртта е настъпила в лечебно заведение) - четливо копие; ▪ Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване – четливо копие; ▪ Съдебно медицинска експертиза и/или аутопсионен протокол (в случай че такива са извършени) - четливо копие; ▪ Резултат от токсико-химичен анализ (химическа експертиза), удостоверяващ липсата или наличието, както и количеството на алкохол, наркотици или други упойващи вещества, в организма на застрахованото лице – четливо копие; ▪ Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпване на злополуката – четливо копие; ▪ Удостоверение за наследници – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване – четливо копие; ▪ Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ СМЪРТ ОТ ЗЛОПОЛУКА В БИТА ИЛИ ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, болнични листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване - четливо копие; ▪ Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайната загуба на работоспособност, заверено с гриф „Влязло в сила“ – заверено копие; ▪ Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпването на трудовата злополука – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване – четливо копие; ▪ Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия – четливо копие; ▪ Болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя – заверено копие; ▪ за учащи се, пенсионери и други лица, за които болничен лист не се издава, се представя попълнено „медицинско удостоверение“ по образец на Застрахователя; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Трайна неработоспособност (трайна загуба на работоспособност) от: злополука в бита; общо заболяване или професионално заболяване</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, болнични листа, издадени във връзка с лечение на последниците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване - четливо копие; ▪ Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайната загуба на работоспособност, заверено с гриф „Влязло в сила“ – заверено копие; ▪ Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпването на трудовата злополука – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документ, с отразени дата на издаване, диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени и/или проведени изследвания/ манипулации/ терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение; ▪ Резултати от проведените изследвания; ▪ Фактура, издадена на името на застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на ползваните медицински услуги - оригинал; ▪ Фискален бон – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.

<p>➤ Възстановяване на разходи за здравни стоки (лекарствени продукти; медицински консумативи, помощни и корекционни средства) от злополука или заболяване:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документ, с отразени дата на издаване, диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначена терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение; ▪ Рецепта (бяла рецептурна бланка – образец М3) – с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис и печат на лекуващия лекар и дата на издаване; ▪ Рецепта, с подпис, печат на лекуващия лекар и дата на издаване, с отразено назначение за закупуване на помощно/корекционно средство; ▪ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените здравни стоки - оригинал; ▪ Фискален бон – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Възстановяване на разходи при болнично лечение от злополука или заболяване:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Епикриза, с подпис на лекуващ лекар, дата и печат на лечебното заведение; ▪ Служебна бележка, издадена от лечебното заведение за болнична помощ, с отразени вид и единични стойности на заплатените услуги; ▪ Резултати от проведени лабораторни изследвания; ▪ Разчитания от образно-диагностични изследвания; ▪ Стикер, идентифициращ медицинското изделие, вложено в болничното лечение – оригинал; ▪ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на платените медицински услуги/здравни стоки- оригинал; ▪ Фискален бон – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Възстановяване на медицински транспорт или репатриране при злополука или заболяване:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Епикриза, с подпис на лекуващ лекар, дата и печат на лечебното заведение; ▪ Медицински документ, с предписание за транспортиране от едно болнично заведение в друго; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Изплащане на фиксирана сума за разходи за погребение:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Съобщение за смърт (в случай че смъртта не е настъпила в лечебно заведение) – четливо копие; ▪ Епикриза (в случай че смъртта е настъпила в лечебно заведение) - четливо копие; ▪ Удостоверение за наследници – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор).
<p>➤ Възстановяване на разходи за погребение:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Съобщение за смърт (в случай че смъртта не е настъпила в лечебно заведение) – четливо копие; ▪ Епикриза (в случай че смъртта е настъпила в лечебно заведение) - четливо копие; ▪ Фактура, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на платените услуги и/или стоки, по вид и единични стойности - оригинал; ▪ Фискален бон – оригинал; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор).

<p>➤ ФРАКТУРИ ОТ ЗЛОПОЛУКА:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – амбулаторни листа, резултати от образно-диагностични изследвания във връзка с диагностика лечение на фрактури, възникнали вследствие злополука – четливо копие; ▪ Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия на фрактури, възникнали вследствие злополука – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Възстановяване на разходи за дентална помощ, извършена по повод настъпила злополука или спешна дентална помощ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документ, с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение; ▪ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с описание и индивидуални цени на предоставените дентални услуги; ▪ Фискален бон; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.
<p>➤ Изгаряния от злополука:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай, че не са описани в медицинската документация); ▪ Медицински документи – амбулаторни листа, резултати от изследвания, извършени по повод лечение на изгаряния, възникнали вследствие злополука – четливо копие; ▪ Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия на изгаряния, възникнали вследствие злополука – четливо копие; ▪ Копие от застрахователен договор и списък на застрахованите лица (при поименно сключен застрахователен договор); ▪ Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата (при непоименно сключен застрахователен договор) – оригинал.

ЗАБЕЛЕЖКИ:

1. Вместо „**фискален бон**“ по смисъла на **Наредба № Н-18/13.12.2006 г. за регистриране** и отчитане чрез фискални устройства на продажбите в търговските обекти, изискванията към софтуерите за управление им и изисквания към лицата, които извършват продажби чрез електронен магазин, като легитимен разходо-оправдателен документ доказващ извършени разход, Застрахователят приема и заверено от банката издател, **платежно нареждане**“, стига в същото да е визирано основание за плащане, отговарящо на посоченото издадената от доставчика на здравна стока/ услуга фактура.
 2. Застрахователят няма да изисква представяне на разходо-оправдателен документ – „**фактура**“, в случай че Застрахованото лице представи фискален бон, издаден от фискално устройство, съдържащ реквизитите по чл. 114, ал. 1, т. 3, 4, 5, 7, 9 и 10 от Закона за ДДС, а именно: дата на издаване, име и адрес на доставчика, идентификационен номер по чл. 94, ал. 2 на доставчика; име и адрес на получателя по доставката; количеството и вида на стоката, вида на услугата; датата, на която е възникнало данъчното събитие на доставката, или датата, на която е получено плащането.
 3. При издадено „**електронно предписание за лекарствен продукт**“ (електронна рецепта), по смисъла на **Наредба №4/04.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти**, Застрахователят няма да изисква представянето на попълнена „**бяла рецептурна бланка - образец на МЗ**“.
- В тези случаи Застрахователят ще приеме претендиран разход като доказан по основание, в случай че закупените здравни стоки са подробно описани в издадения от лекуващия лекар медицински документ.**
4. В случай че издадената фактура, не съдържа данни за вид и единични стойности на заплатените услуги и/или стоки, Застрахователят има право да изиска „**служебна бележка**“ съдържаща тези или други необходими за вземане на мотивирано решение по преписката данни.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

КЪМ ТОЧКА 68 ОТ ОБЩИТЕ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

1. 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.
2. При временна неработоспособност, настъпила вследствие общо или професионално заболяване – застрахователят заплаща процент от застрахователната сума, в зависимост от продължителността на неработоспособност-

- та, както следва:
- от 31 до 60 дни – 8% от застрахователната сума;
 - над 60 дни –12% от застрахователната сума
3. 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, до 30-ия ден, включително.
 4. Следхоспитализационно възстановяване вследствие злополука или заболяване – застрахователят заплаща по 0.50% от застрахователната сума, избрана за този риск, за всеки ден следхоспитализационно възстановяване.