

Общи условия

за застраховки „Злополука и Заболяване“



Съдържание

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

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

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

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

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

III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

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

IV. ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

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

V. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

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

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

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

● СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

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

• НАЧАЛО И КРАЙ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

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

• СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ОЦЕНКА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ РИСК

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

VII. САМОУЧАСТИЕ

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

VIII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

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

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

IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

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

X. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

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

XI. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

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

XII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIV. ТРЕТО ПОЛЗВАЩО СЕ ЛИЦЕ

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

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

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

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

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

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

XV. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

74. Застрахователният договор се прекратява:

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

74.2. със смъртта на Застрахования;

74.3. по взаимно съгласие между Застрахователя и Застраховачия;

74.4. с едномесечно писмено предизвестие от всяка от страните (Застраховачът и Застрахователят), отправено го двете страни по договора;

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

XVI. ПРАВО НА РЕГРЕСЕН ИСК. ПОГАСИТЕЛНА ДАВНОСТ

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

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

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

78. 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.

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

XVII. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

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

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

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

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

84. Застрахованият и Застрахованият могат да подават жалби срещу решенията на Застрахователя директно на адреса на управлението на Застрахователя в София или пред която и да е неова териториална структура в страната, указана на интернет-страницата му www.generalibg.

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

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

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

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

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

XVIII. РАЗХОДИ, ДАНЫЦИ, ТАКСИ

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

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

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

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

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

● СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПУЛУКА. СМЪРТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПУЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

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

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

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

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

● ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ, НАСТЪПИЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПУЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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