



„МИНИ МАРИЦА-ИЗТОК” ЕАД



ДОГОВОР

№ МТ - 8.7...../2019 г.

Днес, 28.03.....2019 г., в град Раднево, между:

„МИНИ МАРИЦА-ИЗТОК” ЕАД със седалище и адрес на управление град Раднево 6260, област Стара Загора, ул. „Георги Димитров” №13, код по регистър БУЛСТАТ 833017552 и номер по ЗДДС BG 833017552, представлявано от **Андон Петров Андонов**, в качеството му на **Изпълнителен директор**, наричано за краткост **ЗАСТРАХОВАЩ**, от една страна

Изпълнител и отговорник по отчета на договора от страна на Застрахователя е отдел ЗБУТ към управлението на Дружеството

Контрол по изпълнението на договора се изпълнява от: отдел ЗБУТ към управлението на Дружеството

„ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ” АД, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1407, бул. Черни връх № 51Д, ет. 1, офис 3, тел: 02/8055309, 02/8055372, e-mail: office@jzibg.com; вписано в Търговския регистър към Агенцията по вписванията, с ЕИК: 175010739, ИН по ДДС: BG 175010739; представлявано от **Валентина Илнева Градинарска** и **Гълъбин Николов Гълъбов**, заедно, в качеството им на **Изпълнителни директори**

(ако има упълномощено лице - име, длъжност, акт на който се основава представителната му власт) наричан за краткост **ЗАСТРАХОВАТЕЛ**,

На основание чл.112 от Закона за обществените поръчки и в изпълнение на Решение № М/Г – 04 – 606/26.02.2019 г. на ИД и Протокол № 05-2019/22.02.2019 г. на СД на ММИ ЕАД за класиране на участниците и определяне на изпълнител на обществена поръчка с предмет: „Застраховане на персонала на „Мини Марица – изток“ ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване“ – реф. № 150/2018 г. - ПС се сключи настоящият договор, с който страните по него се споразумяха за следното:

І. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА

Чл. 1.(1) Застрахователят възлага, а Застрахователя приема и се задължава да извърши срещу заплащане на уговорената по-долу застрахователна премия застраховка „Живот – злополука и заболяване, регламентирана в чл. 54 на Колективния трудов договор от 2018 г., подписан между социалните партньори на Застрахователя, наричана за краткост „Услугата“.



6260 Раднево, ул. „Георги Димитров” - №13
тел.: 0417 / 8 33 05; факс: 0417 / 8 26 05
<http://www.marica-iztok.com> e-mail: mmi-ead@marica-iztok.com

(2) Предмет на застраховането с настоящия договор са изброените по-долу застрахователни рискове:

- смърт от трудова /чл. 55, ал. 2 от КСО/ и битова злополука,
- трайно намалена работоспособност вследствие на трудова /чл. 55, ал. 2 от КСО/ и битова злополука;
- временна неработоспособност в следствие на трудова /чл. 55, ал.2 от КСО/ и битова злополука; смърт от професионално и общо заболяване,
- трайно намалена работоспособност вследствие заболяване и временна неработоспособност вследствие заболяване

Посочените рискове се отнасят за целия персонал, от всички видове рискови класове.

(3) Застрахователят ще изпълни услугата, предмет на договора, съгласно Техническата спецификация на Възложителя/Застраховачия – Приложение № 1, Техническо предложение за изпълнение на поръчката - Приложение № 2 и Ценово предложение № 3 на Изпълнителя/Застрахователя, които са неразделна част от този договор.

(4) При различия и противоречия между клаузите на настоящия договор и общите условия на застрахователя ще важат и ще се прилагат само и единствено клаузите на настоящия застрахователен договор.

II. ЦЕНА И НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ

Чл. 2. (1) Стойността на договора е 330 080,75 лева (словом: триста и тридесет хиляди и осемдесет лева и седемдесет и пет стотинки), в това число:

2.1.1. Застрахователна премия (ЗП): 308 198,65 лева

2.1.2. Опция 5%: 15 409,93 лева.

2.1.3. Данък 2% съгласно ЗДЗП в/у стойността на ЗП и опцията: 6 472,17 лева.

(2) Застраховачият заплаща застрахователната премия по банков път на две равни вноски, както следва: първата вноска е 15 дни след издаване на дебит нота, а втората вноска е след 6 месеца от датата на първата вноска. Застрахователят се задължава в срок от 3 дни от влизането на договора в сила да представи на Застраховачия дебит нота.

(3) Застрахователната полица ще бъде сключена на базата на актуалния списъчен състав на персонала на Застраховачия, като дължимата обща застрахователна премия се определя чрез посочените от Застрахователя застрахователни премии за едно лице от всеки рисков клас в Приложение №2 към договора.

(4) Договорните застрахователни премии за едно лице от всеки рисков клас в Приложение №2 към договора са окончателни.

(5) Застрахователната премия не включва данъка (2%), определен със Закона за данъка върху застрахователните премии, в сила от 01.01.2011 г.

(6) Застраховачият заплаща данъка (вноска) върху застрахователната премия по следния начин: в едно със застрахователната премия, съгласно изискванията и срокове за плащане на застрахователната премия.

Чл. 3. До 12 (дванадесет) месеца от влизане в сила на договора, Застраховачият има право да възложи опция в размер до 5 % от стойността на договора. Стойността на опцията, без данък 2% е 15 409,93 /словом: петнадесет хиляди четиристотин и девет лева и деветдесет и три стотинки/ лева

Чл. 4. (1) Изплащането на всички суми се извършва от Застраховачия по следната банкова сметка на Застрахователя:

Банка: ЮРОБАНК БЪЛГАРИЯ АД –град София, офис Ситняково

IBAN:BG96 BPBI 7940 1061 0610 3150 01

BIC: BPBIBGSF

(2) Застрахователят е длъжен да уведоми писмено Застраховачия за всички последващи промени на банковата му сметка в срок до 5 (пет) календарни дни, считано от момента на промяната.

Чл. 5. (1) В случай, че част от договора се изпълнява от подизпълнител и може да бъде предадена, като отделна застрахователна полица на Застрахователя или Застраховачия, Застраховачият заплаща възнаграждение за тази част на подизпълнителя.

(2) Разплащанията се осъществяват въз основа на искане, отправено от подизпълнителя до възложителя чрез Застрахователя, който е длъжен да го предостави на Застраховачия в 15-дневен срок от получаването му. Към искането Застрахователят предоставя становище, от което да е видно дали оспорва плащанията или част от тях като недължими.

(3) Застраховачия има право да откаже плащане, когато искането за плащане е оспорено, до момента на отстраняване на причината за отказа.

(4) В случай, че са изпълнени всички условия по договора, Застраховачия заплаща възнаграждението на подизпълнителя в 30 дневен срок от получаване на искането и становището по ал.2.

III. СРОКОВЕ И МЯСТО НА ИЗПЪЛНЕНИЕ

Чл. 6. (1) Срок за изпълнение на договора е 12 (дванадесет) месеца след влизането му в сила. Договорът влиза в сила считано от датата на подписването му от двете страни.

(2) За новоназначените работници и служители на Застраховачия застраховката влиза в сила от 00.00 часа на датата на постъпването им на работа, а за напуснали – застрахователната отговорност ще се прекратява от 24 часа на датата на прекратяване на трудовите им правоотношения. Застраховането им ще извършим съгласно условията за възлагане на опция в договора.

(3) До 12 (дванадесет) месеца от влизане в сила на договора, Застраховачият има право да възложи опция в размер до 5% от стойността на договора. Този процент се определя от Застраховачия в зависимост от възникналата необходимост и може да бъде до 5%.

(4) Застраховачият писмено уведомява изпълнителя за възлагането на опцията, като определя брой на лицата и стойността, по условията на настоящия договор.

Чл. 7. Мястото за изпълнение на договора е територията на Република България.

IV. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ

Чл. 8. (1) Застрахователят предоставя на Застраховачия застрахователна полица – оригинал, съдържаща описание на покритите рискове, номера на договора и влизаща в сила от 00,00 часа на датата на влизане на договора в сила. Застрахователят застрахова всички работници и служители на Застраховачия, без оглед на тяхната работоспособност и без значение дали към датата на влизане в сила на полицата са били в отпуск или болничен.

(2) Застрахователят се задължава да извършва плащане на договорените обезщетения по рисковете, покрити със застраховката, ако злополуката и заболяването са настъпили в рамките на срока на действие на договора.

(3) Суми за временна неработоспособност се изплащат без значение как е осъществено лечението – в стационар, в домашни условия или в профилакториум /санаториум/.

(4) Застрахованите лица (правоимащите) са длъжни да представят в офис на Застрахователя всички изискани документи, необходими за изплащане на съответното застрахователно обезщетение, в срок до 10 работни дни след комплектоването им, заверени от Ръководител служба "Трудова медицина".

(5) Всички факти и обстоятелства, свързани с финансовото и здравното състояние на застрахованите лица и станали известни на Застрахователя при или по повод изпълнението на настоящия договор, представляват конфиденциална информация, която Застрахователят се задължава да не разпространява без знанието и съгласието на застрахованите лица.

(6) Застрахователят се задължава в края на всяко тримесечие да предоставя на Контролиращия изпълнението на договора от страна на Застрахователя статистическа информация /отчет/ за съответното тримесечие. В отчета трябва се посочва номера на договора и периода за който се отнася, като се записват имената на застрахованите лица и стойността на изплатените им обезщетения по видове рискове.

(7) Отговорността на Застрахователя съгласно условията на договора е в рамките на договорените рискове и обезщетения, без подлмити в отговорността, и без самоучастия на Застрахователя.

(8). Офис на територията на град Раднево, където ще се осъществява представянето на документите от застрахованите лица:

град Раднево
ул. „Митьо Станев“ №2 - Автогара
лице за контакти: Ивета Ангелова
телефон: 0888/142027

V. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

Чл. 9. (1) Застрахователят е длъжен в тридневен срок от подписване на настоящия договор да предостави на хартиен и магнитен носител актуален списък на застрахованите лица по смисъла на чл.1, ал.1. на договора.

(2) Застрахователят е длъжен ежесечно до 5-то число на месеца, следващ отчетния, да предоставя на хартиен и магнитен носител промените в трудовите правоотношения.

(3) Ръководителят на служба "Трудова медицина" на съответното поделение на Застрахователя е длъжен да води регистър за заверените от него документи, които се представят за плащане пред Застрахователя. Данните от регистъра ще се използват за съпоставка с данните, предоставяни от Застрахователя по чл.8, ал.6. на договора.

(4) Лица за контакти от страна на Възложителя:

- а) отдел ЗБУТ на рудник „Трояново-1“, с. Трояново
- б) отдел ЗБУТ на рудник „Трояново-север“, с. Ковачево
- в) отдел ЗБУТ на рудник „Трояново-3“ с. Медникарово
- г) отдел ЗБУТ на Управление град Раднево

VI. ПРАВА НА ЗАСТРАХОВАНИТЕ ЛИЦА

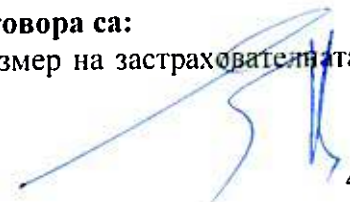
Чл. 10. (1) Застрахованите лица имат право да получат следните застрахователни обезщетения:

Застрахователна сума на едно лице по договорената застраховка е: 8 000 лв. /осем хиляди лева/.

Застрахователната сума се отнася за персонала от всички рискови класове.

Застрахователните обезщетения, дължими от Застрахователя по договора са:

- Смърт от трудова злополука по чл.55, ал.2 от КСО – утроеният размер на застрахователната сума т.е. 24 000 лв.



- Смърт от битова злополука и смърт от общ характер – еднократния размер на застрахователната сума т.е. 8 000 лв.
- Трайно намалена работоспособност вследствие на трудова злополука по чл.55, ал.2 от КСО и на професионално заболяване – процент от удвоеният размер на застрахователната сума (т.е. процент от 16 000 лв.), равен на процента на загуба на работоспособност.
- Трайно намалена работоспособност вследствие на битова злополука и общо заболяване – процент от застрахователната сума 8 000 лв., равен на процента на загуба на работоспособност.
- Временна неработоспособност вследствие на злополука по чл.55, ал.2 от КСО, професионално заболяване, битова злополука и общо заболяване:
 - от 60 до 90 дни – 4% от застрахователната сума 8 000 лв.
 - над 90 дни – 6% от застрахователната сума 8 000 лв.

(2) Обезщетение за „смърт“ се изплаща, ако смъртта е настъпила в рамките на действието на застрахователния договор.

(3) Обезщетение за трайна или временна нетрудоспособност се изплаща еднократно, за всяко конкретно заболяване или злополука.

(4) За изплащане на обезщетения за трайна намалена нетрудоспособност не е необходимо заболяването да е възникнало и диагностицирано за първи път в срока на застраховката. Когато застрахованото лице е имало определен процент трайна нетрудоспособност, определен преди влизането в сила на застрахователната полица, този процент не се отчита при определянето на процента на нетрудоспособност в резултат на заболяването или злополуката, обострено или случила се през времето на действие на застрахователната полица.

Чл. 11. За изплащане на застрахователни обезщетения в офиса на ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, намиращ се в гр.Раднево, в зависимост от покритието и вида на събитието трябва да бъдат представени документите, посочени в Списък с необходимите документи за изплащане на обезщетение от Техническо предложение за изпълнение на поръчката на Изпълнителя/Застрахователя – Приложение № 2 към настоящия договор.

Чл. 12. Дължимото застрахователно обезщетение по застраховка „Живот – злополука и заболяване“ се изплаща по месторабота или местоживеене на застрахования или на законните му наследници от съответните главни агенции, агенции или офиси на Застрахователя в срок до 15 (петнадесет) дни, след представяне на изброените в чл. 11 на договора документи, доказващи претенцията по основание и размер.

Чл. 13. Застрахователни суми и обезщетения се изплащат: на ползващите лица – при смърт на застрахования; на застрахования – при всички останали рискове.

Чл. 14. Дължимото застрахователно обезщетение се изплаща от Застрахователя на ползващото лице или негов представител в брой (в офис на Застрахователя) или по посочена банкова сметка.

VII. ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ

Чл. 15. (1) При подписване на настоящия договор, Застрахователят предоставя Гаранция, обезпечаваща изпълнението на задълженията на Застрахователят по договора в размер на 16 504,04 лева, която представлява 5 % от стойността му в лева, без ДДС, (включително стойността на опцията и данък 2%).

(2) Гаранцията се представя под някоя от изброените форми: *паричен депозит по банковата сметка Застраховащия; безусловна и неотменима банкова гаранция, издадена в полза на Застраховащия; застраховка, която обезпечава изпълнението чрез покритие на отговорността на изпълнителя.*

(3) Застраховащият освобождава гаранцията на Застрахователя в 30 дневен срок след приключване на изпълнението на задълженията му по Договора, освен в случаите на усвояването ѝ поради неизпълнение. Договорът се счита за изпълнен от страна на Застрахователя, когато той

изплати всички дължими застрахователни обезщетения по застрахователни събития настъпили в срока на договора, посочен в чл.6, ал.1 от него

(4) От сумата на гаранцията по чл.16, ал.1 от настоящия договор ще бъдат инкасирани суми за начислени на Застрахователя санкции и неустойки.

(5) При всяко инкасиране на суми от гаранцията за изпълнение, по условията на предходната точка, Застрахователят е длъжен да уведоми Застрахователя, а Застрахователят да допълни размера на гаранцията за изпълнение до посочения в чл.16, ал.1 от настоящия договор размер. Допълването се извършва в срок до 14 календарни дни след датата на уведомяване за инкасирането.

(6) При прекратяване или разваляне на договора по вина на Застрахователя, Застрахователят задържа в пълен размер гаранцията за изпълнение чл.16, ал.1 от настоящия договор, като има право да претендира дължимите от Застрахователя санкции и неустойки.

(7) Застрахователят задържа гаранцията за изпълнение на договора, ако в процеса на неговото изпълнение възникне спор между страните, който е внесен за решаване от компетентния съд, до влизането в сила на съдебното решение по спора.

(8) В случаите на задържане на гаранцията по ал.6 и ал.7, Застрахователят не дължи лихви на Застрахователят за времето, през което тя законно е престояла при него.

Чл. 16. (1) В случай на изменение на Договора, извършено в съответствие с този Договор и приложимото право, включително когато изменението е свързано с индексване на цената, Застрахователят се задължава да предприеме необходимите действия за привеждане на Гаранцията за изпълнение в съответствие с изменените условия на Договора, в срок до 7 (седем) дни от подписването на допълнително споразумение за изменението.

(2) Действията за привеждане на Гаранцията за изпълнение в съответствие с изменените условия на Договора могат да включват, по избор на Застрахователя:

1. внасяне на допълнителна парична сума по банковата сметка на възложителя, при спазване на изискванията на чл. 15 от Договора; и/или;
2. предоставяне на документ за изменение на първоначалната банкова гаранция или нова банкова гаранция, при спазване на изискванията на чл. 16 от Договора; и/или
3. предоставяне на документ за изменение на първоначалната застраховка или нова застраховка, при спазване на изискванията на чл.18 от Договора.

Чл. 17. Когато като Гаранция за изпълнение се представя парична сума, сумата се внася по банковата сметка на Застрахователя, посочена в Обявлението за обществената поръчка.

Чл. 18. (1) Когато като гаранция за изпълнение се представя банкова гаранция, Застрахователят предава на Застрахователя оригинален екземпляр на банкова гаранция, издадена в полза на Застрахователя, която трябва да отговаря на следните изисквания:

1. да бъде безусловна и неотменяема банкова гаранция във форма, предварително съгласувана със Застрахователя, да съдържа задължение на банката - гарант да извърши плащане при първо писмено искане от Застрахователя, деклариращ, че е налице неизпълнение на задължение на Застрахователя или друго основание за задържане на Гаранцията за изпълнение по този Договор;
2. да бъде със срок на валидност за целия срок на действие на Договора плюс 30 (тридесет) дни след прекратяването на Договора, като при необходимост срокът на валидност на банковата гаранция се удължава или се издава нова.

(2) Банковите разходи по откриването и поддържането на Гаранцията за изпълнение във формата на банкова гаранция, както и по усвояването на средства от страна на Застрахователя, при наличието на основание за това, са за сметка на Застрахователя.

Чл. 19. (1) Когато като Гаранция за изпълнение се представя застраховка, Застрахователят предава на Застрахователя оригинален екземпляр на застрахователна полица, издадена в полза на

Застраховачия, в която Застраховачият е посочен като трето ползващо се лице (бенефициер), която трябва да отговаря на следните изисквания:

1. да обезпечава изпълнението на този Договор чрез покритие на отговорността на Застрахователя;
2. да бъде със срок на валидност за целия срок на действие на Договора плюс 30 (тридесет) дни след прекратяването на Договора.

(2) Разходите по сключването на застрахователния договор и поддържането на валидността на застраховката за изисквания срок, както и по всяко изплащане на застрахователно обезщетение в полза на Застраховачия, при наличието на основание за това, са за сметка на Застрахователя.

Чл. 20. (1) Застрахователят освобождава Гаранцията за изпълнение в срок до 30 (тридесет) дни след приключване на изпълнението на Договора, ако липсват основания за задържането от страна на Застраховачия на каквато и да е сума по нея.

(2) Освобождаването на Гаранцията за изпълнение се извършва, както следва:

1. когато е във формата на парична сума – чрез превеждане на сумата по банковата сметка на Застрахователя, посочена в чл. 4, ал.3 от Договора;
2. когато е във формата на банкова гаранция – чрез връщане на нейния оригинал на представител на Застрахователя или упълномощено от него лице;
3. когато е във формата на застраховка – чрез връщане на оригинала на застрахователната полица/застрахователния сертификат на представител на Застрахователя или упълномощено от него лице или чрез изпращане на писмено уведомление до застрахователя.

(3) В случай, че Застраховачият е предвидил поетапно изпълнение, то той освобождава съответна част от Гаранцията за изпълнение след приключване и приемане на всеки отделен етап. В такъв случай, освобождаването се извършва за сума, пропорционална на частта от Стойността на Договора, изпълнена на съответния етап. При необходимост, във връзка с поетапното освобождаване на Гаранцията за изпълнение, Застрахователят предоставя на Застраховачия документ за изменение на първоначалната банкова гаранция или нова банкова гаранция, съответно застраховка.

(4) Гаранцията или съответната част от нея не се освобождава от Застраховачия, ако в процеса на изпълнение на Договора е възникнал спор между Страните относно неизпълнение на задълженията на Застрахователят и въпросът е отнесен за решаване пред съд. При решаване на спора в полза на Застраховачият той може да пристъпи към усвояване на гаранциите.

Чл. 21. Застраховачият има право да задържи съответна част и да се удовлетвори от Гаранцията за изпълнение, когато Застрахователят не изпълни някое от неговите задължения по Договора, както и в случаите на лошо, частично и забавено изпълнение на което и да е задължение на Застрахователя, като усвои такава част от Гаранцията за изпълнение, която съответства на уговорената в Договора неустойка за съответния случай на неизпълнение.

VIII. НЕПРЕОДОЛИМА СИЛА

Чл. 22. (1) Страните не отговарят за неизпълнение на задължение по този Договор, когато невъзможността за изпълнение се дължи на непреодолима сила.

(2) За целите на този Договор, „непреодолима сила“ има значението на това понятие по смисъла на чл.306, ал.2 от Търговския закон. Страните се съгласяват, че за непреодолима сила ще се считат и изменения в приложимото право, касаещи дейността на която и да е от тях, и възпрепятстващи изпълнението или водещи до невъзможност за изпълнение на поетите с Договора задължения.

(3) Страната, засегната от непреодолима сила, е длъжна да предприеме всички разумни усилия и мерки, за да намали до минимум понесените вреди и загуби, както и да уведоми писмено другата Страна в срок до 7 (седм) дни от настъпване на непреодолимата сила. Към уведомлението се прилагат всички релевантни и/или нормативно установени доказателства за настъпването и

естеството на непреодолимата сила, причинната връзка между това обстоятелство и невъзможността за изпълнение, и очакваното времетраене на неизпълнението.

(4) Докато трае непреодолимата сила, изпълнението на задължението се спира. Засегнатата Страна е длъжна, след съгласуване с насрещната Страна, да продължи да изпълнява тази част от задълженията си, които не са възпрепятствани от непреодолимата сила.

(5) Не може да се позовава на непреодолима сила Страна:

1. която е била в забава или друго неизпълнение преди настъпването на непреодолима сила;
2. която не е информирала другата Страна за настъпването на непреодолима сила; или
3. чиято небрежност или умишлени действия или бездействия са довели до невъзможност за изпълнение на Договора.

(6) Липсата на парични средства не представлява непреодолима сила.

IX. НЕИЗПЪЛНЕНИЕ. ОТГОВОРНОСТ

Чл. 23. (1) Ако ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не успее да изпълни всички или някоя от дейностите в сроковете и/или с качеството, определени в договора, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ, запазвайки правото си за други съдебни претенции по договора, удържа изчислената сума на неустойката от последващо дължимо плащане по Договора и/или от гаранцията за изпълнение на договора. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ извършва прихващане между двете насрещни вземания, които се погасяват до размера на по-малкото, като клаузата произвежда правно действие при условие, че между страните съществуват насрещни, однородни, заместими и изискуеми вземания.

(2) При забава или неточно изпълнение ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ дължи неустойка за периода на забава в размер на законната лихва, изчислена върху стойността на неизпълнението, но не повече от 10% от стойността на договора. При достигане на максималния размер на неустойката, ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право едностранно да прекрати договора.

(3) В случай, че ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е изпълнил задълженията си по договора качествено и в срок, а ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е в забава за плащане, ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право на обезщетение в размер на законната лихва от деня на забавата, изчислена върху стойността на неплатената в срок парична сума, но не повече от 10% от стойността на договора.

(4) Извън предвидените неустойки Застраховачият има право да претендира обезщетение за претърпени вреди и пропуснати ползи, в резултат на неизпълнението или забава в изпълнението.

X. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА

Чл. 24. (1) Този Договор се прекратява:

1. с изтичане на срока по чл.6, ал.1 от Договора;
2. с изпълнението на всички задължения на Страните по него;
3. при настъпване на пълна обективна невъзможност за изпълнение, за което обстоятелство засегнатата Страна е длъжна да уведоми другата Страна в срок до 7 (седем) дни от настъпване на невъзможността и да представи доказателства;
4. при прекратяване на юридическо лице – Страна по Договора без правоприемство, по смисъла на законодателството на държавата, в която съответното лице е установено;
5. при условията по чл. 5, ал. 1, т. 3 от ЗИФОДРЮПДРСЛ.
6. При виновно неизпълнение на задълженията на Застрахователят по договора - с 10-десет дневно писмено предизвестие, отправено от страна на Застраховачия;
7. В случай, че се констатира съществени отклонения от офертата, допуснати от Застрахователя - с 10-десет дневно писмено предизвестие, отправено от страна на Застраховачия;
8. В случай, че Застрахователят не допуска или препятства Застраховачия да упражнява правата си - с 10-десет дневно писмено предизвестие, отправено от страна на Застраховачия;

9. В случай, че Застрахователят не поднови и/или не поддържа лиценза и/или разрешението и други документи, необходими за упражняване на дейността, предмет на договора - с 10-десет дневно писмено предизвестие, отправено от страна на Застраховачия;
10. При констатирани нередности и/или конфликт на интереси - с изпращане на едностранно писмено уведомление от Застраховачият до Застрахователя;
11. Едностранно и без предизвестие от страна на Застраховачия при условията и по реда на чл. 118 от Закона за обществените поръчки;

(2) Договорът може да бъде прекратен

1. по взаимно съгласие на Страните, изразено в писмена форма;
2. когато за Застрахователят бъде открито производство по несъстоятелност или ликвидация – по искане на всяка от Страните.
3. когато Застрахователят:
 - 3.1. забави изпълнението на някое от задълженията си по договора с повече от 15 календарни дни;
 - 3.2. не отстрани в разумен срок, определен от Застраховачия, констатирани недостатъци;
 - 3.3. не изпълни точно някое от задълженията си по договора;
 - 3.4. използва подизпълнител, без да е декларирал това в офертата си, или използва подизпълнител, който е различен от този, посочен в офертата му. Прекратяването е последица само при условие, че не са спазени изискванията за замяна или включване на подизпълнител по чл.66, ал.11 от ЗОП.
4. Застраховачият може да се откаже едностранно от договора и да го прекрати и без да е налице неизпълнение от страна на Застрахователя, като за целта следва да отправи 7 - седем дневно писмено предизвестие до Застрахователя. В този случай Застраховачият прекратява договора без дължими неустойки и обезщетения и без необходимост от допълнителна обосновка.
5. Застраховачият има право едностранно и без предизвестие да прекрати настоящият договор в случай, че Застрахователят не открие свой офис на територията на град Раднево в срок до 10 дни, считано от датата на сключване на договора.
6. При прекратяване на договора по вина на Застрахователя, Застраховачият има право да задържи останалите плащания до уточняването по размер на всички разходи и щети, които ще претърпи от неизпълнението на договора. В този случай, Застраховачият следва да заплати на Застрахователя договореното възнаграждение след като от предоставената гаранция за изпълнение и дължимите плащания бъдат приспаднати горепосочените разходи, суми и щети.

Чл. 25. (1) Всяка от Страните може да развали Договора при виновно неизпълнение на съществено задължение на другата страна по Договора, при условията и с последиците съгласно чл. 87 и сл. от Закона за задълженията и договорите, чрез отправяне на писмено предупреждение от изправната Страна до неизправната и определяне на подходящ срок за изпълнение. Разваляне на Договора не се допуска, когато неизпълнената част от задължението е незначителна с оглед на интереса на изправната Страна.

(2) За целите на този Договор, Страните ще считат за виновно неизпълнение на съществено задължение на Застрахователя всеки от следните случаи:

1. когато Застрахователят не е започнал изпълнението на Услугите в срок до 10 (десет) дни, считано от Датата на заявяването им;
2. Застрахователят е прекратил изпълнението на услугите за повече от 5 (пет) дни;
3. Застрахователят е допуснал съществено отклонение от Условията за изпълнение на поръчката съгласно Техническата спецификация и Техническото предложение.

(3) Застраховачият може да развали Договора само с писмено уведомление до Застрахователя и без да му даде допълнителен срок за изпълнение, ако поради забава на Застрахователя то е станало безполезно или ако задължението е трябвало да се изпълни непременно в уговореното време.

Чл. 26. Настоящият договор не подлежи на промяна за срока на неговото действие, освен в случаите и по реда на чл.116 от ЗОП.

XI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 27. Всички имуществени и неимуществени вреди, причинени на трети лица от действието и/или бездействието на Застрахователя през времетраенето на договора и свързани с неговото изпълнение са изключително за негова сметка.

Чл. 28. (1) Всички съобщения до страните са валидни, само ако са направени в писмена форма

(2) Адресите на страните по договора са както следва:

т.1. Адрес за делови контакти на Застрахователя:

- Андон Петров Андонов – Изпълнителен директор –
- град Раднево 6260, област Стара Загора, ул. „Георги Димитров” №13,
тел.: 0417 / 8 33 05; факс: 0417 / 8 26 05; e-mail: mmi-ead @marica-iztok.com

т.2. Адрес за делови контакти на Застрахователя:

- Валентина Илиева Градинарска и Гълъбин Николов Гълъбов- Изпълнителни директори
- град София п.к.1407; бул. Черни връх № 51Д, ет. 1, офис 3
тел.: 02/8055309, 02/8055372; e-mail: office@jzibg.com

(3) За дата на уведомлението се счита:

1. датата на предаването – при лично предаване на уведомлението;
2. датата на пощенското клеймо на обратната разписка – при изпращане по пощата;
3. датата на доставка, отбелязана върху куриерската разписка – при изпращане по куриер;
4. датата на приемането – при изпращане по факс;
5. датата на получаване – при изпращане по електронна поща.

(4) При промяна на горните данни съответната страна е длъжна да уведоми другата в тридневен срок от настъпване на промяната. В противен случай всяко изпратено съобщение се смята за получено, считано от датата на изпращането му, ако е изпратено на последния известен адрес.

(5) При преобразуване без прекратяване, промяна на наименованието, правноорганизационната форма, седалището, адреса на управление, предмета на дейност, срока на съществуване, органите на управление и представителство на Застрахователя, същият се задължава да уведоми Застрахователя за промяната в срок до 3 (три) дни от вписването ѝ в съответния регистър.

Чл. 29. (1) Всяка от страните по настоящия договор се задължава да не разпространява информация за другата, станала ѝ известна при или по повод изпълнението на договора. Информацията по преходното изречение включва и обстоятелства, свързани с търговската дейност, техническите процеси, проекти или финанси на страните или във връзка с ноу-хау, изобретения, полезни модели и други права от подобен характер, свързани с изпълнението на настоящата обществена поръчка.

(2) Правилото по преходната алинея не се прилага по отношение на задължителната информация, която Застрахователя следва да представи на Агенцията по обществени поръчки съобразно реда, предвиден в ЗОП.

Чл. 30. Нищожността на някоя от клаузите по настоящия договор не води до нищожност на друга клауза или на договора като цяло.

Чл. 31. (1) Освен ако са дефинирани изрично по друг начин в този Договор, използваните в него понятия имат значението, дадено им в ЗОП, съответно в легалните дефиниции в Допълнителните разпоредби на ЗОП или, ако няма такива за някои понятия – според значението, което им се придава в основните разпоредби на ЗОП.

(2) При противоречие между различни разпоредби или условия, съдържащи се в Договора и Приложенията, се прилагат следните правила:

1. специалните разпоредби имат предимство пред общите разпоредби;
2. разпоредбите на Приложенията имат предимство пред разпоредбите на Договора.

Чл. 32. При изпълнението на Договора, застрахователят и неговите подизпълнители са длъжни да спазват всички приложими нормативни актове, разпоредби, стандарти и други изисквания, свързани с предмета на Договора, и в частност, всички приложими правила и изисквания, свързани със социалното и трудовото право, приложими колективни споразумения и/или разпоредби на международното социално и трудово право, съгласно Приложение № 10 към чл. 115 от ЗОП.

Чл. 33. (1) Всяка от Страните по този Договор се задължава да пази в поверителност и да не разкрива или разпространява информация за другата Страна, станала ѝ известна при или по повод изпълнението на Договора (конфиденциална информация). Конфиденциална информация включва, без да се ограничава до: обстоятелства, свързани с търговската дейност, техническите процеси, проекти или финанси на Страните, както и ноу-хау, изобретения, полезни модели или други права от подобен характер, свързани с изпълнението на Договора. Не се смята за конфиденциална информацията, касаеща наименованието на изпълнения проект, стойността и предмета на този Договор, с оглед бъдещо позоваване на придобит професионален опит от Застрахователя.

(2) С изключение на случаите, посочени в ал.3 на този член, Конфиденциална информация може да бъде разкривана само след предварително писмено одобрение от другата Страна, като това съгласие не може да бъде отказано безпричинно.

(3) Не се счита за нарушение на задълженията за неразкриване на Конфиденциална информация, когато:

1. информацията е станала или става публично достъпна, без нарушаване на този Договор от която и да е от Страните;
2. информацията се изисква по силата на закон, приложим спрямо която и да е от Страните; или
3. предоставянето на информацията се изисква от регулаторен или друг компетентен орган и съответната Страна е длъжна да изпълни такова изискване;
4. Възложителят следва да представи на Агенцията по обществени поръчки информация, съобразно реда, предвиден в ЗОП;
5. Възложителят следва да публикува в профила на купувача;

(4) Задълженията по тази клауза се отнасят до съответната Страна, всички нейни подразделения, контролирани от нея фирми и организации, всички нейни служители и наети от нея физически или юридически лица, като съответната Страна отговаря за изпълнението на тези задължения от страна на такива лица.

Задълженията, свързани с неразкриване на Конфиденциалната информация остават в сила и след прекратяване на Договора на каквото и да е основание.

Чл. 34. Застрахователят няма право да дава публични изявления и съобщения, да разкрива или разгласява каквато и да е информация, която е получил във връзка с извършване на услугите, предмет на този Договор, независимо дали е въз основа на данни и материали на Застрахователя или на резултати от работата на Застрахователя, без предварителното писмено съгласие на Застрахователя, което съгласие няма да бъде безпричинно отказано или забавено.

Чл. 35. Никоя от Страните няма право да прехвърля никое от правата и задълженията, произтичащи от този Договор, без съгласието на другата Страна. Паричните вземания по Договора и по договорите за подизпълнение могат да бъдат прехвърляни или залагани съгласно приложимото право.

Чл. 36. Този Договор може да бъде изменян само с допълнителни споразумения, изготвени в писмена форма и подписани от двете Страни, в съответствие с изискванията и ограниченията на ЗОП.

Чл. 37. Всички спорове, породени от този Договор или отнасящи се до него, включително споровете, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в Договора или приспособяването му към нововъзникнали обстоятелства, ще се уреждат между Страните чрез преговори, а при непостигане на съгласие – спорът ще се отнася за решаване от компетентния български съд. На основание чл.117, ал.2 от ГПК страните се споразумяват, че в случай на невъзможност за решаване на споровете по пътя на преговорите, същите подлежат на разглеждане от компетентния съд по местоседалището на Застрахователя – „Мини Марица- изток“ ЕАД.

Този договор се състави, подписа и подпечата в 2 /два/ еднообразни екземпляра – един за Застрахователя и един за Застрахователя.

Неразделна част от настоящия договор са следните приложения:

1. Техническа спецификация на Възложителя – Приложение № 1;
2. Техническо предложение за изпълнение на поръчката на Изпълнителя – Приложение № 2;
3. Ценово предложение на Изпълнителя – Приложение № 3

ЗАСТРАХОВАЩ:

АНДОН АНДОНОВ
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР

Гергана Стоянова
Главен счетоводител

Емил Колев
Ръководител отдел „Търго

Живко Желязков
Ръководител отдел ЗБУТ

Стефан Желев
Старши юрисконсулт, „Пружба“

Изготвил:
Вioleta Тотева
Експерт търговия, отдел „Зем

Заличено по чл.2 на ЗЗЛД

Заличено по чл.2 на ЗЗЛД

ЗАСТРАХОВАТЕЛ:

ВАЛЕНТИНА ГРАДИН
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР

ГЪЛЪБИН ГЪЛЪБОВ
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР

Заличено по чл.2 на ЗЗЛД



**ТЕХНИЧЕСКА СПЕЦИФИКАЦИЯ И УСЛОВИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКА С
ПРЕДМЕТ „ЗАСТРАХОВАНЕ НА ПЕРСОНАЛА НА “МИНИ МАРИЦА ИЗТОК”ЕАД СЪС
ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ - ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ” ЗА 2019 Г.”**
РЕФ.№ *150.k.d.8r.*

1. Пълно описание на предмета на поръчката:

Изисквания към технологията на изпълнението на дейностите:

Застраховане на персонала на “Мини Марица Изток”ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване”, регламентирана с подписания между социалните партньори протокол № 37 от 08.08.2016г. – т.4.3 от решенията.

Застрахователна сума на едно лице по предлаганата застраховка: 8 000 лв /осем хиляди лева/.

Застрахователната сума се отнася за персонала от всички рискови класове.

Застрахователните обезщетения, които следва да се изплащат по отделните рискове не могат да бъдат по-малки от:

- Смърт от трудова злополука по чл.55, ал.2 от КСО - утроения размер на застрахователната сума - 24 000 лв
- Смърт от битова злополука и смърт от общ характер – еднократния размер на застрахователната сума - 8 000 лв
- Трайно намалена работоспособност вследствие на трудова злополука по чл.55, ал.2 от КСО и на професионално заболяване – процент от удвоения размер на застрахователната сума, равен на процента загуба на работоспособност
- Трайно намалена работоспособност вследствие на битова злополука и общо заболяване - процент от застрахователната сума, равен на процента загуба на работоспособност
- Временна неработоспособност вследствие на злополука по чл.55, ал.2 от КСО, професионално заболяване, битова злополука и общо заболяване:
 - от 60 до 90 дни – 4% /четири процента/ от застрахователната сума
 - над 90 дни – 6% /шест процента/ от застрахователната сума

Застрахователя заплаща Данък 2% определен със закона за данъка върху застрахователните премии.

Дължимото застрахователно обезщетение по сключения застрахователен договор ще се изплаща от Застрахователя в 15-дневен срок след представяне на всички необходими документи.

Отговорността на Застрахователя съгласно условията на договора, сключен по процедурата, трябва да бъде в рамките на договорените рискове, обезщетения и премии без подлимити в отговорността, и без самоучастия на Застрахователя.

Застрахователната полица ще бъде сключена на базата на актуалния списъчен състав на персонала на Възложителя към 01.10.2018г., като дължимата обща застрахователна премия се определи чрез посочените от участника определен за Изпълнител, застрахователни премии за 1 лице от всеки рисков клас.

За новоназначените работници и служители на Възложителя застраховката трябва да влиза в сила от 00.00 часа на датата на постъпването им на работа, а за напуснали –

застрахователната отговорност трябва да се прекратява от 24 часа на датата на прекратяване на трудовите им правоотношения.

С договора, сключен по процедурата, Застрахователят ще застрахова всички работници и служители на Възложителя, без оглед на тяхната трудоспособност и без значение дали към датата на влизане в сила на полицата са били в отпуск или болничен.

Застрахователят се задължава да извършва плащане на договорените обезщетения по рисковете, покрити със застраховката, при настъпване на договорените застрахователни събития, в рамките на срока на действие на договора.

Обезщетение за „смърт“ се изплаща ако смъртта е настъпила в рамките на застрахователната година.

Обезщетение за трайна или временна нетрудоспособност се изплаща еднократно, за всяко конкретно заболяване или злополука.

За изплащане на обезщетения за трайна намалена нетрудоспособност не е необходимо заболяването да е възникнало и диагностицирано за първи път в срока на застраховката. Когато застрахованото лице е имало определен процент трайна нетрудоспособност, определен преди влизането в сила на застрахователната полица, този процент не се отчита при определянето на процента на нетрудоспособност в резултат на заболяването или злополуката, обострено или случила се през времето на действие на застрахователната полица.

Суми за временна нетрудоспособност да се изплащат без значение как е осъществено лечението – в стационар, в домашни условия или в профилакториум /санаториум/.

Застрахованите лица са длъжни да представят на Застрахователя всички изискани документи, необходими за изплащане на съответното застрахователно обезщетение, в срок до 10 работни дни след комплектоването им, заварени от Ръководител служба "Трудова медицина" на съответното поделение на Възложителя.

В Техническите си оферти участниците трябва да опишат предлаганите застрахователни обезщетения, срока и начина на изплащане на обезщетенията по застраховката, предмет на процедурата, както и необходимите документи, които трябва да се представят от застрахованите лица, и да приложат копие на общите и специалните клаузи по предлаганата застраховка.

Изисквания за конфиденциалност на Изпълнителя:

Всички факти и обстоятелства, свързани с финансовото и здравословното състояние на застрахованите лица и станали известни на Изпълнителя по повод изпълнението на застрахователния договор, представляват конфиденциална информация, която Изпълнителя се задължава да не разпространява без знанието и съгласието на застрахованите лица.

2. Обем на дейностите :

Застраховането на персонала на "Мини Марица Изток" ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване“ ,отнася се за персонала от всички рискови класове.

Списък на персонала на "Мини Марица Изток" ЕАД към 01.10.2018г.:

I-ви рисков клас	– няма
II-ри рисков клас	– 5 511 работници и служители;
III-ти рисков клас	– 1 814 работници и служители.

Посочените рискови класове са определени на базата на категориите труд за пенсиониране. За срока на действие на договора Възложителя има право да възложи опция в размер от 1 % до 5%.

3. Срок на изпълнение на договора - една година от датата на влизане в сила на договора.

4. Изисквания към документацията съпровождаща изпълнението на поръчката:
Застрахователят се задължава в края на всяко тримесечие да предоставя на Контролиращия изпълнението на договора от страна на Възложителя статистическа информация /отчет/ за съответното тримесечие. В отчета трябва се посочва номера на договора и периода за който се отнася, като се записват имената на застрахованите лица и стойността на изплатените им обезщетения по видове рискове.

ИЗГОТВИЛ:
КАМЕН КОПАРАНО
Ръководител СТМ

СЪГЛАСУВАЛ:
ЖИВКО ЖЕЛЯЗКОВ
Ръководител отдел ЗБУ

Заличено по чл.2 на ЗЗЛД

ОБРАЗЕЦ НА ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

за участие в обществена поръчка с предмет: „Застраховане на персонала на „Мини Марица – изток“ ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване“ – реф. № 150/2018 г. - ПС

ДО:

“МИНИ МАРИЦА ИЗТОК” ЕАД – ГР. РАДНЕВО
ул. “Георги Димитров” - №13

ОТ:

«ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ» АД

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Предлаганата от нас цена за изпълнение на обществена поръчка с предмет: „Застраховане на персонала на „Мини Марица – изток“ ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване“ – реф. № 150/2018 г. – ПС01 е както следва:

Застрахован персонал	Бр. застраховани към 01.10.2018 г.	Застрахователна премия – лв.	
		За 1 лице	Общо
II –ри рисков клас	5511 лица	40,75	224 573,25
III-ти рисков клас	1814 лица	46,10	83 625,40
		Обща застрахователна премия: 308 198,65	

***Ценовата таблица на предлаганите застрахователните премии на всеки рисков клас е съгласно Списък на персонала към 01.10.2018г., по категории на пенсиониране.

Ако бъдем избрани за изпълнител, Застрахователната полица ще бъде сключена на базата на актуалния списъчен състав на персонала на Възложителя, като дължимата обща застрахователна премия ще се определи чрез посочените от нас застрахователни премии за едно лице от всеки рисков клас.

Застрахователните премии са без данъка (2%), определен със Закона за данъка върху застрахователните премии, в сила от 01.01.2011 г.

Предлаганата от нас цена за изпълнение на поръчката е в лева.

Предложените цени са определени при пълно съответствие с условията за образуване на предлаганата цена от документацията по процедурата,

Цените трябва са твърди и не са обвързани с каквито и да е други условия, кредитни и платежни средства, форми на плащане и гаранции, освен изрично упоменатите в Документацията за участие.

Приемаме следните условия на плащане: ЗАСТРАХОВАЩИЯТ заплаща застрахователната премия по банков път на две равни вноски, както следва: първата вноска е 15 дни след издаване на дебит нота, втората вноска е след 6 месеца от датата на първата вноска. Застрахователят се задължава в срок от 3 дни от влизането на договора в сила да представи на Застрахователя дебит нота.

Предлагаме следните условия на плащане на данъка: данък 2% се заплаща в едно със застрахователната премия, съгласно изисквания и срокове за плащане на застрахователната премия по документация (описват се начин и срок на плащане)



В случай, че бъдем определени за изпълнител на поръчката, в договора да бъде посочена следната разплащателна сметка:

IBAN: BG96BPBI79401061061031501

BIC: BPBIBGSF;

Банка: ЮРОБАНК БЪЛГАРИЯ АД – град/клон/офис: гр. София, офис Ситняково;

Дата: 20-12-2018г.

Подпис:

Валентина Градинарска – Главен изпълнителен директор
(име и фамилия)

Гълъбин Гълъбов – Изпълнителен директор
(име и фамилия)



Заличено по чл.2 на ЗЗЛД

ОБРАЗЕЦ НА ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА

За участие в обществена поръчка с предмет: „Застраховане на персонала на „Мини Марица – изток“ ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване“ – реф. № 150/2018 г. - ПС

ДО:

“МИНИ МАРИЦА ИЗТОК” ЕАД – ГР. РАДНЕВО
ул. “Георги Димитров” - №13

ОТ:

«Животозастрахователен институт» АД – гр. София

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

С настоящото представяме нашето техническо предложение за изпълнение на обществена поръчка с предмет: „Застраховане на персонала на „Мини Марица – изток“ ЕАД със застраховка „Живот - злополука и заболяване“ – реф. № 150/2018 г. - ПС

Предлагаме да изпълним пълният предмет на поръчката, изискван от Възложителя.

Ще извършим застраховане на персонала от всички рискови класове, на база Списък на персонала на “Мини Марица Изток” ЕАД към 01.10.2018 г.:

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| I-ви рисков клас | – няма |
| II-ри рисков клас | – 5 511 работници и служители; |
| III-ти рисков клас | – 1 814 работници и служители. |

Посочените рискови класове са определени на базата на категориите труд за пенсиониране.

Застрахователната полица ще бъде сключена на базата на актуалния списъчен състав на персонала на Възложителя, като дължимата обща застрахователна премия ще се определи чрез посочените от участника определен за Изпълнител, застрахователни премии за 1 лице от всеки рисков клас.

Предложението за изпълнение на поръчката съдържа един вариант за изпълнение, съгласно изискванията на Документацията за участие.

Декларираме, че приемаме условията в клаузите на проекта на договор.

Декларираме, че срокът на валидност на нашата оферта е 5 месеца, от датата която е посочена за дата на получаване на офертата.

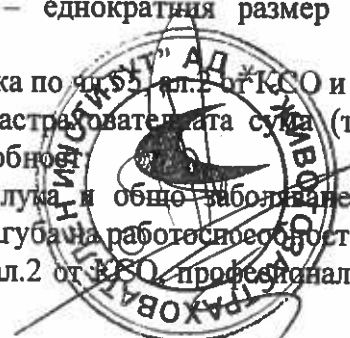
Предложените от нас условия са както следва:

Застрахователна сума на едно лице по предлаганата застраховка е: 8 000 лв /осем хиляди лева/.

Застрахователната сума се отнася за персонала от всички рискови класове.

Застрахователните обезщетения, които предлагаме са:

- Смърт от трудова злополука по чл.55, ал.2 от КСО – утроения размер на застрахователната сума т.е 24 000 лева;
- Смърт от битова злополука и смърт от общ характер – еднократния размер на застрахователната сума – 8000 лева;
- Трайно намалена работоспособност вследствие на трудова злополука по чл.55, ал.2 от КСО и на професионално заболяване – процент от удвоения размер на застрахователната сума (т.е. процент от 16 000 лева), равен на процента загуба на работоспособност;
- Трайно намалена работоспособност вследствие на битова злополука и общо заболяване – процент от застрахователната сума 8 000 лева, равен на процента загуба на работоспособност;
- Временна неработоспособност вследствие на злополука по чл.55, ал.2 от КСО, професионално заболяване, битова злополука и общо заболяване:



- от 60 до 90 дни – 4% от застрахователната сума 8 000 лева;
- над 90 дни – 6% от застрахователната сума 8 000 лева.

Застрахователят приема да застрахова всички работници и служители на Възложителя, съгласно неговите изисквания (възраст и здравословно състояние).

Срок за изплащане на застрахователното обезщетение: 15 (петнадесет) дни съгласно Кодекс за застраховане - календарни дни след представяне на всички необходими документи.

Застраховката включва покриването на всички застрахователни рискове в рамките на посочените застрахователни суми (лимита в отговорността) и без самоучастие на Възложителя.

За новоназначените работници и служители на Възложителя застраховката ще влиза в сила от 00.00 часа на датата на постъпването им на работа, а за напуснали – застрахователната отговорност ще се прекратява от 24 часа на датата на прекратяване на трудовите им правоотношения. **Застраховането им ще извършим съгласно условията за възлагане на опция в договора.**

Ако бъдем изпрани за застраховател, ще застраховаме всички работници и служители на Възложителя, без оглед на тяхната трудоспособност и без значение дали към датата на влизане в сила на полицата са били в отпуск или болничен.

Ако бъдем избрани за застраховател, се задължаваме се да извършваме плащане на договорените обезщетения по рисковете, покрити със застраховката, при настъпване на договорените застрахователни събития, в рамките на срока на действие на договора.

Обезщетение за „смърт“ ще се изплаща ако смъртта е настъпила в рамките на срока на действие на застрахователния договор.

Обезщетение за трайна или временна нетрудоспособност ще се изплаща еднократно, за всяко конкретно заболяване или злополука.

За изплащане на обезщетения за трайна намалена нетрудоспособност не е необходимо заболяването да е възникнало и диагностицирано за първи път в срока на застраховката. Когато застрахованото лице е имало определен процент трайна нетрудоспособност, определен преди влизането в сила на застрахователната полица, този процент не се отчита при определянето на процента на нетрудоспособност в резултат на заболяването или злополуката, обострено или случила се през времето на действие на застрахователната полица.

Суми за временна нетрудоспособност ще се изплащат без значение как е осъществено лечението – в стационар, в домашни условия или в профилакториум /санаториум/.

Застрахованите лица ще са длъжни да представят на Застрахователя всички изискани документи, необходими за изплащане на съответното застрахователно обезщетение, в срок до 10 работни дни след комплектоването им, заверени от Ръководител служба "Трудова медицина" на съответното поделение на Възложителя.

Срок на действие на застраховката - 12 месеца месеца от датата на влизане в сила на застрахователния договор.

Сключеният по обществената поръчка застрахователен договор ще влезе в сила, считано от датата на подписването му от двете страни.

Начин на изплащане на обезщетенията –

Механизмът за уреждане на претенции е съобразен и разработен в съответствие с Общите условия на застраховка „Злополука“ и застраховка „Заболяване“.

Застрахованото лице, което желае да предяви претенция за изплащане на обезщетение, е длъжно да направи това в писмена форма – Уведомление претенция, по образец на Застрахователя.

Компанията ще осигури условия за максимално удобното подаване на документи във връзка с настъпили застрахователни събития. Всички заведени претенции за изплащане на суми се завеждат в програмната система за „Застрахователни плащания“ в деня, в който са получени в Централно управление на Застрахователя.

Обработването и изплащането на предявените претенции от страна на Застрахователя се извършва от:

- Дирекция „Застрахователни плащания“ – обработка на всички подадени претенции.

- Дирекция „Финансово-счетоводна“ – осъществяване на финансовите разчети, касаещи застрахователното събитие.
- Дирекция „Правна“ – изготвя юридическо становище при специфични застрахователни събития, изискващи подобна оценка.
- Комисия по изплащане на застрахователни обезщетения – разглеждат се случаи, при които размерът на дължимото обезщетение надхвърля определен лимит или с оглед запазване на добри партньорски взаимоотношения и пазарни интереси, може да бъде разрешено по претенция, която в съответствие с Общите и Специалните условия на конкретния застрахователен договор, следва да бъде изцяло или частично отказана.

При предявяване на претенция от застрахованото лице, Застрахователят е длъжен в договорения срок от 15 /петнадесет/ дни съгласно Кодекс за застраховане да обработи необходимата информация за определяне основанието и размера на претенцията.

Ако предявената претенция не е във връзка със събитие, покрито по условията на застрахователния договор или се установи липса на основание за плащане на суми, Застрахователят може да направи отказ за изплащане на обезщетение.

В случай, че е необходимо представянето и на допълнителни документи за коректно и точно установяване на основанието и размера на претенцията, Застрахователят ще уведоми писмено застрахованото лице в срока, посочен в застрахователния договор.

Компанията не може да изисква документи, с които застрахованото лице не може да се сдобие поради съществуващи нормативни пречки или поради липса на правна възможност за осигуряването им.

При всички предявени претенции, свързани с увреждане на живота и здравето на застрахованите лица, Застрахователят има право на достъп до цялата информация съгласно Кодекса за застраховането (Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи). При изискване на такава информация, „Животозастрахователен институт“ АД уведомява потребителя на застрахователна услуга за направеното писмено запитване и се ангажира да вземе становище по случая в законоустановения срок, след получаване на отговор от страна на съответната институция.

В случаите, когато увреждането на живота и здравето е в резултат на събитие, във връзка с което е заведено следствено дело, дознание или производство, Застрахователят взема решение за полагащото се обезщетение след приключване на съответните следствени действия и представяне на заключителен документ, съдържащ достатъчна информация за основателността на претенцията.

Дължимото обезщетение се изплаща лично по банкова сметка на застрахования или на законните наследници в договорения срок от 15 /петнадесет/ дни съгласно Кодекс за застраховане след представяне на всички документи.

Списък с необходимите документи за изплащане на обезщетение

1. За изплащане на застрахователни суми и обезщетения се представя «Уведомление - претенция» и «служебна бележка» по образец на Застрахователя, както и документите описани по-долу.

2. Необходимите документи за изплащане на обезщетение по покрити рискове:

Освен документите по т.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:

2.1. При Смърт на Застрахования вследствие на злополука или заболяване:

2.1.1. Съобщение за смърт;

2.1.2. Препис-извлечение на акта за смърт;

2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение, копие на епикриза и други документи, удостоверяващи събитието;

2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол, съдебно-медицинска експертиза на труп;

2.1.5. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването;

2.1.6. Удостоверение за наследници в оригинал или нотариално заверено копие, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.



2.1.6. При злополука в зависимост от характера ѝ се представят и:

2.1.6.1. При битова злополука – ползващото лице или законен наследник, попълва Уведомление-претенция по образец на Застрахователя, в частта: „Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства”;

2.1.6.2. При трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;

2.1.6.3. При ПТП – копие на протокола за ПТП, заедно с документ, съдържащ информация от извършена химическа експертиза на взета кръвна проба за определяне наличие/отсъствие на етилов алкохол или други упойващи/наркотични вещества, в случай, че Застрахованият е бил шофьор;

2.1.6.4. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);

2.1.6.5. Други документи, удостоверяващи злополуката, ако има издадени такива.

2.1.7. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:

2.1.7.1. Справка за реално отработени дни;

2.1.7.2. Копие на болнични листове;

2.1.7.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.1.7.4. Лична амбулаторна карта;

2.1.7.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания, справки от НЗОК/РЗОК и пр., данни за личен лекар;

2.1.8. Копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.

2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука и/или заболяване:

2.2.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията и/или злополуките, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:

2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;

2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.2.1.3. Епикризи;

2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.

2.2.1.5. При трайна загуба на работоспособност от злополука се представя и експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК. ЕР при злополука трябва да бъде с дата на влизане в сила на ЕР не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката;

2.2.1.6. При трайна загуба на работоспособност от общо заболяване – експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК. ЕР при заболяване трябва да бъде с дата на влизане в сила на ЕР не по-късно от края на срока на застраховката;

2.2.1.7. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването;

2.2.1.8. При трайна загуба на работоспособност от трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;

2.2.1.9. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.

2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на злополука и/или заболяване:

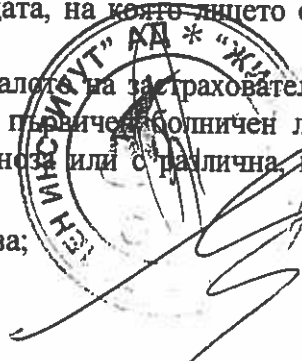
2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО и Наредбата за медицинска експертиза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.” – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест.

2.3.2. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор. В поредицата болнични листове следва да има само един първичен болничен лист. Останалите трябва да са продължение, издадени с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната;

2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;

2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;

2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;



2.3.5. В случай на временна загуба на работоспособност от злополука се представят и рентгенови снимки и други резултати от изследвания, доказващи степента на увреждане на застрахованото лице;

2.3.6. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването;

2.3.7. При трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;

2.3.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.

(посочва се от участника, включително описание на необходимите документи, които трябва да се представят от застрахованите лица, за изплащане на обезщетенията)

Изисквания за конфиденциалност на Изпълнителя:

Всички факти и обстоятелства, свързани с финансовото и здравословното състояние на застрахованите лица и станали ни известни като Изпълнител по повод изпълнението на застрахователния договор, представляват конфиденциална информация, която ние като Изпълнител се задължаваме да не разпространяваме без знанието и съгласието на застрахованите лица.

Изисквания към документацията съпровождаща изпълнението на поръчката:

Ако бъдем изпрани за застраховател се задължаваме в края на всяко тримесечие да предоставяме на Контролиращия изпълнението на договора от страна на Възложителя статистическа информация /отчет/ за съответното тримесечие. В отчета ще се посочва номера на договора и периода за който се отнася, като се записват имената на застрахованите лица и стойността на изплатените им обезщетения по видове рискове.

Изискване за офис на територията на град Раднево

Разполагаме с офис на територията на град Раднево, където ще се осъществява представянето на документите от застрахованите лица. Адрес на офиса:

град Раднево

ул. „Митю Станев” №2- Автогара

лице за контакти: Ивета Ангелова (име и фамилия)

телефон: 0888142027

или

В момента не разполагаме с офис на територията на град Раднево, но ако бъдем избрани за изпълнител на обществената поръчка в срок до 10 дни след сключване на договор ще открием свой офис на територията на град Раднево.

Декларираме, че при противоречие между нашите Общи условия и изискванията на възложителя, приложими са изискванията на възложителя, съгласно настоящата техническа спецификация. При различия и противоречия между клаузите на застрахователния договор и общите условия на застрахователя ще важат и ще се прилагат само и единствено клаузите на застрахователния договор.

Гарантираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с гореописаната оферта.

Приложено Ви представяме копие на общите и специалните клаузи по предлаганата застраховка. (прилагат се от участника)

Приложения към предложението за изпълнение на поръчката:



1.Пълномощно, упълномощаващо лицето, подписващо предложението на Участника и цялата свързана с него документация, в случай, че не е законен представител - неприложимо

Забележка: представя се само ако това лице не е законен представител

2.Декларация по чл.39, ал.3, т.1 буква „д“ от Правилника за прилагане на ЗОП, че при изготвяне на офертата са спазени задълженията, свързани с данъци и осигуровки, опазване на околната среда, закрила на заетостта и условията на труд.

3. Копие на общите и специалните клаузи по предлаганата застраховка.

4. Други документи и доказателства по преценка на участника – образец на «уведомление-претенция» и образец «Служебна бележка»

Дата: 20-12-2018г.

Подпис:

Валентина Градинарска – Главен изпълнителен директор

Гълъбин Гълъбов – Изпълнителен директор



ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗЛОПОЛУКА" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховач".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застрахованият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са здрави дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
7. Застрахователното покритие за рисковете Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове:

1.1. А. Основни рискове:

- 1.1.1. Смърт вследствие на злополука.
- 1.1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука.

1.2. Б. Допълнителни рискове:

- 1.2.1. Временна неработоспособност вследствие на злополука;
- 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване (за лица на възраст до 65 години);
- 1.2.3. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване;
- 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване;
- 1.2.5. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване;
- 1.2.6. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.

2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1.1. взети заедно или поотделно (само за риска смърт), ако са изрично посочени в конкретен застрахователен договор. Рисковете по т.1.2. могат да се включват само като допълнително покритие.

3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

4. За лица на възраст над 65 до 70 години се носят рискове само вследствие на злополука.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за застрахователни събития, дължащи се на:

- 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаут, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
- 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
- 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
- 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и непредпазливост на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
- 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер по Наказателния кодекс.
- 1.6. Самоубийство или опит за самоубийство.
- 1.7. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
- 1.8. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
- 1.9. Практикуване на опасни спортни занимания - алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пътищата; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или участия на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
- 1.10. Когато лицето е пътник или екипаж на летателен апарат, непозволен за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за превоз на пътници.
- 1.11. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател.
- 1.12. Участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
- 1.13. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.
- 1.14. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
- 1.15. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по полов път; заболявания от венерически болести.
- 1.16. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
- 1.17. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
- 1.18. Вродени аномалии и последиците от тях.
- 1.19. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.
- 1.20. Участие на Застрахования като шофьор на МПС, резервен шофьор или пътник в МПС при тестови изпитания.
- 1.21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
- 1.22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
- 1.23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психотични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
- 1.24. Не се считат за застрахователна злополука болести от каквото и да е състояние, епилептични припадъци, припадъци-причинени от други съществуващи заболявания, включително последиците от тях, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен

в случаите, когато вследствие на покрити от застраховката злополука се появят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или трайно загубена или намалена работоспособност.

- 1.25. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него, освен ако не е договорено друго;
- 1.26. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора; последици от заболявания, настъпили извън срока на застрахователното покритие;
- 1.27. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор;
- 1.28. Последици от злополуки, настъпили преди началото на застраховката.
- 1.29. Инфекциозни (заразни) заболявания;
- 1.30. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
- 1.31. Лечение в профилакториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 1.32. Лечение в специализирани болници и отделения за рехабилитация и физиотерапия, освен ако същото не е предхождано от лечение в отделение (клиника), провеждащо първична терапия на съответното заболяване.
- 1.33. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрити по тези Общи условия.
- 1.34. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
- 1.35. Професионално заболяване.
2. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.
3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т. 1 и т. 2, така и специфичните за съответния риск.
4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1 и т. 2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.
5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някоя от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Основни рискове: 1. Смърт вследствие на злополука

1.1. По смисъла на тези условия: За злополука се считат всички действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изкълчвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от налягане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество. Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, в резултат на застрахователна злополука, станала през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпореждане на ТП на НОИ съгласно чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.

Битова злополука е всяка друга злополука.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на злополука се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила до една година от датата на злополуката, в причинна връзка е със същата и е настъпила през срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за трайно намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между договорената застрахователна сума и изплатените суми.

1.2.3. Общата сума от застрахователните плащания за Смърт, Трайно намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да надвишава застрахователната сума.

1.2.4. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочена в размер и за период, договорен с ползващото или ползващите лица.

1.3. Специфични изключения

1.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т. 1.

1.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрити по условията на застраховката.

1.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука

2.1. По смисъла на тези условия: Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се сключва заедно с основния риск смърт вследствие на злополука.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва в случаите, когато злополуката е настъпила в срока на застраховката и трайната неработоспособност е установена не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на злополуката.

2.4.2. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.

2.4.3. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.4. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна неработоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или суми за оперативна терапия.

2.4.5. Застрахователното обезщетение за трайно намалена или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения Не се покрива Трайно намалена или загубена работоспособност, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.3.

2.5.2. Когато е в резултат на злополука, регистрирана за първи път преди началото на срока на договора.

Б. Потвърдителни рискове

1. Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване

1.1. По смисъла на тези условия: Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на злополука и/или заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

1.2. Застрахователно плащане 1.2.1. При Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност, съгласно конкретния договор. 1.2.2. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука се изплаща само в случаите, когато уврежданията, довели до временна неработоспособност, са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката и за втори път - до три месеца от датата на събитието. 1.2.3. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща един път в срока на договора, а при договори със срок 2 и повече години - веднъж в застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява. 1.2.4. Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща само на лица на възраст до 65 години, освен ако не е договорено друго. 1.2.5. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани. 1.2.6. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователното покритие. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване, когато са издадени за заболяване и в съответствие с т. 1.2.2, когато са за злополука. 1.3. Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за Временна неработоспособност в случаите на: 1.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет, алергии и последиците от него, освен ако не е договорено друго в конкретния договор; 1.3.2. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, от H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор. 1.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието по застраховката.

2. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване 2.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрита по условията на застраховката във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите. Медицински разходи са: а) Разходи за медикаменти; б) Разходи за прегледи и изследвания;

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие злополука или заболяване, покрито по тези условия. Лекарствени средства са всички официално признати такива, регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение. Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

2.2. Застрахователно плащане

2.2.1. Разходи за медикаменти

Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.2. Разходи за прегледи и изследвания: Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от злополука и/или заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

2.2.3. Разходи за медикаменти и/или за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване се изплащат на лица на възраст до 65 години.

2.3. Специфични изключения - Не се покриват разходите за:

2.3.1. Заболявания и/или злополуки, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения.

2.3.2. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

2.3.3. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

2.3.4. Хранителни добавки; медицинска козметика; консумативи, вкл. санитарни материали, бинт, памук, памперси и други; помощни средства, като шини, ортези, колани и други; както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

2.3.5. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия;

2.3.6. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

2.3.7. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

2.3.8. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

2.3.9. Разходи за протезиране; пластични и козметични процедури, операции и препратки; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на белези, акне и пр

2.3.10. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

2.3.11. Отговорността на Застрахователя е само за медицински разходи, свързани със събития, покрити по условията на риска временна загуба на работоспособност, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване

3.1. По смисъла на тези условия - Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

3.2. Застрахователно плащане

3.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

3.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

3.3. Специфични изключения. Не се изплащат суми за:

3.3.1. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;

3.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения;

3.3.3. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от K40 до K46 включително, от M50 до M54 включително, от G50 до G59 включително, H33, H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

3.3.4. Болничен престой при увреждания, довели до хронични и повтарящи се състояния, освен ако не е договорено друго в съответната тарифа или конкретен договор.

3.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:

3.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

3.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

3.4.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

3.4.4. Не се изплащат дневни пари за болничен престой в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

4. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване

4.1. По смисъла на тези условия Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно в срока на застраховката оперативно лечение, наложено вследствие на злополука и/или заболяване, покрити по смисъла на настоящите Общи условия и условията на конкретния договор. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

4.2. Застрахователно плащане

4.2.1.

Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от

застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

4.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативното лечение.

4.2.3.

Суми за оперативно лечение се изплащат един път в срока на

договора/застрахователната година.

4.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

4.2.5.

Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и

на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

4.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

4.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

4.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване/злополука, покрити по тези Общи условия;

4.3.2. Консумативни, контрастни вещества, помощни средства за операция, импланти, платна, лещи и подобни на тях, използвани при операции, протези или оборудване.

4.3.3. Избор на екип.

4.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

4.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

4.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

4.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.

5. Разходи за транспортиране (репатриране)

5.1. Когато се изплаща обезщетение за риска Смърт вследствие на злополука, може да се изплатят обезщетения за транспортиране (репатриране) и за погребение, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.

5.1.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на тленните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

5.1.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

5.2. Разходи за транспортиране при злополука - Разходи за транспортиране при злополука са разходите за превозването на Застрахования със специализиран медицински транспорт, от местонахождението му при настъпване на застрахователното събитие, до местоживеещото му или до здравно заведение. Необходимостта от транспортиране трябва да бъде във връзка с настъпило по настоящите Общи условия застрахователно събитие и отразена в амбулаторния лист или епикризата, издадена от лечебното заведение, провело лечението.

5.2.1. Възстановяват се направените разходи за транспортиране с цел оказване на първа помощ и извършване на Застрахования до състояние извън опасност за живота му, ако тези допълнителни покрития са договорени в конкретния договор.

5.2.2. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до повече от размера, определен в съответната тарифа или конкретния договор.

5.3. Специфични изключения - Застрахователят не възстановява разходи в случаите на:

5.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т. 1.

5.3.2. Транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

5.3.3. Направени разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

5.3.4. Транспортиране, наложено от събитие, за което Застрахователят не дължи обезщетение за временна загуба на работоспособност.

V. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

1. При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, Застрахованият/Застрахованият може да определи едно или повече ползващи лица. Ползващото лице придобива правото да получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователно събитие. Застрахованият/Застрахованият може да променя по всяко време ползващото лице.

2. Не е задължително ползващото лице да бъде посочено по име. Достатъчно е да бъде посочено неговото качество спрямо застрахованото лице.

3. Ако застраховката е сключена в полза на децата на застрахованото лице, ползващи лица са и децата, родени след сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго.

4. Ако застраховката е сключена в полза на съпруг на застрахованото лице, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със застрахованото лице, към деня на настъпване на застрахователното събитие, освен ако е уговорено друго.

5. Когато ползващите лица са няколко, те имат равни права, освен ако не е договорено друго.

6. Ако ползващото лице почине преди застрахованото лице и по договора не са определени други ползващи лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или неговите наследници.

7. Ползващото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие. Ако ползващите лица са няколко, частта на ползващото лице, умишлено причинило застрахователното събитие, се разпределя по равно между останалите, освен ако е уговорено друго.

8. Ако няма определени други ползващи лица в случая по т. 7, застрахователната сума се изплаща на Застрахования, съответно на неговите наследници.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:

1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 години до такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рискове само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рискове вследствие заболяване и злополука.

1.2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;

1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:

1.3.1. За сметка на застрахованите лица - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1.;

1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък или по средносписъчен състав с възраст съгласно т. 1.1.

VII. ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

1. Преди сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.

3. Застрахователния договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.

5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.

5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или висок застрахователен риск. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.

6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:

6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.

6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.

6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.

6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.

7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.

8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложение и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.

9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.

10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:

10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви на Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.

10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.

11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахования / Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
14. Застрахователният договор съдържа размера на самоучастието, ако такова е уговорено между страните.
15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Сроктът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ деня, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банкова сметка или в касата на Застрахователя, но не по-рано от 00.00 часа на началото на застрахователния договор и изтича в 24.00 часа на последния ден от срока на застраховката. По изрично искане от страна на Застрахования, Застрахователят може да поеме авансово рисковете по договора (или част от тях), след подписване на писмо за покритие, посочващо периода на отложено плащане на дължимата премия.
4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
- 4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
- 4.2. При групови договори за сметка на Застрахования, за лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.
- 4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.
5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня на връщането им на работа, освен ако не е договорено друго, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования за рискове вследствие на заболяване или с навършване на 70 години за рискове вследствие на злополука.

IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или валута, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
 - 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
 - 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
 - 2.3. Премията се годишна и се плаща еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
 - 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
 - 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
 - 2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
3. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
3. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
4. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
5. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Животозастрахователен институт“ АД.
6. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.
7. При предсрочно прекратяване на групова застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.
8. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият, неговите наследници или ползващо лице или лица, трябва да представят на Застрахователя следните документи:
 - 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за изплатеността /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоюправни отношения със Застрахования към момента на застрахователното събитие и е включен в обхвата на договора;
 2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:
 - 2.1. При Смърт на Застрахования вследствие на злополука:
 - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;



- 2.1.2. Съобщение за смърт;
- 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
- 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
- 2.1.5. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
- 2.1.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
- 2.1.6.1.Справка за реално отработени дни;
- 2.1.6.2.Копие на болнични листове;
- 2.1.6.3.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.1.6.4.Лична амбулаторна карта;
- 2.1.6.5.Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
- 2.1.7. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.1.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и:
- 2.1.8.1.При битова злополука – ползващото лице или законен наследник, попълва Уведомление-претенция по образец на Застрахователя, в частта: „Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства“;
- 2.1.8.2.При трудова злополука се представя копие на декларация за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореждане на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;
- 2.1.8.3.При ПТП – копие на протокола за ПТП, заедно с резултат от алкохолна проба, в случай, че Застрахованият е бил шофьор;
- 2.1.8.4.Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
- 2.1.8.5.Други документи, удостоверяващи злополуката, ако има издадени такива.
- 2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука:
- 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със злополуката, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
- 2.2.1.1.Лична амбулаторна карта;
- 2.2.1.2.Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.2.1.3.Епикризи;
- 2.2.1.4.Резултати от изследвания и пр.
- 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. ЕР трябва да бъде заверено с гриф „Влязло в сила“.
- 2.2.3. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.
- 2.2.4. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.
- 2.2.5. В зависимост от характера на злополуката, причинила трайни увреждания се представят и документите, съгласно т.2.1.8.
- 2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на злополука или заболяване:
- 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО и Наредбата за медицинска експертиза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.
- 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
- 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
- 2.3.5. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.
- 2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за попечителство.
- 2.3.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и документите, съгласно т.2.1.8.
- 2.3.9.Рентгенови снимки и други резултати от изследвания, доказващи степента на увреждане на застрахованото лице.
- 2.3.10.При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
- 2.3.10.1.Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение № 8, чл. 11, ал. 1) и други.
- 2.3.10.2. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.4.При Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване:
- 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
- 2.4.2.Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
- 2.4.3. Копие на епикриза;
- 2.4.4.Копие на болнични листове;
- 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
- 2.4.5.1.Разходни документи съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
- 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания (медицинско направление).
- 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
- 2.4.6.1.Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
- 2.4.6.2.Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
- 2.4.7.За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. При Болничен престой и оперативно лечение:
- 2.5.1. Копие на епикриза;
- 2.5.2. Копия на болнични листове;
- 2.5.3. Лична амбулаторна карта;

- 2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.
- 2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;
- 2.5.6. Разходни документи, отговарящи на изискванията по т.2.7, в които подробно са описани извършените услуги, единична цена и брой.
- 2.6. При разходи за транспортиране и/или погребени
- 2.6.1. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В случай на смърт на застрахованото лице – в полето „Получател“ на фактурата, се попълват трите имена и ЕГН на законен наследник/ползващото лице по застраховката.
- 2.6.2. Договор с погребалната агенция за извършените услуги и цени;
- 2.6.3. Всички документи касаещи събитието, подробно описани в точки от т. 2.1. в случай на смърт и т. 2.3. при временна неработоспособност, наложил транспортване, в зависимост от неговия характер.
- 2.7. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
- 2.7.1. Оригинална фактура с фискален бон;
- 2.7.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;
- 2.7.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.
- 2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.
- 2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.
- 2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова, колкото е договореното самоучастие;
- 2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.
- 2.12. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.
- 2.13. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.
- 2.14. По желание на получателя сумата или обезщетението могат да бъдат изплатени в офисите на Застрахователя, да бъдат преведени с пощенски запис (за лева) или по посочена от него сметка в търговска банка. Плащанията се извършват в съответствие с разпоредбите на Закона за ограничаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разносните са за сметка на получателя.
- 2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.

XI. РЕГРЕС

1. Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.
2. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.
3. Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

XII. ДАНИИ И ТАКСИ

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им.
2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (обн., ДВ. бр. 86 от 2 Ноември 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.) /ЗДЗП/.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Договорните отношения между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат от застрахователния договор, настоящите Общи условия и съответните тарифи на „Животозастрахователен институт“ АД.
2. Възникнали спорове между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие – от компетентния български съд.
3. Правата на застрахованите и/или ползващите се лица, за получаване на суми от Застрахователя, се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.
4. Настоящите Общи условия се предоставят като част от преддоговорната информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.
2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.
3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено заявление до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.
4. **ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ** е физическото лице, чиито живот е застрахован със застрахователния договор.
5. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е лице, посочено от Застрахования/Застрахования в застрахователния договор като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума.
6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение или сума.
7. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.
8. **ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахиран оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.
9. **ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.
10. **ПРЕДШЕСТВАЩА ЗЛОПОЛУКА** е каквото и да е предишна злополука, която би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностицирана преди първия ден на застраховката.

11. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

12. ТЕЛК е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия; ДЕЛК - Детска Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.

13. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.

14. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е сумата, която Застраховачият/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.

15. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.

16. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полиса).

17. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА е периода от една година, считано от дата на застрахователното покритие.

18. ГРУПА е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.

19. ПРЕДЛОЖЕНИЕ е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.

20. ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ е писмена декларация-въпросник за здравословното състояние на застрахованото лице.

21. ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си - до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни - независимо от възрастта.

22. САМОУЧАСТИЕ е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението и/или възстановяването на разходите.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Животозастрахователен институт“ АД с протокол от 24.01.2006 г., изменени и допълнени с протокол на Съвета на директорите от 22.09.2009 г., от 17.03.2011 г., от 09.05.2013 г. и от 13.08.2013 г.

Застрахователен посредник:

Дата:

Подпис:

Застрахован / застраховач:

Днес _____ г., долуподписаният

получих подписан екземпляр от настоящите Общи условия, съгласен

съм с тях и ги приемам, за което се подписвам:



A handwritten signature is located on the right side of the page, above the circular stamp.

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗАБОЛЯВАНЕ"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. "Животозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", сключва по тези Общи условия застраховки "ЗАБОЛЯВАНЕ" с едно или повече лица, наричани по-нататък "Застрахован".
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховач".
3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховачият и ползвачото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст такава, че при изтичане на застраховката да не надвишават 65 години.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
7. Застрахователното покритие за рисковете *Смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, Диагностициране на особено тежко заболяване и Суми за оперативно лечение* е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове, настъпили вследствие заболяване:

- 1.1. Смърт вследствие на заболяване.
- 1.2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване;
- 1.3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване;
- 1.4. Медицински разходи вследствие заболяване;
- 1.5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване;
- 1.6. Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение;
- 1.7. Суми за оперативно лечение;
- 1.8. Диагностициране на особено тежко заболяване.
- 1.9. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.

Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1 взети заедно или поотделно, ако са изрично упоменати в съответната тарифа или посочени в конкретен застрахователен договор.

3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователят не носи отговорност за заболявания, дължащи се на:

- 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаут, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
- 1.2. Пътувания в политически нестабилни райони, престой в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели.
- 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
- 1.4. Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
- 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер или за самоубийство.
- 1.6. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
- 1.7. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества, заболяване (или зависимост) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетение и възстановяване на разходи.
- 1.8. Практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго.
- 1.9. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт; изкуствено оплождане; лечение на стерилитет; промяна пола; имплантиране.
- 1.10. СПИН/HIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
- 1.11. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
- 1.12. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
- 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
- 1.14. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
- 1.15. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
- 1.16. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
- 1.17. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависим тип) и последиците от него;
- 1.18. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит и отлепване на ретината;
- 1.19. Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, довели до заболяване;
- 1.20. Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии;
- 1.21. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапия;
- 1.22. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведение.
- 1.23. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със заболяване, покрито по тези Общи условия.
- 1.24. Осъществяване волта на Застрахования без необходимост от медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: специална медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции

с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.

4. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случая, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

5. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Застрахователят покрива изброените по-долу рискове вследствие на заболяване, диагностицирано и/или проявено след началото на застраховката, ако не е договорено друго в конкретния договор.

1. Смърт вследствие на заболяване

1.1. По смисъла на тези условия: *Заболяване* е съвкупността от клинични прояви, представляващи болестни състояния, които са диагностицирани в лицензирано здравно заведение съгласно ЗЛЗ(Закон за лечебните заведения) и ЗЗ(Закон за здравето) и регистрирани в официален медицински документ въз основа на анамнеза, клиничен преглед и резултати от лабораторни или параклинични изследвания. "Болест" е нарушение на нормалното взаимодействие на Застрахования с външната среда, при което възникват структурно-функционални или функционални промени в организма на му.

1.2. Застрахователни плащания

1.2.1. При Смърт вследствие на заболяване се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила в срока на застраховката.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила трайно намалена или загубена работоспособност и/или временна загуба на работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение, се изплаща разликата между сумата за смърт и изплатеното обезщетение за трайна, временна работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.

1.2.3. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен с ползващото лице.

2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване

2.1. По смисъла на тези условия:

Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване може да се сключва заедно с Основния риск Смърт вследствие на заболяване само в групови договори и при специално договаряне.

2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

2.4. Застрахователно плащане

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване се извършва в случаите, когато заболяването е регистрирано за първи път в срока на застраховката и срокът на инвалидизация е минимум 3(три) години.

2.4.2. Когато застрахованото лице бъде освидетелствано за първи път в срока на застраховката.

2.4.3. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛК/НЕЛК, като се изплаща обезщетение само за първото през срока на застраховката решение.

2.4.4. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни, като това е било обявено в здравната декларация и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.

2.4.5. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност се изплаща разликата между сумата за трайна работоспособност и изплатеното обезщетение за временна работоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.

2.4.6. Застрахователното обезщетение за трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

2.5. Специфични изключения - не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:

2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.4.

2.5.2. Когато в резултат на заболяване, регистрирано за първи път преди началото на срока на договора.

2.5.3. Когато датата на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователния договор.

3. Временна неработоспособност вследствие на заболяване

3.1. По смисъла на тези условия:

Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

3.2. Застрахователно плащане

3.2.1. При *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност съгласно конкретния договор.

3.2.2. Обезщетение за *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* се изплаща един път в срока на договора/застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява.

3.2.3. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани.

3.2.3.1. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователния договор. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване.

3.3. Специфични изключения - не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:

3.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

3.3.2. Ингинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

3.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е изключен в покритието по застраховката.

4. Медицински разходи вследствие на заболяване

4.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрита по условията на застраховката на застрахования във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите. Медицински разходи са:

а) *Разходи за медикаменти*; б) *Разходи за прегледи и изследвания*;

Разходи за медикаменти са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие заболяване.

Лекарствени средства са всички официално признати такива, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение на заболяване.

Разходи за прегледи и изследвания са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпило заболяване. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

4.2. Застрахователно плащане

4.2.1. Разходи за медикаменти - възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

4.2.2. Разходи за прегледи и изследвания:

а) Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

4.3. Специфични изключения - не се покриват разходите за заболявания, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения, както и разходите при следните специфични изключения, направени за:

4.3.1. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

4.3.2. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

4.3.3. Консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, помощни средства, като шини, ортези, колани, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

4.3.4. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпило заболяване;

4.3.5. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

4.3.6. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

4.3.7. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване

5.1. По смисъла на тези условия

Дневни пари за болничен престой е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

5.2. Застрахователно плащане

5.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

5.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

5.3. Специфични изключения

5.3.1. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;

5.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения.

5.3.3. Не се изплащат дневни пари при хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

5.3.4. Не се изплащат суми при ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор

5.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:

5.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес - прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативен);

5.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

5.4.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

5.4.4. Не се изплащат дневни пари за болничен престой в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения; специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

6. Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение

6.1. По смисъла на тези условия

Дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой и за всеки ден последващо домашно лечение, съгласно издадени и ползани болнични листове.

Болничен престой е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

6.2. Застрахователно плащане

6.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой и за всеки ден последващо домашно лечение в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

6.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

6.3. Специфични изключения

6.3.1. Важат всички специфични изключения по риска *Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване*

6.4. Условия за изплащане на дневни пари

Важат всички условия за изплащане по риска Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване.

7. Суми за оперативно лечение вследствие на заболяване

7.1. По смисъла на тези условия

Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно оперативно лечение, наложено вследствие на заболяване, възникнало след началото на застраховката и във връзка с проявено и диагностицирано заболяване през срока на застраховката. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

7.2. Застрахователно плащане

7.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

7.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативно лечение на последиците от заболяване, настъпило през срока на застраховката.

7.2.3. Суми за оперативно лечение при заболяване се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.

7.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

7.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

7.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разреза, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

7.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

7.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия;

7.3.2. Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване.

7.3.3. Избор на скип.

7.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

7.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

7.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

7.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.

8. Диагностициране на особено тежко заболяване

8.1. По смисъла на тези условия особено тежки заболявания са:

8.1.1. Миокарден инфаркт (сърдечен удар)

Миокарден инфаркт е състояние на остра коронарна непроходимост, водеща до смърт на част от сърдечния мускул. Миокардният инфаркт се доказва от наличието на следните диагностични критерии:

а) анамnestични данни за продължителна типична гръдна болка; б) електрокардиографски данни за нови промени на ST-сегмента, последвани от поява на Q-зъби и инверсия на T-вълната; в) лабораторни данни за най-малко двукратно увеличаване на серумните ензими над референтните стойности в резултат на сърдечна клетъчна смърт с типична констелация и динамика.

Основание за обезщетение има само в случаите на дефинитивна некроза на част от миокарда. Изрично се изключват от покритие нестабилните и хронични исхемични промени, които не са довели до остра миокардна некроза. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 21 и I 24.

8.1.2. Мозъчен удар (инсулт)

Мозъчен удар е остър мозъчно-съдов инцидент причинил неврологични последици, продължаващи над 24 часа и имащи постоянен характер. Тук се включват: инфаркт на мозъчната тъкан; кръвоизлив на вътрешно черепен кръвоносен съд; мозъчна емболия от извънчерепен източник. Доказва се наличието на постоянен неврологичен дефицит (увреждане на сетивните и двигателни функции). Основание за обезщетение има само при напълно развита клинична картина на мозъчен удар. Изрично се изключват преходните разстройства на мозъчното кръвообращение с кратковременна и лека общомозъчна и огнишна симптоматика. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 60 – I 69, с изключение на преходна мозъчна исхемия.

8.1.3. Злокачествени новообразувания (рак)

Злокачествено новообразувание, чийто растеж не подлежи на медицинско лечение. Тук се включват: малигнените тумори; левкемията (рак на кръвта); болестта на Ходжкин (рак на лимфната тъкан). Доказва се хистологично. Изрично се изключват всички видове рак на кожата с изключение на злокачествените меланоми, както и всички туморни образувания, които хистологично се описват като преинвазивни или показват ранна злокачествена промяна (carcinoma in situ и първи стадий на болестта на Ходжкин). Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са като следва: по МКБ 10: C 00-C 96, с изключение на МКБ 10: C 43 и C 44 /кожен рак/ и МКБ 10: D 00-D 09.

8.1.4. Бъбречна недостатъчност в краен стадий

Това е стадий на бъбречна недостатъчност, характеризиращ се с необратимо функционално увреждане на двата бъбрека, в резултат на което е необходима постоянна хемодиализа или ренална трансплантация. Основание за обезщетение има само след започване на хемодиализа или фактическо извършване на ренална трансплантация. Изрично се изключват случаите на остра хемодиализа с възможност за последващо пълно или частично възстановяване на бъбречната функция или отстраняване на единия бъбрек. Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: N 17 и N 18.

8.2. Застрахователно плащане

а) При диагностициране през срока на застраховката на едно от включените в покритието особено тежки заболявания, на застрахования се изплаща 50 % от застрахователната сума или конкретна сума, посочена в договора, след изтичане на изчаквателен период от датата на поставяне на диагнозата.

Изчаквателните периоди за тежките заболявания, покрити по тези общи условия, са както следва:

- за миокарден инфаркт - един месец от острия инцидент;

- за мозъчен удар - шест месеца;

- рак - един месец от хистологичния резултат;

- бъбречна недостатъчност в краен стадий - един месец от включването на хемодиализа.

б) Застрахователното покритие влиза в сила след изтичането на отлагателен период от три месеца от деня, в който е платена застрахователната премия за индивидуални застраховки и един месец за групови. Отлагателният период не се прилага при подновяване на действото на застраховката, ако подновяването е направено без прекъсване на предходния договор. Отлагателният период за състояния, обусловени от предшестващи заболявания, за които не е направен отказ за сключване на застраховка поради висок медицински риск, е

девет месеца.

в) Застрахователят извършва плащания само веднъж през срока на застраховката. Отговорността на застрахователя се прекратява по този риск.

г) В случай на смърт, която е в причинна връзка с някое от покритите по този риск тежки заболявания, настъпила след изтичане на отлагателния период, но в срока на застраховката, застрахователното обезщетение се изплаща на законните наследници.

8.3. Специфични изключения - Застрахователят не изплаща застрахователно обезщетение при особено тежки заболявания в случай на:

8.3.1. Заболяване диагностицирано в отлагателния период.

8.3.2. Смърт, настъпила през отлагателния период или смърт, настъпила по други причини, които нямат връзка с покритите по т.8.1 тежки заболявания.

9. Разходи за транспортиране (репатриране) при смърт и погребение

9.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на тленните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.3. Специфични изключения

9.3.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т. I.

9.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

9.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

V. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

1. Ползачо лице по покритите по тези Общи условия рискове е застрахованото лице.

2. Ползвачо лице в случай на смърт са законните наследници, ако изрично не е посочено ползвачо лице.

VI. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

1. Застрахователят сключва застраховки по тези Общи условия, както следва:

1.1. Индивидуални застраховки за лица на възраст от 14 до 64 г. включително, съгласно съответната тарифа или конкретен договор;

2. Семейни застраховки - за всички членове на семейството с възраст съгласно т. 1.1., като възрастта на децата не може да бъде под 3 години към началото на договора;

1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:

1.3.1. За сметка на работниците - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1;

1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък, без ограничение за възраст;

1.3.3. За сметка на работодателя, по средносписъчен състав и без ограничение за възраст.

VII. ПРЕДДОГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ. ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. СКЛЮЧВАНЕ.

1. Преди сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.

3. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.

5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение, застрахователна сума и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.

2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск.

6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:

6.1. Декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.

6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.

6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.

6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.

7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.

8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложение и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В този случай договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.

9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавките, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.

10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:

10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили

обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.

10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахователя/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.

11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на узнаване за събитията в писмена форма.

12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахователя/Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.

13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.

14. Страните по застрахователния договор могат да договорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане на част от обезщетението от същия в определени в съответната тарифа или конкретен договор случаи и размери.

15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1.Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е от 1 до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.

2.За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.

3.Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало и изтича в 24.00 часа на деня, означен за неин край, но след издължаване на премията, уговорената част от нея от страна на Застрахователя, най-късно до началото на застраховката или е посочен срок за плащането ѝ. Ако плащането се извършва по банков път, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ постъпването на сумата по сметка на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.

4.При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.

4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.

4.2. За лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.

4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.

5.При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.

6.При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня на връщането им на работа, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.

7.Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования.

IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1.Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или евро, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.

2.Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:

2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.

2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.

2.3. Премията са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.

2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.

2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

3. Застрахователят/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.

2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

3.Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.

4.Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.

5.Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на „Животозастрахователен институт“ АД.

6.При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните специални условия, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.

7.При предсрочно прекратяване на групова застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните Специални условия или договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.

8.Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият трябва да представи на Застрахователя следните документи:

1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска (оригинал или заверено копие), а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахователя към момента на застрахователното събитие;

2.Освен документите по т.1.1., за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитията:

2.1. При смърт на Застрахования вследствие на заболяване:

- 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;
2.1.2. Съобщение за смърт;
2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
2.1.5. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
2.1.6. Други документи, удостоверяващи заболяването, ако има издадени такива.
2.1.7. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
2.1.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
2.1.8.1. Справка за реално отработени дни;
2.1.8.2. Копие на болнични листове;
2.1.8.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
2.1.8.4. Лична амбулаторна карта;
2.1.8.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
2.1.9. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:
2.2.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
2.2.1.3. Епикризи;
2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от края на срока на застраховката.
2.2.3. При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:
2.2.3.1. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено с гриф „Няма основание за обжалване“.
2.2.3.2. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването.
2.2.4. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
2.2.5. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за настояничество.
2.3. При Временна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:
2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест.
2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
2.3.5. В случай на временна загуба на работоспособност от професионално заболяване се представя и Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването.
2.3.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е не пълнолетно се представя акта за раждане или документ за настояничество.
2.4. При Медицински разходи вследствие на заболяване:
2.4.1. Лична амбулаторна карта;
2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
2.4.3. Копие на епикризата;
2.4.4. Копие на болнични листове;
2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.6. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/ и копие от резултатите.
2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.6. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
2.4.7. При разходи за транспортиране се представят разходни документи съгласно т. 2.3. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В частта „Наименование на стоките и услугите“ се записват трите имена на застрахованото лице;
2.4.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
2.5. При Болничен престой, оперативно лечение и диагностициране на особено тежко заболяване:
2.5.1. Копие на епикриза;
2.5.2. Копия на болнични листове;
2.5.3. Лична амбулаторна карта;
2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.
2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.
2.6. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, удостоверяващи изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
2.6.1. Оригинална фактура с фискален бон;
2.6.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;
2.6.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето.

заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

2.7. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:

2.7.2. Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение №8, чл.11, ал.1) и други.

2.7.3. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.

2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.

2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;

2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

2.12. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, като сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната стойност на разходите, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквато застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки. Такава пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

2.13. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.

2.14. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.

2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.

2.16. Застрахованият е длъжен при настъпване на застрахователно събитие да уведоми застрахователя писмено в 7 дневен срок от настъпване на събитието.

XI. РЕГРЕС

1.Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, с изключение на случаите, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разходи.

2.Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквато застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

3.Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

4.Пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при „Животозастрахователен институт“ АД.

XII. ДАЊЦИ И ТАКСИ

1.Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.

2.Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (в сила от 01.01.2011 г., обн. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г.) – ЗДЗП.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.Договорните отношения между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия и съответните тарифи на „Животозастрахователен институт“ АД.

2.Възникнали спорове между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.

3.Правата на Застрахованите за получаване на суми от Застрахователя се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.

4.Настоящите Общи условия се предоставят като преддоговорна информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:

1.ЗАСТРАХОВАЩ е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна премия.

2.ЗАСТРАХОВАН е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.

3.КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.

4.ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ е физическото лице, чийто живот е застрахован със застрахователния договор.

5.ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.

6.ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение.

7.ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

8.ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с протрахиран оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9.ПРЕДШЕСТВАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ е каквото и да е предишно заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е било диагностицирано преди първия ден на застраховката.

10. ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

11. ТЕЛК е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното

осигуряване.

12. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА** е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.

13. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ** (вноска) е сумата, която Застрахователят дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.

14. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ** е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.

15. **СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА** е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полиса).

16. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА** е времето от дата на сключване на застрахователния договор до датата на неговото изтичане през същата или през следващата/ите календарна/и година/и.

17. **ГРУПА** е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.

18. **ПРЕДЛОЖЕНИЕ** е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.

19. **ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ** е писмена декларация-въпросник за здравословното състояние на застрахованото лице.

20. **ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО** са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.

21. **ФОРСМАЖОРНИ ОБСТОЯТЕЛСТВА** са непредвидими, непредотвратими от страните по договора и независимо от тяхната воля събития, възникнали след сключване на застраховката, като природни бедствия, война или военни действия, нормативни ограничения, актове на правителството, БНБ или орган на застрахователния надзор, които възпрепятстват точното изпълнение на договора.

22. **НЕДОПУСТИМО ВИСОК ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК** е налице, когато съществуваща вероятност за настъпване на покрит риск, на който едновременно са изложени голям брой застраховани лица и вследствие на чисто проявление са причинени значителни нематериални вреди.

23. **САМОУЧАСТИЕ** е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Животозастрахователен институт“ АД с протокол от 30.11.2012 год. и влизат в сила от 17/01/2013 г.

Застраховател:

Застрахователен посредник:

Подпис:

Дата:

Застрахован / застраховач:

Днес

г., долуподписаният

получих подписан екземпляр от настоящите Общи условия, съгласен съм с тях и ги приемам, за което се подписвам:



“ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ” АД

Гр. София, бул. “Черни връх” № 51Д, тел. + 359 2 805 53 64, факс + 359 2 80 55 365, ЕИК 75010739,
Разрешение за извършване на застрахователна дейност - Решение № 758 - ЖЗ от 09.12.2005 г. на КФН

УВЕДОМЛЕНИЕ - ПРЕТЕНЦИЯ за плащане на суми и/или обезщетения

по полица № / Г.

От

ЕГН.....адрес:.....

Телефон за връзка:.....л.к.№....., издадена на....., от.....

E-mail:.....

в качеството си на: ☐ застрахован ☐ законен представител на застрахования
☐ ползващо лице ☐ законен представител на ползващото лице

Предявявам претенция за плащане на суми и/или обезщетения съгласно условията по полицата /общи и специални/ за застрахователно събитие, довело до покрит риск:

Покрит риск:	Застрахователно събитие:		
<input type="checkbox"/> Смърт	<input type="checkbox"/> заболяване	<input type="checkbox"/> трудова злополука	<input type="checkbox"/> битова злополука
<input type="checkbox"/> Трайна неработоспособност	<input type="checkbox"/> заболяване	<input type="checkbox"/> трудова злополука	<input type="checkbox"/> битова злополука
<input type="checkbox"/> Временна неработоспособност	<input type="checkbox"/> заболяване	<input type="checkbox"/> трудова злополука	<input type="checkbox"/> битова злополука
<input type="checkbox"/> Медицински разходи			
<input type="checkbox"/> Разходи за репатриране			
<input type="checkbox"/> Друго:			

Опишете подробно кога, къде и при какви обстоятелства е настъпило събитието.

Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства:.....
.....
.....
.....

Опис на представените документи			
<input type="checkbox"/> Застрахователна полица	<input type="checkbox"/> Служебна бележка / удостоверение от работодател / учебно заведение		
<input type="checkbox"/> Декларация за злополука	<input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудова злополука	<input type="checkbox"/> ЕР на ТЕЛК/НЕЛК	
<input type="checkbox"/> Констативен протокол за ПТП	<input type="checkbox"/> Рентгенови снимки.....бр.	<input type="checkbox"/> Копие на ЛАК (картон)	
<input type="checkbox"/> Копия на болнични листове.....бр.	<input type="checkbox"/> Амбулаторни листове.....бр.	<input type="checkbox"/> Епикризи.....бр.	
<input type="checkbox"/> Препис-извлечение от Акта за смърт	<input type="checkbox"/> Съобщение за смърт	<input type="checkbox"/> Оригинал на Удостоверение за наследници	
<input type="checkbox"/> Оригинални фактури с фискални боновебр.	<input type="checkbox"/> Оригинални рецептибр.	<input type="checkbox"/> Удостоверение за раждане	

☐ Други
Известно ми е, че по условията на застраховката /общи и специални/ застрахователят може да изиска допълнително документи.

Желая да получа сумата /обезщетението/ по банкова сметка с IBAN:

BIC:; Банка; Титуляр:

Гр.: Подпис на подателя:

Попълва се от Аг енцията:

Документите са подадени в агенция

На дата:
записва се датата на получаване на претенцията в агенцията

Подпис на получателя /в агенцията/

Име и фамилия



СЛУЖЕБНА БЕЛЕЖКА

Настоящата се дава на в
уверение на това, че същият /та/ от год. работи в
..... като.....
.....и към момента
/посочете: продължава да работи или освободен поради ..., считано от г.(точната дата)/

Лицето е застраховано по групова застраховка полица № /
.....20.....г. на „Животозастрахователен институт“ АД.

Преди настъпване на застрахователното събитие лицето е било
.....
/на работа, в болнични дни, в законоустановен отпуск/

Болничните листове №№ са
представени на работодателя. Същите са реално ползвани и са внесени в ТП на
НОИ гр., съгласно изискванията на
Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от
ДОО.

Настоящата служебна бележка представлява официален документ по смисъла на чл.311 от НК и при
удостоверяване на неверни обстоятелства се носи наказателна отговорност, съгласно действащото
законодателство в РБългария.

ДИРЕКТОР
„ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ“:

ГЛАВЕН СЧЕТОВОДИТЕЛ:

.....
/име,фамилия и подпис/

.....
/име,фамилия и подпис/

..... год.

