

ТЕХНИЧЕСКО ПРЕДЛОЖЕНИЕ

към процедура за възлагане на обществена поръчка чрез процедура на договаряне с предварителна покана за участие

№224-EP-19-CL-Y-3

с предмет: Групова застраховка живот и задължителна застраховка трудова злополука и застраховка на сухопътни превозни средства, по позиции

за Обособена позиция 1: Групова застраховка живот и задължителна застраховка трудова злополука

От: „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД

С представянето на нашата оферта заявяваме желанието си да участваме в обявената от възложителя обществена поръчка чрез процедура на договаряне с предварителна покана за участие №224-EP-19-CL-Y-3 по Обособена позиция 1 с предмет: Групова застраховка живот и задължителна застраховка трудова злополука, при следните условия:

Място за изпълнение на поръчката: Република България.

Таблица № 1

Минимални изисквания на възложителя	Предложение на участника
Потвърждава ли участникът, че ще изпълни поръчката в съответствие с Техническите изисквания към процедурата?	[X] Да [] Не
Прилага ли участникът всички относими към съответната застраховка общи условия? <i>Моля, приложете съответните документи.</i>	[X] Да [] Не Приложение 1:Групови рискови застраховки „Живот“ Приложение 2: Застраховки „Злополука и заболяване“ Приложение 3: Специални условия към секция Критични заболявания Приложение 4: Специални условия към секция Тежки Фрактури <i>Моля, опишете съответните приложени документи.</i>

За изпълнение на изискванията на Възложителя се счита положителен отговор (ДА) на изброените в Таблица № 1 точки, както и прилагане на изискваните документи.

Ценово предложение на участник, чието техническо предложение не изпълнява някое/и от минималните изисквания на Възложителя няма да бъде отворено и разгледано, респективно участникът ще бъде отстранен от по-нататъшно участие в процедурата.

Декларираме, че сме запознати с условията за участие в обявената от Вас процедура на договаряне с предварителна покана за участие.

Декларираме, че сме запознати с условията в следните документи: Общи условия на закупуване на дружествата от групата EVN, Клауза за социална отговорност на дружествата от групата на EVN, Технически изисквания към процедура на договаряне с предварителна покана за участие за възлагане на обществена

поръчка №224-EP-19-CL-Y-3 с предмет: Грupsова застраховка живот и задължителна застраховка трудова злополука и застраховка на сухопътни превозни средства, по позиции – за обособена позиция 1: „Грupsова застраховка живот и задължителна застраховка трудова злополука“ и приложенията към него.

Заявяваме, че в случай че поръчката бъде възложена на нас, ние ще изпълняваме поръчката в съответствие с изискванията на възложителя, както и при спазване на разпоредбите на международното и българското законодателство. При изготвяне на офертата са спазени задълженията, свързани с данъци и осигуровки, опазване на околната среда, закрила на заетостта и условията на труд.

В случай, че нашето предложение бъде избрано, ние поемаме ангажимента да представим всички необходими документи за сключване на договор, съгласно чл. 67, ал. 6 от ЗОП.

Заявяваме, че ако поръчката бъде възложена на нас, до подписване на договора, нашата оферта, неразделна част от която е настоящото техническо предложение, ще представлява споразумение между нас и възложителя.

Ние сме съгласни да се придържаме към направената оферта за срок от 6 месеца от датата, която е посочена в обявата за дата на получаване на офертата.

Задължаваме се да не разпространяваме по никакъв повод и под никакъв предлог данните, свързани с поръчката, станали ни известни във връзка с участието ни в настоящата обществена поръчка.

Дата 27.11.2019

УЧАСТНИК:



Владимир Димитров
Директор „Корпоративно и
специализирано застраховане
„ДЗИ-Животозастраховане“
ЕАД



ГРУПОВИ РИСКОВИ ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“

Групови Рискови застраховки „Живот“ от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД Ви осигуряват защита срещу събития в резултат на инцидент или болест, които имат неблагоприятно въздействие върху живота и здравето на Вашите служители и близки, както и на Вас самите.

Предлаганите продукти предоставят финансови средства, необходими за покриване на високите разходи, свързани с претърпяна злополука или заболяване. При евентуално настъпване на застрахователно събитие, ние ще изплатим суми в случай на временна неработоспособност, инвалидност или фатално събитие, както и престой в болница.

Застраховката е предназначена за търговски дружества, дружества с нестопанска цел, държавни структури. Договорът може да бъде сключен за сметка на работодателя или за сметка на застрахованите лица. Можете да сключите застраховка за срок от 1 година или друг договорен срок, да изберете различни нива на защита посредством различни застрахователни суми и покрити рискове, в съответствие със сумата, която сте готови да отделите за застраховката. Начините за плащане на дължимата сума (застрахователна премия) също са гъвкави – еднократно или разсрочено на вноски.

Общите условия са неразделна част от застрахователния договор. Те определят застрахователните покрития, изключенията, условията за сключване, промяна и прекратяване, както правата и задълженията на страните по договора. Конкретните параметри на договора са описани в застрахователната полица.

При необходимост или при настъпване на застрахователно събитие, Вие можете да се свържете с нас чрез нашия денонощен контактен център на тел.: 0700 16 166 или на електронна поща: clients@dzi.bg, както и да подадете претенция във всяко от нашите структурни звена или при нашите посредници.

Преддоговорна информация съгласно изискванията на Кодекса за застраховането

„ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД е застраховател със седалище в Република България, регистриран на адрес: София 1463, бул. „Витоша“ № 89 Б.

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка с претенции за изплащане на застрахователни обезщетения във всяко териториално поделение на Застрахователя (ЦУ, главна агенция, агенция, офис) в писмена форма или на имейл: clients@dzi.bg. Правилата на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД за уреждане на претенции по чл. 104, ал. 1 от КЗ са публикувани на корпоративния сайт на дружеството: www.dzi.bg, в секция „Помощ при щета“.

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка със застрахователната дейност пред Комисията за финансов надзор и/или други компетентни държавни органи.

На територията на Република България, споровете свързани с предоставянето на застрахователни услуги, могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове (APC) пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.

Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД е публикуван на корпоративния сайт на дружеството: www.dzi.bg в секция „Корпоративна устойчивост“.

При продажба на застрахователните продукти, възнаграждението за разпространителя се изплаща от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД, както следва:

- Трудово възнаграждение по реда на КТ за служители на застрахователя, извършващи директни продажби;
- Комисионно възнаграждение за застрахователни посредници.

Независимо от естеството на възнаграждението, същото не променя размера на дължимата от потребителя застрахователна премия.

Преди закупуване на застрахователен продукт от застрахователя или от посредник, действащ по възлагане на застрахователя, ползвателят може да поиска индивидуална оферта, при която да му бъде предоставен съвет по смисъла на чл. 324, ал. 1, т.7 от Кодекса на застраховане.

Приложимият закон спрямо застрахователния договор, сключен съгласно настоящите Общи условия, е българският закон.



ОБЩИ УСЛОВИЯ НА ГРУПОВИ РИСКОВИ ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“

Редакция 11 от 01.10.2018 г. в сила от 01.11.2018 г.

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

1. По тези Общи условия „ДЗИ - ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост физически лица със застрахователни покрития съгласно Раздел 1 на Приложение 1 на Кодекса на застраховане.

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2. С групови договори се застраховат здрави лица на възраст от 16 до 64 години. Възрастта на застрахованите се определя в цели години към началото на застраховката. По-малко от шест месеца не се взимат под внимание, а навършени шест или повече месеца се приемат за цяла година.

2.1. Могат да се застраховат при УТЕЖЕН РИСК или при СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ и лица, боледувачи или преболедували определени болести; или лица с увреждания.

2.1.1. Утеженият риск се изразява в увеличаване на действителната възраст на Застрахования, в зависимост от възрастта и здравословното му състояние, съгласно Ръководство за застрахователно-медицинската работа на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД.

2.1.2. Специалните условия се изразяват в ограничаване или изключване на рисковото покритие, съгласно условията на застраховките.

3. Не се застраховат лица:

3.1. с трайна неработоспособност над 50 %;

3.2. навършили 65 години

3.3. малолетни или лица, поставени под запрещение с покритие за риск „смърт“.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)

4. Основни покрити рискове

4.1. Смърт от заболяване или злополука;

4.2. Инвалидност от злополука.

5. Допълнителни покрити рискове

По желание на Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна премия, в застрахователните полици могат да се включат и следните допълнителни рискове:

5.1. Смърт от злополука;

5.2. Инвалидност;

5.3. Временна неработоспособност;

5.4. Временна неработоспособност за времето на болничен престой;

5.5. Разходи за погребение.

6. По отношение на застрахователните събития, покритията може да са от:

6.1. злополука;

6.2. общо или професионално заболяване.

7. Застрахователят има право да включва и други рискове. Комбинацията от рискове, които конкретната застраховка покрива, се посочват в застрахователната полица.

8. Застраховката е валидна за събития, настъпили на територията на Р.България и чужбина.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

9. Застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в следните случаи:

9.1. Самоубийство или опит за самоубийство, и всякакви други умишлени действия на Застрахования, довели до телесни увреждания или смърт (с изключение на случаите при опит за спасяване на човешки живот);

9.2. Умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер;

9.3. Смъртта е настъпила, вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда;

9.4. Война, военни действия, Граждански размирици или терористични актове;

9.5. Земетресения;

9.6. Радиоактивни аварии;

9.7. Употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинги и други психотропни вещества и породените от тях увреждания на здравето (включително злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания);

9.8. Температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар), доколкото не са наложени от овладяване на последствията от злополука;

9.9. Други събития, настъпили вследствие на умишлено предизвикано от Застрахования сбиване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;

9.10. СПИД;

9.11. Умишлени действия от страна на лице, имащо право да получи цялото или част от застрахователното плащане;

9.12. Бременност – нормална и патологична, спонтанен и предизвикан аборт, стерилитет, раждане, както и породените от тях усложнения; освен ако е в причина връзка със злополука;

9.13. Заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката;

9.13.1. При групови договори за сметка на работодателя, подновени/сключени без прекъсване, отговорността на Застрахователя обхваща и заболявания, възникнали/диагностицирани по време на действието на предходните договори;

9.14. Неспазване на лекарските предписания за лечение; дните болничен отпуск не са ползвани реално;

9.15. Събития, настъпили вследствие на упражняване на опасни спортни занимания или хобита: алпинизъм или скално катерене, лов, пещерно дело, безмоторно летене, дельтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и др.

9.16. Пътувания с въздушен транспорт, когато не са изпълнени изискванията застрахованият да бъде редовен пътник с билет, на борда на лицензирана авиокомпания, извършваща редовни въздушни превози по установени маршрути или пътуване с чартърни въздухоплавателни средства на лицензирани въздушни превозвачи, оперирани от професионален екипаж между установени и поддържани летища.

10. При специално договаряне и платена допълнителна застрахователна премия, Застрахователят може да поеме отговорност за някои от рисковете по раздел IV.

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

11. Застраховката се сключва на група лица, за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя, въз основа на потвърлено предложение.

11.1. При потвърляне на предложението се прави идентификация на Застрахователя, съгласно „Вътрешните правила на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД за контрол и предотвратяване на изпирането на пари и финансирането на тероризма“.

11.2. Когато работодател сключва за своя сметка застраховка на свои работници и/или служители в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласието на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква.

12. Застраховките се сключват с поименен списък (по списъчна форма) и саморъчно потвърдени и подписани лични декларации за здравословно състояние на кандидатите за застраховане, когато застраховката е:

а) с различна застрахователна сума за лицата в групата;

б) за сметка на застрахованите лица;

в) за сметка на работодателя и групата е до определена от Застрахователя численост;

г) за сметка на работодателя и не са обхванати всички лица от групата.

Списъкът се заверява от Застрахователя и Застрахователя, и става неразделна част от застрахователната полица.

12.1. Личната декларация за здравословно състояние се проверява от доверен лекар на Застрахователя. На база отговорите в личната декларация за здравословно състояние, довереният лекар дава писмена препоръка относно включването на лицето в застрахователния договор:

а) при нормален риск;

б) при утежен риск;

в) при специални условия;

г) да се откаже.

12.2. Ако Застрахователят откаже да включи лицето в договора, Застрахователят се уведомява писмено за решението.

13. Застрахователят има право да изисква прилагане на списък, потвърляне на декларации за здравословно състояние, извършване на лекарски преглед и в други случаи.

14. Застрахователният договор се сключва писмено, под формата на застрахователна полица или на друг писмен акт. Неразделна част от договора са настоящите Общи условия, предложението за сключване, както и личните здравни декларации и списъка на застрахованите лица. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, валиден е текстът на застрахователната полица.

VI. СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР, ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД, ПРОМЯНА И ПРЕКРАТЯВАНЕ

15. Застрахователният договор може да бъде сключен за определен или за неопределен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.

15.1. Началото и краят на срока се посочват в застрахователната полица.

16. Период на застрахователното покритие е периодът, в който застрахователят носи риска по застраховката.

16.1. Периодът на застрахователно покритие започва от 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица за начало и при условие, че застрахователната премия (или първата разсрочена вноска) е платена в уговорения срок.

16. За новопостъпващите лица в групата на Застрахованите през времетраене на застраховката, отговорността на Застрахователя започва:

а) по застраховки без поименен списък на Застрахованите - от 00:00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето на работа;

б) по застраховки с поименен списък на Застрахованите - от 00:00 часа на деня, следващ датата, на която е издължена допълнителната премия и списъкът е актуализиран;

в) по застраховки за сметка на работодателя с поименен списък на Застрахованите, ако новопостъпилият заема мястото на напуснал Застрахован - от 00:00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето, при условие, че списъкът е актуализиран.

17. По застраховки за сметка на работодателя по средносписъчен състав, за напусналите групата на застрахованите лица, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24:00 часа на деня на напускането.

18. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия.

18.1. Застрахователният период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.

19. Застрахователната полица се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен за край на застраховката.

20. Срочен застрахователен договор може да бъде прекратен без неустойки или разходи от всяка от страните с едномесечно предизвестие, отправено до другата страна. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

21. В случай че застрахователният договор е сключен за неопределен срок, договорът може да се прекрати без неустойки или разходи от всяка от страните преди края на текущия застрахователен период. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

20. Действащ застрахователен договор може да бъде прекратен в следните случаи:

20.1. Едностранично от Застрахователя в случай, че застрахователният интерес отпадне - чрез подаване на писмено заявление до Застрахователя. В този случай застрахователната премия се приизчислява и разликата се връща на Застрахователя;

20.2. От Застрахователя - седем календарни дни след като Застрахователят е получил мотивирано писмено предизвестие от Застрахователя, в случаите когато:

а) Застрахованият/Застрахованата съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката. Последният може да я прекрати в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството, като задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора;

б) съзнателно обявеното неточно обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил застраховката, но при други условия, последният може да поиска изменението му в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, действието на застраховката се прекратява, а Застрахователят задържа платените премии;

в) неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение.

20.3. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

21. Ако при сключване на застраховката е имало обстоятелства, които не са били известни на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването им да предложи изменение на застраховката. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати застраховката като писмено уведоми за това другата страна. Ако застраховката бъде прекратена, Застрахователят възстановява частта от премията, съответстваща на неизтеклия срок. При настъпване на събитие преди изменението или прекратяването на застраховката, Застрахователят дължи намалена застрахователна сума, пропорционална на платената премия (вноска).

22. Застрахованият има право да променя размера на застрахователната сума, покритите рискове или срока на застраховката. Промяната се извършва с издаване на анекс към полицата на основание на писмено искане на Застрахователя.

При увеличаване броя на застрахованите лица, включени в застраховката, Застрахованият е длъжен да уведоми за това Застрахователя. В този случай се сключва споразумение за промяна условията на застрахователната полица и се начислява допълнителна премия.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

23. Застрахователната сума се избира от Застрахования.

24. Размерът на минималната и максимална застрахователна сума се определя от Застрахователя.

25. Застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от покритите рискове, срока на застраховката, застрахователната сума, рисковия клас и средната възраст на групата Застраховани. Рисковият клас се определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на Застрахованите лица и характера на производството, в което участват.

26. Застрахователната премия се заплаща от Застрахования в лева еднократно при сключване на застраховката. По преценка на Застрахователя, застрахователната премия може да се разсрочи, като първата вноска се плаща при сключване на застраховката, освен ако е уговорено друго. Текущите вноски при разсрочено плащане се внасят в сроковете, уговорени в застрахователната полица. Застрахователната премия се заплаща по начин, посочен в застрахователната полица.

27. При неплащане на разсрочена вноска, Застрахователят може да прекрати застрахователната полица не по-рано от 15 дни от датата, на която сключилият застраховката е получил писмено предупреждение. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица Застрахователят е посочил, че ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на 15-дневния срок от датата на падежа на вноската.

28. В случаите когато застрахователната премия е разсрочена и настъпи застрахователно събитие преди застрахователната премия да е издължена изцяло, Застрахователят има право да:

а) удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане при групови застраховки за сметка на лицата;

б) редуцира плащането пропорционално на платената премия.

29. По искане на някоя от страните, в края на застрахователната година застрахователната премия се приизчислява в зависимост от промените в числения състав на групата.

30. Ако през периода на действие на застрахователния договор застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска увеличение или намаление на застрахователната премия или да прекрати договора.

31. Ако застрахователната премия е определена в чужда валута, Застрахованият заплаща левовата ѝ равностойност по фискалния на БНБ към датата на плащането.

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

A/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

32. За изплащане на суми при отделните застрахователни случаи трябва да се представят следните документи:

32.1. При всяко събитие: Претенция по образец на Застрахователя, застрахователна полица, Служебна бележка от Застрахования;

32.2. При смърт на Застрахования препис-извлечение от акта за смърт, съобщение за смърт, документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила смъртта на застрахованото лице; удостоверение за наследници оригинал или копие;

32.3. При инвалидност:

а) от злополука – документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания, проведеното лечение и състоянието на уврежданията непосредствено преди освидетелстване от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК); решение на ЦЗМК;

б) от заболяване - Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК;

32.4. При временна неработоспособност:

а) от злополука – документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания и проведеното лечение; реално ползвани болнични листове за продължителността на временната неработоспособност, заверени от работодателя/служебна бележка от учебното заведение за отсъствие от всички учебни занятия; епикриза;

б) от заболяване - медицински документ, удостоверяващ загуба на работоспособност от заболяване; реално ползвани болнични листове за продължителността на временната неработоспособност, заверени от работодателя; епикриза.

За лица, на които съгласно българското законодателство не се издава болничен лист, определянето на продължителността на временната неработоспособност се извършва от лекар-експерт на Застрахователя въз основа на всички представени медицински документи.

32.5. При временна неработоспособност за времето на болничен престой – епикриза от болничното заведение, с която се удостоверява броят на дните на болничното лечение;

32.6. Разходи за погребение - оригинални фактури и касови бонусе;

33. Ако представените документи при завеждането на преписката не са достатъчни, за да се докаже по безспорен начин застрахователното събитие и причините от него увреждания, Застрахователят има право да изиска да се представят допълнителни доказателства.

34. Уведомяването за необходимостта от представяне на допълнителни доказателства е най-късно 45 дни от датата на завеждане на преписката.

35. Когато необходимите доказателства по предявена пред Застрахователя претенция се съхраняват от държавни органи и от трети лица (органите на МВР, разследващи, съдебни и други държавни органи, лечебни и здравни заведения, личен лекар) Застрахователят има право да ги изиска – чрез правоимащото лице или директно, дори и когато представляват защитена от закона тайна, по начина определен от Кодекса за застраховането.

Б/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, СРОК ЗА ПЛАЩАНЕ И НАЧИН ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ.

Застрахователят се задължава да извърши плащания по условията на застрахователния договор, както следва:

36. Смърт на Застрахования – на ползващите лица се изплаща застрахователната сума.

36.1. При смърт от злополука се изплаща договорената в застрахователната полица сума, ако смъртта е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и е в причинна връзка със злополуката.

37. При инвалидност от злополука – на Застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента инвалидност.

37.1. Процентът инвалидност от злополука се определя от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК) на ДЗИ - Кюмюрджиев, въз основа на следните нормативни документи, налични на интернет сайта на Застрахователя: www.dzi.bg:

- ИНСТРУКЦИЯ за застрахователно-медицинска експертиза на инвалидност (трайната неработоспособност) на пострадали при злополука лица;
- УКАЗАНИЯ за прилагане на Скалата за травматичните болести, утвърдени сали

които се определя процент инвалидност (трайна

- СКАПА на травматичните болести и увреди, при които се определя процент инвалидност (трайна неработоспособност) вследствие злополука.

37.2. Пострадалото лице се освидетелства от ЦЗМК след приключване на лечението и пълното стабилизиране на травматичните увреждания, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката.

37.3. При травматична ампутация на крайници и при загуба на очи освидетелстването може да се извърши веднага след приключване на лечението, без да се изчака да изминат три месеца от датата на злополуката. Това не се отнася за комбинирани травми, при които освен ампутация лицето има и други увреждания.

37.4. Ако лечението не е завършило и уврежданията не са стабилизирани една година след датата на злополуката, ЦЗМК преценява състоянието на пострадалото лице към края на едногодишния период от злополуката и определя окончателния процент инвалидност. Това изрично се записва в Решението на ЦЗМК.

37.5. Застрахователят не покрива усложнения в здравословното състояние на Застрахования, настъпили след една година от датата на злополуката.

37.6. При тежки увреждания пострадалото лице може да се освидетелства преди окончателното приключване на лечението и стабилизиране на уврежданията, но не по-рано от три месеца от датата на злополуката.

37.6.1. ЦЗМК определя предварителен процент инвалидност, който следва да отразява предполагаемото обективно състояние на пострадалия към края на едногодишния период от датата на злополуката;

37.6.2. Изплаща се авансово 75% от очакваното плащане, съобразно предварителния процент;

37.6.3. Пострадалото лице задължително се преосвидетелства, за да се определи окончателният процент инвалидност, въз основа на който се определя дължимата сума и се доплаща разликата;

37.7. Ако при злополука са засегнати органи, които са били увредени от предишна злополука, се определя редуциран процент на инвалидност. Прилага се методът на последователно и пропорционално сумиране, като се вземе предвид определения процент на инвалидност за предишните травматични увреждания;

37.8. Суми за инвалидност от злополука се изплащат, ако тя е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и е в причина връзка със злополуката.

38. При инвалидността общо или професионално заболяване – на Застрахования се изплаща процент от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента инвалидност.

38.1. Процентът на инвалидността общо или професионално заболяване се определя от Застрахователя въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК.

38.2. Застрахователят изплаща суми за инвалидността общо или професионално заболяване само за първо решение на ТЕЛК/НЕЛК в срока на застраховката.

39. Временна неработоспособност от злополука, общо или професионално заболяване – на Застрахования се изплаща процент от посочената в застрахователната полица сума или фиксирана сума, в зависимост от продължителността на временната неработоспособност.

39.1. Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от злополука, ако временната неработоспособност е настъпила за първи път до един месец от датата на злополуката и повторно до три месеца от тази дата;

39.2. Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от общо или професионално заболяване, диагностицирано и регистрирано в рамките на застрахователната година;

39.3. Началото на първичния болничен лист, трябва да бъде в рамките на застрахователната година. Следващите болнични листове трябва да са издадени в продължение на първичния и да са без прекъсване.

40. Временна неработоспособност за времето на болничен престой – на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума или фиксирана сума за всеки ден престой в болница. Покрива се болничен престой (хоспитализация) минимум 24 часа по лекарско направление за извършване на неотложно изследване, наблюдение и лечение. Сумите се изплащат независимо от проведеното лечение (платено или безплатно) и разходите, свързани с него.

41. Разходи за погребение – изплащат се действително направените разходи в рамките на определен лимит до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума, според условията на застрахователната полица.

42. Застрахователят изплаща дължимите суми не по-късно от 15 работни дни след представянето на всички поискани документи. В същия срок правоимащото лице се уведомява писмено, ако се отказва плащане по предявената от него претенция или ако одобрената за изплащане сума е по-малка от претендираната. В писмото подробно се излагат мотивите за отказ, съответно за редуцираното плащане.

43. Дължимата сума се изплаща с банков превод. Сумите се изплащат в български лева. Ако застрахователната сума е договорена в чуждестранна валута, Застрахователят заплаща левовата ѝ равностойност по фиксирания в БНБ към датата на плащането.

44. При жалба от правоимащото лице Застрахователят е длъжен в 7-дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението.

IX. ЖАЛБИ

45. Политиката на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД за управление на жалбите се определя от „Правила за обработка на жалби от клиенти“, одобрени от Управителния съвет на дружеството.

46. Ползвателите на застрахователни услуги от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД могат да подават жалби на всеки етап от обслужването им:

- на телефона на Денонощния контактен център на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД: 0700 16 166

- във всяко структурно звено „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД (ЦУ, гл. агенция, агенция и/или офис) в писмен вид.

- на официалния имейл на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД: clients@dzi.bg.

47. При подаването на жалбата се поставя входящ номер, който се предоставя на ползвателя на застрахователни услуги по удобен за него начин. От подателя се изисква да посочи актуален адрес (и/или e-mail) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя.

48. Писмен отговор се изпраща на ползвателя на застрахователни услуги в срок от 1 месец от датата на подаване. В случай на забавяне клиентът се информира надлежно в посочените срокове.

49. При отказ да се уважи жалбата, Застрахователят излага мотивите си за отказ, като посочва възможностите на Жалбоподателя да потърси защита на правата си пред друг орган.

50. Ползвателите на застрахователни услуги имат право да подават жалби до Комисията за финансов надзор, както и до други компетентни институции.

X. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

51. Договорните отношения между Застрахователя застрахованите лица и Застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите и Търговския закон.

52. Застрахователят е длъжен да предостави писмено на застрахованите лица цялата информация, която е получил от Застрахователя относно сключения договор за застраховка „Живот“, в това число общите условия или застрахователния договор, ако той не е сключен при общи условия. Информацията включва данни за Застрахователя, предмета на застраховката, застрахователната сума, срока на застраховката, третите ползватели се лица и процедурата, която се прилага в случай на застрахователно събитие. Информацията или бъдещи промени в нея се предоставя до 15-о число на месеца, следващ месеца на сключването на застраховка по изречение първо, съответно на промените в нея.

53. Споровете, възникнали във връзка със застрахователното правоотношение се разрешават по доброволен ред, а при непостигане на споразумение – от компетентен български съд.

54. Правата по застрахователната полица се погасяват по давност с изтичане на пет години от настъпване на застрахователното събитие.

XI. ДЕФИНИЦИИ

По смисъла на тези Общи условия:

ЗАСТРАХОВАТЕЛ - „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД.

ЗАСТРАХОВАЩ - лицето, което е страна по застрахователния договор. Застрахователят може при условията на застрахователния договор да бъде и застрахован или трето ползващо се лице.

ЗАСТРАХОВАН - лицето, чиито неимуществени блага са предмет на застрахователна защита по застрахователния договор. Застрахованият е винаги физическо лице.

Застрахователят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

ГРУПА е предварително формирана, с незастрахователни цели, общост от десет и повече лица, чиито брой е определен или определяем.

ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е друго лице, посочено от Застрахователя, имащо право да получи договореното застрахователно плащане или определена сума при настъпване на застрахователно събитие.

Застрахованите и Ползвачите могат да бъдат физически или юридически лица.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ е настъпването на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА (лимит на отговорност) е договорената и посочена в застрахователната полица парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования или Ползвачащото се лице.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ е еднократната или месечна/годишна сума, която Застрахователят дължи на Застрахователя срещу поетите от последния задължения по застрахователната полица.

ЗЛОПОЛУКА е всяко събитие, довело до смърт или телесно увреждане на застрахованото лице в резултат на непредвидени и внезапни въздействия от външен произход, които застрахованото лице не си е причинило умишлено. Непредвидимостта се предполага до доказване на противното.

НЕ СЕ СЧИТА ЗА ЗЛОПОЛУКА последните, настъпили в резултат на или вследствие от:

- а) професионални заболявания;
- б) доказани налични заболявания или внезапно настъпили болестни състояния, телесни или психични;
- в) телесно увреждане, причинено от температурни влияния (измръзване, слънчево изгаряне, слънчев или топлинен удар), освен в случаите при овладяване на последствията от злополука;
- г) медицински манипулации (вкл. инжекции, имунизации, ваксинации), интервенции, операции, общи и локални анестезии, химиотерапия, лъчетерапия и други лечебни процедури както и увреждания на здравето вследствие провежданото лечение;
- д) употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимуланти, допинги и други психотропни вещества;
- е) заболявания, които са в причинно-следствена връзка със злополука.

ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА е злополука, настъпила през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието. За трудова се признава и злополука, настъпила по време на обичайния път при отиване или връщане от работното място до: основното място на живеене; мястото, където Застрахованият се храни през работния ден; мястото за получаване на възнаграждение.

БИТОВА ЗЛОПОЛУКА е злополука, която не се включва в определението за трудова злополука.

ТЕРОРИЗЪМ – акт на тероризъм е използването на сила или насилие и/или заплаха от това върху човек или групи от хора, независимо дали се действа самостоятелно или от името на организация или правителство, обвързано с политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включително с намерение за въздействие върху всяко управление и/или да се постави обществото или част от него в страх.

ИНВАЛИДНОСТ (ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ) е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, общо или професионално заболяване, в резултат на която Застрахованият реално ползва отпуск по болест/отсъства от учебни занятия.

ЗАБОЛЯВАНЕ е съвкупността от субективни оплаквания и клинични прояви на структурни и функционални увреждания на организма, диагностицирани в здравно заведение и регистрирани в официален медицински документ.

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

ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е болест, настъпила изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес и която диагностичната лекарска комисия е определила с Протокол за професионално заболяване, отговарящо на изискваните се критерии.

ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ЗА ВРЕМЕТО НА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, общо или професионално заболяване, налагаща изследвания, наблюдение или лечение при болничен режим.

РАЗХОДИ ЗА ПОГРЕБЕНИЕ включват извършените разходи за: тоалет и обработка на тялото; съхранение в хладилни камери; аксесоари – драперия, кръст, некролози и др.; транспорт от местоживеенето до обредния дом; опело и свещеник; кремиране, погребение.

ЕПИКРИЗА е официален медицински документ, който се издава задължително на пациента след проведено стационарно лечение в лицензирано здравно заведение.

Етапната епикриза като документ не е епикриза по това определение.

ДОВЕРЕН ЛЕКАР е медицинско лице, притежаващо необходимата квалификация и назначено от Застрахователя.

РЕАЛНО ПОЛЗВАН БОЛНИЧЕН ЛИСТ е болничен лист, издаден по установения ред и представен пред работодателя, съгласно Наредбата за медицинската експертиза.

Настоящите Общи условия са в сила от 1 август 1994 г., изменени и допълнени с Решение на Съвета на директорите на „ДЗИ“ ЕАД от март 1998 година, одобрени с Разрешение № 2 от 13.05.1998 г. на НСЗ, изменени и допълнени с Решение на Съвета на директорите на „ДЗИ“ ЕАД от 20.10.1999 г., одобрени с писмо № 202–2482/30.12.1999 г. на ДЗН, изменени и допълнени с Решение на Съвета на директорите на „ДЗИ“ ЕАД от 05.12.2001 г., изменени и допълнени 18.12.2006 г., в сила от 01.01.2007 г., изменени и допълнени 14.12.2012 г., в сила от 01.01.2013 г., изменени и допълнени 16.09.2013 г., в сила от 01.10.2013 г., изменени и допълнени 15.09.2014 г., в сила от 01.10.2014 г., изменени и допълнени 14.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г., изменени и допълнени 11.04.2016 г., в сила от 25.04.2016 г., изменени и допълнени 01.10.2018 г., в сила от 01.11.2018 г.

Дата:

За „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД:

(Име, фамилия, подпис)

Декларирам, че получих тези Общи условия подписани от „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Застраховател:

(Име, презиме, фамилия, подпис)





ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

Застраховки „Злополука и заболяване“ от „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД Ви осигуряват защита срещу събития в резултат на инцидент или болест, които могат да имат неблагоприятно въздействие върху Вашия живот и здраве.

Предлаганите продукти предоставят финансови средства, необходими за покриване на високите разходи, свързани с претърпяна злополука или заболяване. При настъпване на застрахователно събитие, ние ще изплатим суми в случай на временна неработоспособност, инвалидност или фатално събитие, престой в болница или претърпяна операция, както и ще възстановим направените от Вас медицински разходи.

Нашата основна цел е да осигурим защита от различни неблагоприятни събития, с помощта на нашите гъвкави покрития, обединени в различни продукти, от които можете да изберете най-подходящия за Вас, Вашите служители или близки, в зависимост от тяхната възраст, занимание или хоби - индивидуална или групова застраховка „Злополука“, „Злополука“ за спортисти, за учачи и деца от детски градини и ясли, както и Задължителна застраховка „Трудова злополука“. Можете да сключите застраховка за срок от 1 година или друг договорен срок, да изберете различни нива на защита - застрахователни суми и покрити рискове, в съответствие със сумата, която сте готови да отделите за застраховката. Начините за плащане на дължимата сума (застрахователна премия) също са гъвкави - еднократно или разсрочено на вноски.

Общите условия са неразделна част от застрахователния договор. Те определят застрахователните покрития, изключенията, условията за сключване, промяна и прекратяване, както правата и задълженията на страните по договора. Конкретните параметри на договора са описани в застрахователната полица.

При необходимост или при настъпване на застрахователно събитие Вие можете да се свържете с нас чрез нашия денонощен контактен център на тел.: 0700 16 166 или на електронна поща: clients@dzi.bg, както и да подадете претенция във всяко от нашите структурни звена или при нашите посредници.

Преддоговорна информация съгласно изискванията на Кодекса за застраховането

„ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД е застраховател със седалище в Република България и адрес на управление: София 1463, бул. „Витоша“ № 89 Б.

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка с претенции за изплащане на застрахователни обезщетения във всяко териториално поделение на Застрахователя (ЦУ, главна агенция, агенция, офис) в писмена форма или на имейл: clients@dzi.bg. Правилата на „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД за уреждане на претенции по чл. 104, ал. 1 от КЗ са публикувани на корпоративния сайт на дружеството: www.dzi.bg, в секция „Помощ при щета“.

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка със застрахователната дейност пред Комисията за финансов надзор и/или други компетентни държавни органи.

На територията на Република България споровете свързани с предоставянето на застрахователни услуги могат да бъдат разглеждани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове /АРС/ пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.

Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД е публикуван на корпоративния сайт на дружеството: www.dzi.bg, в секция „Корпоративна устойчивост“.

При продажба на застрахователните продукти възнаграждението за разпространителя се изплаща от „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД, както следва:

- Трудово възнаграждение по реда на КТ за служители на застрахователя, извършващи директни продажби;
- Комисионно възнаграждение за застрахователни посредници.

Независимо от естеството на възнаграждението, същото не променя размера на дължимата от потребителя застрахователна премия.

Приложимият закон спрямо застрахователния договор, сключен съгласно настоящите Общи условия, е българският закон ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ

ОБЩИ УСЛОВИЯ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

Редакция 7 от 30.07.2018 г. в сила от 17.09.2018 г.

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

1. По тези Общи условия „ДЗИ - ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост едно или повече физически лица със застрахователни покрития, съгласно Раздел II на Приложение 1 на Кодекса за застраховането.

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2. Застраховат се здрави лица на възраст от 16 до 69 години.

3. Не се застраховат лица:

3.1. с инвалидност над 50 %;

3.2. навършили 70 години;

3.3. малолетни или лица, поставени под запрещение, с покритие за случай на смърт.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)

4. Основни покрити рискове;

4.1. Смърт от злополука;

4.2. Инвалидност от злополука;

5. Допълнителни покрити рискове;

По желание на Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна премия, в застрахователните полици могат да се включат и следните допълнителни рискове:

5.1. Смърт;

5.2. Инвалидност;

5.3. Временна неработоспособност;

5.4. Медицински разходи;

5.5. Дневни пари за болничен престой;

5.6. Суми за оперативно лечение на органи и системи;

5.7. Разходи за медицинско транспортиране;

5.8. Разходи за репатриране;

5.9. Разходи за погребение;

5.10. Разходи за спасяване;

5.11. Разходи за транспортиране на тленни останки и/или погребение;

5.12. Фрактури и изгаряния.

6. По отношение на застрахователните събития, покритията може да са от:

6.1. злополука (трудова или битова)

6.2. общо, акутно или професионално заболяване;

7. Застрахователят има право да включва и други рискове.

Комбинацията от рискове, които конкретната застраховка покрива се посочват в застрахователната полица.

8. По покрити рискове вследствие злополука, Застрахователят е в отговорност за събития, настъпили на територията на Република България и чужбина, а по рискове вследствие общо, акутно или професионално заболяване, само на Република България.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

9. Застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в следните случаи:

9.1. Самоубийство или опит за самоубийство, и всякакви други умишлени действия на Застрахования, довели до телесни увреждания или смърт (с изключение на случаите при опит за спасяване на човешки живот);

9.2. Умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер;

9.3. Смъртта е настъпила, вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязала в сила присъда;

9.4. Война, военни действия, Граждански размирици или терористични актове;

9.5. Земетресения;

9.6. Радиоактивни аварии;

9.7. Употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинг и други психотропни вещества и породените от тях увреждания на здравето (включително злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания);

9.8. Температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар), доколкото не са наложени от овладяване на последиците от злополука;

9.9. Други събития, настъпили вследствие на умишлено предизвикано от Застрахования биване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;

9.10. СПИН;

9.11. Умишлени действия срещу застрахованото лице от страна на лице, което би имало права да получи застрахователно плащане;

9.12. Бременност - нормална и патологична, спонтанен и предизвикан аборт, стерилитет, раждане, както и породените от тях усложнения; освен ако е в причина връзка със злополука;

9.13. Заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката;

9.13.1. При групови договори за сметка на работодателя, подновени/сключени без прекъсване, отговорността на Застрахователя обхваща и заболявания, възникнали/диагностицирани по време на действието на предходните договори.

9.14. Неспазване на лекарските предписания за лечение; дните болничен отпуск не са ползвани реално;

9.15. Медицински разходи заплащани от НЗОК;

9.16. Закупуване на лекарства 7 дни след тяхното назначаване;

9.17. Разходи за консумативи, включително и медицински изделия, използвани за лапароскопски и артроскопски операции, остеосинтезни материали, импланти, изкуствени стави, вътрешни лещи;

9.18. Профилактика, балнеолечение и рехабилитационни услуги;

9.19. Събития, настъпили вследствие на упражняване на опасни спортни занимания или хобита: алпинизъм или скално катерене, лов, пещерно дело, безмоторно летене, дегтапанеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и др.

9.20. Пътувания с въздушен транспорт, когато не са изпълнени изискванията застрахованият да бъде редовен пътник с билет, на борда на лицензирана авиокомпания, извършваща редовни въздушни превози по установени маршрути или пътуване с чартърни въздухоплавателни средства на лицензирани въздушни превозвачи, оперирани от професионален екипаж между установени и поддържани летища.

10. При специално договаряне и платена допълнителна застрахователна премия, Застрахователят може да поеме отговорност за някои от рисковете по раздел IV.

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

11. Всяко лице, което желае да сключи индивидуална застраховка е необходимо да попълни и подпише, в присъствието на представител на Застрахователя, предложение за сключване на застраховката

12. Групова застраховка се сключва на група лица за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя, въз основа на попълнено предложение и/или с издаване на застрахователна полица.

12.1. Когато работодателят сключва за своя сметка застраховка на свои работници и/или служители в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласието на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква.

12.2. Застраховките се сключват с поименен списък (по списъчна форма), когато застраховката е:

а) с различна застрахователна сума за лицата в групата;

б) за сметка на застрахованите лица;

в) за сметка на работодателя и групата е до определена от Застрахователя численост;

г) за сметка на работодателя и не са обхванати всички лица от групата.

Списъкът се заверява от Застрахователя и Застрахователя, и става неразделна част от застрахователната полица.

13. При случаите на покрити рискове от общо или професионално заболяване при индивидуална застраховка и групи до 30 лица, кандидатите за застраховане попълват и лична декларация за здравословно състояние.

Личната декларация за здравословно състояние се проверява от доверен лекар на Застрахователя.

13.1. На база отговорите в личната декларация за здравословно състояние, довереният лекар дава писмена препоръка относно сключването на застраховката:

а) да се сключи при нормален риск;

б) посоченото заболяване да бъде изключено от покритието;

в) да се сключи с покритие само от злополука.

По своя преценка Застрахователят има право да изисква прилагане на списък, попълване на декларации за здравословно състояние и/или финансов въпросник и в други случаи.

14. Преди сключване на застрахователния договор кандидатът за застраховане е длъжен да отговори писмено на поставените му въпроси в Предложението и/или в други допълнителни документи. Отговорите на тези въпроси съдържат обстоятелствата, които са му известни и са от съществено значение за оценката на риска и условията, при които ще се сключи застраховката.

15. След сключване на застрахователния договор, Застрахованият е длъжен да съобщи на Застрахователя незабавно след узнването за всички промени в обстоятелствата, които е декларирал, които са възникнали по време на действието на договора или за които е узнал по време на действието на договора.

15.1. В случай на неизпълнение на тези задължения, Застрахователят може едностранно да прекрати договора или да предложи изменения в условията му, а при настъпване на застрахователно събитие да намали размера на застрахователното обезщетение или изцяло да откаже изплащането му.

16. Застрахованият е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, предоставени на Застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено извещение от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застрахования, последно обявен пред Застрахователя, се смята за връчено и получено от Застрахования с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

17. Застрахователният договор се сключва писмено, под формата на застрахователна полица или на друг писмен акт. Неразделна част от договора са настоящите Общи условия, предложението за сключване, както и личните здравни декларации и списъка на застрахованите лица. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, валиден е текстът на застрахователната полица.

VI. НАЧАЛО, СРОК, ПРОМЯНА И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

18. Застрахователният договор може да бъде сключен за определен или за неопределен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.

18.1. Началото и краят на срока се посочват в застрахователната полица.

19. Период на застрахователното покритие е периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката.

19.1. Периодът на застрахователно покритие започва от 00:00 часа на датата, посочена за начало в застрахователната полица и при условие, че застрахователната премия (или първата разсрочена вноса) е платена в уговорения срок и приключва в 24:00 часа на деня, посочен за край.

19.2. При групови застраховки, за новопостъпващите лица в групата на Застрахованите през времетраене на застраховката, отговорността на Застрахователя започва:

а) по груповите застраховки без поименен списък на Застрахованите - от 00:00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето на работа;

б) по груповите застраховки с поименен списък на Застрахованите - от 00:00 часа на деня, следващ датата, на която е издължена допълнителната премия и списъкът е актуализиран;

в) по груповите застраховки за сметка на работодателя с поименен списък на Застрахованите, ако новопостъпващият заема мястото на напуснал Застрахован - от 00:00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето, при условие, че списъкът е актуализиран;

20. По груповите застраховки за сметка на работодателя по средносписъчен състав, за напусналите групата на застрахованите лица, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24:00 часа на деня на напускането.

21. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия.

21.1. Застрахователният период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.

22. Застрахователната полица се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен за край на застраховката.

23. Срочен застрахователен договор може да бъде прекратен без неустойки или разходи от всяка от страните с едномесечно предизвестие, отправено до другата страна. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

24. В случай че застрахователният договор е сключен за неопределен срок, договорът може да се прекрати без неустойки или разходи от всяка от страните преди края на текущия застрахователен период. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

25. Действащ застрахователен договор може да бъде прекратен в следните случаи:

25.1. Едностранно от Застрахователя в случай, че застрахователният интерес отпадне - чрез подаване на писмено заявление до Застрахователя и декларация за липса на събития до този момент. В този случай застрахователната премия се приизчислява по прилаганата от Застрахователя краткосрочна тарифа и разликата се връща на Застрахования;

25.2. От Застрахователя - седем календарни дни след като Застрахованият е получил мотивирано писмено предизвестие от Застрахователя, в случаите когато:

а) Застрахованият/Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката. Последният може да я прекрати в едномесечен срок от узаването на обстоятелството, като задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора;

б) съзнателно обявеното неточно обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил застраховката, но при други условия, последният може да поиска изменението ѝ в едномесечен срок от узаване на обстоятелството. Ако Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, действието на застраховката се прекратява, а Застрахователят задържа платените премии;

в) неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение.

25.3. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

26. Ако при сключване на застраховката е имало обстоятелства, които не са били известни на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узаването им да предложи изменение на застраховката. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати застраховката, като писмено уведоми за това другата страна. Ако застраховката бъде прекратена, Застрахователят възстановява частта от премията, съответстваща на неизтеклия срок. При настъпване на събитие преди изменението или прекратяването на застраховката, Застрахователят дължи намалена застрахователна сума, пропорционална на платената премия (вноска).

27. Застрахованият има право да променя размера на застрахователната сума, покритите рискове, срока на застраховката или ползващото се лице. Промяната се извършва с издаване на анекс към полицата на основание на писмено искане на Застраховация. Когато Застрахован и Застрахован са различни лица, правото на промени по договора има Застрахованият или Застрахованият, със съгласието на Застраховация.

При увеличаване броя на застрахованите лица, включени в групова застраховка, Застрахованият е длъжен да уведоми за това Застрахователя. В този случай се сключва споразумение за промяна условията на застрахователната полица и се начислява допълнителна премия.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

28. Застрахователната сума се избира от Застраховация.

29. Размерът на минималната и максимална застрахователна сума се определя от Застрахователя.

30. Застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от покритите рискове, срока на застраховката, застрахователната сума, рисковия клас на Застрахования или групата Застраховани. При срок на застраховката по-малък от една година, се прилага краткосрочната тарифа на Застрахователя. Рисковият клас се

определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на Застрахования и характера на производството, в което участва.

31. Застрахователната премия се заплаща от Застраховация в лева еднократно при сключване на застраховката. По преценка на Застрахователя, застрахователната премия може да се разсрочи, като първата вноса се плаща при сключване на застраховката, освен ако е уговорено друго. Текущите вноски при разсрочено плащане се внасят в сроковете, уговорени в застрахователната полица. Застрахователната премия се заплаща по начин, посочен в застрахователната полица.

32. При неплащане на разсрочена вноса, Застрахователят може да прекрати застрахователната полица не по-рано от 15 дни от датата, на която сключи застраховката и е получил писмено предупреждение. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица Застрахователят е посочил, че ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на 15-дневния срок от датата на плащане на вноската.

33. В случаите когато застрахователната премия е разсрочена и настъпи застрахователно събитие преди застрахователната премия да е издължена изцяло, Застрахователят има право да:

а) удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане при индивидуални застраховки и групови застраховки за сметка на лицата;

б) редуцира плащането пропорционално на платената премия.

34. По искане на някоя от страните по груповите застрахователни договори, в края на застрахователната година застрахователната премия се приизчислява в зависимост от промените в числения състав на групата.

35. Ако през периода на действие на застрахователния договор застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска увеличение или намаление на застрахователната премия или да прекрати договора.

36. Ако застрахователната премия е определена в чужда валута, Застрахованият заплаща левовата ѝ равностойност по фиксинга на БНБ към датата на плащането, освен ако е уговорено друго.

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

A) ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

37. За изплащане на суми при отделните застрахователни случаи Застрахованият/ползващото лице трябва да представи следните документи:

37.1. При всяко събитие: писмена застрахователна претенция до Застрахователя (по образец), в която посочва пълни и точни данни за вжуда валута, Застрахованият заплаща левовата ѝ равностойност по фиксинга на БНБ към датата на плащането, освен ако е уговорено друго.

37.1.1. Застрахованият/ползващото лице уведомява Застрахователя за всяка промяна на банковата си сметка, преди да е извършено плащането на застрахователното обезщетение. Промяна на банковата сметка, която не е съобщена на Застрахователя изрично и писмено, не обвързва Застрахователя.

37.1.2. Непредставянето на банкова сметка от страна на Застрахованият/ползващото лице има последиците на забава на кредитора, като Застрахователят не дължи лихва върху застрахователното обезщетение.

37.2. При смърт на Застрахования - препис-извлечение от акта за смърт, съобщение за смърт, документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила смъртта на застрахованото лице; удостоверение за наследници - оригинал или копие;

37.3. При инвалидност:

а) от злополука - документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания и проведеното лечение; състоянието на уврежданията непосредствено преди освидетелстване от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК); решение на ЦЗМК;

б) от заболяване - Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК;

37.4. При временна неработоспособност:

а) от злополука - документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания и проведеното лечение; реално ползвани болнични листове за продължителността на временната неработоспособност, заверени от работодателя/служебна бележка от учебното заведение за отсъствие от всички учебни занятия; епикриза;

б) от заболяване - медицински документ, удостоверяващ загуба на работоспособност от заболяване; реално ползвани болнични листове за продължителността на временната неработоспособност, заверени от работодателя/служебна бележка от учебното заведение за отсъствие от всички учебни занятия; епикриза.

За лица, на които съгласно българското законодателство не се издава болничен лист, определянето на продължителността на временната неработоспособност се извършва от лекар-експерт на Застрахователя въз основа на всички представени медицински документи.

37.5. Медицински разходи - медицински документи, удостоверяващи извършените медицински услуги; оригинални фактури и фискални бонусе;

37.6. Дневни пари за болничен престой - Епикриза от болничното заведение, с което е удостоверява броят на дните на болничното лечение;

37.7. Суми за оперативна интервенция - Епикриза от здравно заведение, удостоверяваща оперативната интервенция;

37.8. Разходи за медицинско транспортиране - медицински документи, удостоверяващи необходимостта от медицинско транспортиране, придружаващ персонал, оригинални фактури и фискални бонусе.



37.9. Разходи за репатриране - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - оригинални фактури и фискални бонове или платежен документ при безкасово плащане;
37.10. Разходи за погребение - оригинални фактури и фискални бонове;
37.11. Разходи за спасяване - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - оригинални фактури и фискални бонове или платежен документ при безкасово плащане;
37.12. Разходи за транспортиране на тленни останки и/или погребение - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - оригинални фактури и фискални бонове или платежен документ при безкасово плащане.
37.13. Фрактури и изгаряния вследствие на злополука - документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания и проведеното лечение.
38. Ако представените документи при завеждането на преписката не са достатъчни, за да се докаже по безспорен начин застрахователното събитие и причинените от него увреждания, Застрахователят има право да изиска да се представят допълнителни доказателства.
39. Уведомяването за необходимостта от представяне на допълнителни доказателства е най-късно 45 дни от датата на завеждане на преписката.
40. Когато необходимите доказателства по предявена пред Застрахователя претенция се съхраняват от държавни органи и от трети лица (органите на МВР, разследващи, съдебни и други държавни органи, лечебни и здравни заведения, личен лекар) Застрахователят има право да ги изиска - чрез правосъдното лице или директно, дори и когато представляват защитена от закона тайна, по начина определен от Кодекса за застраховането.

Б/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, СРОК ЗА ПЛАЩАНЕ И НАЧИН ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ.

Застрахователят се задължава да извърши плащания по условията на застрахователния договор, както следва:

41. Смърт на Застрахования, настъпила през срока на застраховката - на ползващите лица се изплаща застрахователната сума.
41.1. При смърт от злополука се изплаща договорената в застрахователната полица сума, ако смъртта е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и е в причинна връзка със злополуката;
41.2. При смърт на Застрахования от професионално заболяване в срока на застраховката, Застрахователят изплаща застрахователната сума, посочена в полицата, ако професионалното заболяване е диагностицирано и признато като такова в застрахователната година;
41.3. При изплащане на сума за смърт от злополука или професионално заболяване, от сумата се приспадат по-рано изплатените суми за инвалидност, във връзка със същото застрахователно събитие;
42. При инвалидност от злополука - на Застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента инвалидност;
42.1. Процентът инвалидност се определя от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК) на „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД, въз основа на следните нормативни документи, налични на интернет сайта на Застрахователя www.dzi.bg:

- ИНСТРУКЦИЯ за застрахователно-медицинска експертиза на инвалидност (трайната неработоспособност) на пострадали при злополука лица;
- УКАЗАНИЯ за прилагане на Скалата за травматичните болести и увреди, при които се определя процент инвалидност (трайна неработоспособност) от злополука;
- СКАЛА на травматичните болести и увреди, при които се определя процент инвалидност (трайна неработоспособност) вследствие злополука.

42.2. Пострадалото лице се освидетелства от ЦЗМК след приключване на лечението и пълното стабилизиране на травматичните увреждания, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката;

42.3. При травматична ампутация на крайници и при загуба на очи освидетелстването може да се извърши веднага след приключване на лечението, без да се изчака да изминат три месеца от датата на злополуката. Това не се отнася за комбинирани травми, при които освен ампутация, лицето има и други увреждания;

42.4. Ако лечението не е завършило и уврежданията не са стабилизиращи една година след датата на злополуката, ЦЗМК преценява състоянието на пострадалото лице към края на едногодишния период от злополуката и определя окончателния процент инвалидност. Това изрично се записва в Решението на ЦЗМК;

42.5. Застрахователят не носи отговорност за усложнения в здравословното състояние на Застрахования, настъпили след една година от датата на злополуката;

42.6. При тежки увреждания пострадалото лице може да се освидетелства преди окончателното приключване на лечението и стабилизиране на уврежданията, но не по-рано от три месеца от датата на злополуката. ЦЗМК определя предварителен процент инвалидност, който следва да отразява предполагаемото обективно състояние на пострадалия към края на едногодишния период от датата на злополуката. Изплаща се авансово 75% от очакваното плащане, съобразно предварителния процент. Пострадалото лице задължително се преосвидетелства, за да се определи окончателният процент инвалидност, въз основа на който се определя дължимата сума и се доплаща разликата;

42.7. Ако при злополука са засегнати органи, които са били увредени от предишна злополука, се определя редуциран процент на инвалидност. Прилага се методът на последователно и пропорционално сумиране, като се вземе предвид определения

травматични увреждания;

42.8. Суми за инвалидност от злополука се изплащат, ако тя е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и е в причинна връзка със злополуката;

43. При инвалидност от общо или професионално заболяване - на Застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента инвалидност;

43.1. Процентът на инвалидност от общо или професионално заболяване се определя от Застрахователя, въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, което се преценява в съкупност с всички представени медицински документи;

43.2. Застрахователят изплаща суми за инвалидност от общо или професионално заболяване само за първо решение на ТЕЛК/НЕЛК в срока на застраховката.

44. Временна неработоспособност от злополука, общо или професионално заболяване - на Застрахования се изплаща процент от посочената в застрахователната полица сума или фиксирана сума, в зависимост от продължителността на временната неработоспособност.

44.1. Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от злополука, ако временната неработоспособност е настъпила за първи път до един месец от датата на злополуката и повторно до три месеца от тази дата;

44.2. Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от общо, акутно или професионално заболяване, диагностицирано и регистрирано в рамките на застрахователната година;

44.3. Началото на първичния болничен лист, трябва да бъде в рамките на застрахователната година. Следващите болнични листове трябва да са издадени в продължение на първичния и да са без прекъсване.

45. Медицински разходи - на Застрахования се възстановяват реално направени разходи за извънболнично (амбулаторно) и болнично (стационарно) лечение до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума според условията на застрахователната полица.

46. Дневни пари за болничен престой - на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума или фиксирана сума за всеки ден престой в болница. Покрива се болничен престой (хоспитализацията) минимум 24 часа по лекарско направление за извършване на неотложно изследване, наблюдение и лечение. Сумите се изплащат независимо от проведеното лечение (платено или безплатно) и разходите, свързани с него.

47. Суми за оперативно лечение на органи и системи - на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента, определен за извършената операция в Хирургическата таблица на Застрахователя. Застрахователят изплаща процент от застрахователната сума за всяка операция, извършена през срока на застраховката. Общата сума на плащанията за всички извършени операции през една застрахователна година е до размера на застрахователната сума.

48. Разходи за медицинско транспортиране - на Застрахования се възстановяват реално направени разходи за специализиран транспорт и придружаващ медицински персонал, до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума според условията на застрахователната полица.

49. Разходи за репатриране - на Застрахования се възстановяват реално направени разходи за специализиран транспорт и придружаващ медицински персонал, до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума, според условията на застрахователната полица. Здравословното състояние на Застрахования, налагащо репатрирането му и необходимостта от придружител се определят въз основа на писмено становище от лицензирано здравно заведение, провело лечението.

50. Разходи за погребение - изплащат се действително направените разходи в рамките на определен лимит до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума, според условията на застрахователната полица.

51. Разходи за спасяване - изплащат се действително направените разходи в рамките на определен лимит до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума, според условията на застрахователната полица.

52. Разходи за транспортиране на тленни останки и/или погребение - изплащат се действително направените разходи в рамките на определен лимит до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума, според условията на застрахователната полица.

53. Фрактури и изгаряния вследствие на злополука - на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента, посочен в Таблиците на обезщетенията при Фрактури и Изгаряния на Застрахователя, налични на интернет сайта на Застрахователя www.dzi.bg.

53.1. Не се изплащат обезщетения във връзка с остеопороза или Патологична фрактура, ако остеопорозата или друга болест на костите е била диагностицирана преди датата на влизане в сила на застрахователното покритие.

Патологична фрактура означава фрактура на място, където дадено заболяване е причинило предварително промени на костната структура.

54. Застрахователят изплаща дължимите суми не по-късно от 15 работни дни след представянето на всички поискани документи. В същия срок правосъдното лице се уведомява писмено, ако се отказва плащане по предявената от него претенция или ако одобрената за изплащане сума е по-малка от претендираната. В писмото подробно се излагат мотивите за отказа, съответно за редуцираното плащане.

55. Дължимата сума се изплаща с банков превод. Сумите се изплащат в български лева. Ако застрахователната сума е договорена в чуждестранна валута, Застрахователят заплаща левовата ѝ равностойност по фиксинга на БНБ към датата на плащането.

56. При жалба от правосъдното лице, свързана с произнасянето по предявена претенция Застрахователят е длъжен в 7-дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението.

IX. ЖАЛБИ

57. Политиката на „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД за управление на жалбите се определя от „Правила за обработка на жалби от клиенти“, одобрени от Управителния съвет на дружеството.

58. Ползвателите на застрахователни услуги от „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД могат да подават жалби на всеки етап от обслужването им:

- на телефона на Денонощния контактен център на „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД: 0700 16 166

- във всяко структурно звено „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД (ЦУ, гл. агенция, агенция и/или офис) в писмен вид.

- на официалния имейл на „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД: clients@dzi.bg.

59. При подаването на жалбата се поставя входящ номер, който се предоставя на ползвателя на застрахователни услуги по удобен за него начин. От подателя се изисква да посочи актуален адрес (и/или e-mail) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя.

60. Писмен отговор по жалба или възражение, които не са свързани с произнасянето по предявена претенция, се изпраща на ползвателя на застрахователни услуги в срок до 1 месец от датата на подаване. В случай на забавяне клиентът се информира надлежно в посочените срокове.

61. При отказ да се уважи жалбата, Застрахователят излага мотивите си за отказ, като посочва възможностите на жалбоподателя да потърси защита на правата си пред Комисията за финансов надзор, както и пред други компетентни институции.

X. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

62. Договорните отношения между Застрахователя, застрахованите лица и Застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите и Търговския закон.

63. Застрахователят е длъжен да предостави писмено на застрахованите лица цялата информация, която е получил от Застрахователя относно сключения договор за застраховка, в това число общите условия или застрахователния договор, ако той не е сключен при общи условия. Информацията включва данни за Застрахователя, предмета на застраховката, застрахователната сума, срока на застраховката, третите ползватели се лица и процедурата, която се прилага в случай на застрахователно събитие. Информацията или бъдещи промени в нея се предоставя до 15-то число на месеца, следващ месеца на сключването на застраховка по изречение първо, съответно на промените в нея.

64. Споровете, възникнали във връзка със застрахователното правоотношение се разрешават по доброволен ред, а при непостигане на споразумение - от компетентен български съд.

65. Правата по застрахователната полица се погасяват по давност с изтичане на пет години от настъпване на застрахователното събитие.

XI. ДЕФИНИЦИИ

По смисъла на тези Общи условия:

ЗАСТРАХОВАТЕЛ - „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД.

ЗАСТРАХОВАЩ - лице, което е страна по застрахователния договор. Застрахователят може при условията на застрахователния договор да бъде и Застрахован или трето ползващо се лице.

ЗАСТРАХОВАН - лицето, чиито нематериални блага са предмет на застрахователна защита по застрахователния договор. Застрахованият е винаги физическо лице.

Застрахователят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.

ГРУПА е предварително формирана, с незастрахователни цели, общност от две и повече лица, чийто брой е определен или определяем.

ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ е друго лице, посочено от Застрахователя имащо право да получи договореното застрахователно плащане или определена сума при настъпване на застрахователно събитие.

Застрахователят и Ползващото лице могат да бъдат физически или юридически лица. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е настъпването на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА (лимит на отговорност) е договорената и посочена в застрахователната полица парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования или Ползващото се лице.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ е еднократната или месечна/годишна сума, която Застрахователят дължи на Застрахователя срещу поетите от последния задължения по застрахователната полица.

ЗЛОПОЛУКА е всяко събитие, довело до смърт или телесно увреждане на застрахованото лице в резултат на непредвидени и внезапни въздействия от външен произход, които застрахованото лице не си е причинило умислено. Непредвидимостта се предполага до доказване на противното.

НЕ СЕ СЧИТАТ ЗА ЗЛОПОЛУКА последиците, настъпили в резултат на или вследствие от:

- а) професионални заболявания;
- б) доказани налични заболявания или внезапни настъпили болестни състояния, телесни или психични;
- в) телесно увреждане, причинено от температурни влияния (измръзване, стънчево изгаряне, стънчев или топлинен удар), освен в случаите при овладяване на последиците от злополука;
- г) медицински манипулации (вкл. инжекции, имунизации, ваксинации), интервенции, операции, общи и локални анестезии, химиотерапия, лъчетерапия и други лечебни процедури както и увреждания на здравето вследствие провежданото лечение;

д) употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимуланти, допинги и други психотропни вещества;

е) заболявания, които са в причинно-следствена връзка със злополука.

ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА е злополука, настъпила през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието. За трудова се признава и злополука, настъпила по време на обичайния път при отиване или връщане от работното място до: основното място на живеене; мястото, където Застрахованият се храни през работния ден; мястото за получаване на възнаграждение.

БИТОВА ЗЛОПОЛУКА е злополука, която не се включва в определеното за трудова злополука.

ПЪТНО-ТРАНСПОРТНО ПРОИЗШЕСТВИЕ - Злополука, която е настъпила във връзка или с участието на моторно превозно средство (като се имат предвид изключенията по Полицата) и която е причинила смъртта или Телесна повреда на Застрахованото лице, независимо дали същото е било водач, пътник или пешеходец.

ИЗГАРЯНЕ означава разрушаване целостта на кожата, причинено от контакт с източници на топлинна енергия, химически вещества, електричество или вещества причиняващи ниски температури.

ФРАКТУРА означава всяка медицински установима травматична увреда на целостта на костта в резултат на Злополука.

ТЕРОРИЗЪМ - акт на тероризъм е използването на сила или насилие и/или заплаха от това върху човек или групи от хора, независимо дали се действа самостоятелно или от името на организация или правителство, обвързано с политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включително с намерение за въздействие върху всяко управление и/или да се постави обществото или част от него в страх.

ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

ИНВАЛИДНОСТ (ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ИЛИ ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ)

- **трайна неработоспособност** е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване

- **вид и степен на увреждане** е състояние на хронично травматично или нетравматично увреждане (болест), при които лицето в нетрудоспособна възраст е с траен функционален дефицит на съответен уреден орган или система.

ПЪЛНА ИНВАЛИДНОСТ е състояние на 100% инвалидност (трайна неработоспособност или вид и степен на увреждане).

ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, общо, професионално, инфекциозно или акутно заболяване, в резултат на която Застрахованият реално ползва отпуск по болест/отсъства от учебни занятия.

Временна неработоспособност за учащи е невъзможност за посещение на занятията в учебни и детски заведения. Застрахователят не изплаща обезщетение за временна неработоспособност за злополука или инфекциозно заболяване, настъпили по време на лятна училищна ваканция.

ЗАБОЛЯВАНЕ е съвкупността от субективни оплаквания и клинични прояви на структурни и функционални увреждания на организма, диагностицирани в здравно заведение и регистрирани в официален медицински документ.

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

ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ е болест, настъпила изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес и която диагностичната лекарска комисия е определила с Протокол за професионално заболяване, отговарящо на изискванияте се критерии.

АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване с остро начало и прогресивен ход, изискващо спешно изследване и лечение, поради болковия му характер и прякото застрашаване живота на болния.

По смисъла на тези Общи условия, акутни заболявания са: белодробна емболия, спонтанен пневмоторакс, пресен инфаркт на миокарда, остри ритмични и проводни нарушения на сърцето (доказани с ЕКГ запис), перфорация на дуоденална или стомашна язва, остър панкреатит, мезентериална тромбоза, обтурационен илеус, волюлуз, остър апендицит, остър перитонит, остра бъбречна колика, остра жлъчна колика, остър кръвоизлив от органи на храносмилателния тракт (без устна кухина и хемороидален плексус), анурия, макрохематурия, пресен искимичен или хеморагичен мозъчен инсулт, нетравматична (спонтанна) субарахноидална хеморагия, остър енцефалит или менингит (бактериален, вирусен), руптура на аортна аневризма, остър гноен отит, отлепване на ретината.

ИНФЕКЦИОЗНО ЗАБОЛЯВАНЕ - по смисъла на тези Общи условия, инфекциозни заболявания са: епидемичен (менингококов) менингит, първични енцефалити, морбили, рубеола, епидемичен паротит (заушка), скарлатина, вирусен хепатит - трите типа, инфекциозна мононуклеоза, дифтерия, коремна тиф, тифус, салмонелоза, дизентерия, холера, малария, токсоплазмоза, лициманиоза, амблиаза, амебиаза, трихинелоза, тении, ехинококози.

МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ са разходи за яргеледи, изследвания, оперативно, медикаментозно и физиотерапевтично, психическо или болнично лечение, които процес. При разходи за медикаменти, предписанието им. Разходи за медикаменти възстановяват само след представяне на реал

МЕДИКАМЕНТ/ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ е всеки краен продукт, който представлява вещество или комбинация от вещества, предназначени за лечение по лекарско предписание на заболявания при хора, произведени или допуснати официално за внос в Република България и регистрирани в ИАЛ по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

По смисъла на тези общи условия не са лекарства: всички билки, синтезираните билкови препарати, витамините и хомеопатичните средства, имуностимулаторите, препаратите с превантивно действие, хранителните добавки, противозачатъчните средства, когато водещото е контрацептивното им действие, специализираните храни, биостимулаторите, ваксините, слабителните средства и медицинската косметика.

Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица.

ДНЕВНИ ПАРИ ЗА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ е предварително договорена сума, която се изплаща на Застрахования за всеки ден от престоя му в болница.

СУМИ ЗА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОРГАНИ И СИСТЕМИ е определен процент от застрахователната сума, равен на процента определен в Хирургическата таблица на „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД за извършената операция.

РАЗХОДИ ЗА МЕДИЦИНСКО ТРАНСПОРТИРАНЕ включват извършените разходи от Застрахования за специализиран медицински транспорт и придружаващия медицински персонал, ако това е необходимо от медицинска гледна точка.

РАЗХОДИ ЗА ПОГРЕБЕНИЕ включват извършените разходи за: тоалет и обработка на тялото; съхранение в хладилни камери; аксесоари - драперия, кръст, некролози и др.; транспорт от местоживеенето до обредния дом; опело и свещеник; кремиране, погребение.

РАЗХОДИ ЗА СПАСЯВАНЕ включват разходи за спасяване и транспортиране на Застрахования до най-близкото лечебно заведение на територията на Република България.

ЕПИКРИЗА е официален медицински документ, който се издава задължително на пациента след проведено стационарно лечение в лицензирано здравно заведение.

Етапната епикриза като документ, не е епикриза по това определение.

ДОВЕРЕН ЛЕКАР е медицинско лице, притежаващо необходимата квалификация и назначено от Застрахователя.

РЕАЛНО ПОЛЗВАН БОЛНИЧЕН ЛИСТ е болничен лист, издаден по установения ред и представен пред работодателя, съгласно Наредбата за медицинската експертиза.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД на 19.12.2006 г., в сила от 01.01.2007 г., изменени и допълнени февруари, юни и 16 септември 2013, в сила от 01.10.2013 г., изменени и допълнени на 15.09.2014 г., в сила от 01.10.2014 г., изменени и допълнени на 10.08.2015 г., в сила от 07.09.2015 г., изменени и допълнени на 29.08.2016 г., в сила от 01.09.2016 г., изменени и допълнени на 30.07.2018 г., в сила от 17.09.2018 г.

Дата:

За „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД:

(Име, фамилия, подпис)

Декларирам, че получих тези Общи условия подписани от „ДЗИ - Общо застраховане“ ЕАД, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Застраховател:

(Име, презиме, фамилия, подпис)

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „ОСОБЕНО ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“

Допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“ се сключва към основното покритие на застраховки „Живот“.

Допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“ се сключва съгласно Общите условия на застраховки „Живот“ и следните Специални условия:

ЗАСТРАХОВАТ СЕ здрави лица на възраст от 16 до 60 години, при условие, в края на срока възрастта им да не надвишава 65 години.

НЕ СЕ ЗАСТРАХОВАТ ЛИЦА:

- с инвалидност над 50%;
- чиято възраст при сключване надвишава 55 години;
- посочили в личните си здравни декларации тежко заболяване, симптоми или съмнения за него, както и с установени при прегледа предходни или настоящи и гранични страдания.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА СУМА е избираема и може да бъде 50%, 100%, 150% или 200% от застрахователната сума по Основното покритие.

ПОКРИТИ РИСКОВЕ И ОТГОВОРНОСТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

По този допълнителен пакет Застрахователят покрива риска: диагностициране на заболяване, включено в следния списък на 17 „Особено тежки заболявания“, възникнало за пръв път през срока на договора.

- Рак;
- Аорто-коронарен бай-пас;
- Инфаркт на миокарда;
- Хронична бъбречна недостатъчност (ХБН);
- Трансплантация на основни органи;
- Мозъчен инсулт;
- Доброкачествени мозъчни тумори;
- Загуба на зрението(слепота);
- Терминална (крайна) чернодробна недостатъчност;
- Кома;
- Загуба на слуха(глухота);
- Загуба на говор(афония);
- Значителни или тежки изгаряния;
- Латерална амиотрофична склероза (възраст под 60 години);
- Множествена склероза;
- Прогресивна мускулна дистрофия;
- Парализа.

Дефинициите на заболяванията са посочени в Списъка с особено тежките заболявания, нераз-



гелна част от настоящите Специални условия.

Застрахователят изплаща застрахователната сума по допълнителното покритие, при условие че през срока на договора се диагностицира за първи път заболяване, дефинирано като „особено тежко заболяване“, съгласно Списъка на „Особено тежки заболявания“ към настоящите Специални условия.

Не се изплащат суми по допълнителния пакет „Особено тежки заболявания“ в следните случаи:

- Диагнозата на особено тежкото заболяване е през първите 6 (шест) месеца от началото на Допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“ (изчаквателен период).
- При смърт на застрахования преди края на отлагателния период от 1 (един) месец след датата на диагностициране на заболяването.

Максималното плащане по допълнителния пакет „Особено тежки заболявания“ е ограничено до размера на застрахователната сума по пакета.

СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА - от 5 до 20 години и се определя така, че при изтичането му възрастта на Застрахования да не надвишава 65г.

НАЧАЛО НА ЗАСТРАХОВКАТА - отговорността на Застрахователя започва от 00.00 часа на деня, следващ края на изчаквателния период от 6 (шест) месеца от началото на Допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“.

КРАЙ НА ЗАСТРАХОВКАТА - 24.00 часа на деня, посочен в застрахователната полица за край на застраховката.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1. Размерът на застрахователната премия по допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“ зависи от:

- Срока на застраховката;
- Възрастта на Застрахования;
- Размера на застрахователната сума;
- Здравословното състояние на Застрахования.

2. Застрахователната премия може да се плати на годишни, шестмесечни, тримесечни или месечни вноски. Разсрочените вноски се предплащат в началото на всеки период.

3. В случай на диагностициране на „Особено тежко заболяване“ се прекратява плащането на застрахователните премии, дължими по това покритие, но задължението на Застрахования да плаща премии по основната застраховка остава в сила.

4. В случай на диагностициране на „Особено тежко заболяване“ или смърт се:

- удържат неплатените месечни или тримесечни вноски по допълнителния пакет до края на застрахователната година, ако има такива.
- връщат предплатените годишни премии - при платена еднократна вноска.

Застрахователят си запазва правото на промяна на тарифите от следващата застрахователна година след писмено уведомление до Застрахования.

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ПАКЕТ „ОСОБЕНО ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“ се сключва след попълване на специална Здравна декларация за допълнителното покритие „Особено тежки заболявания“, както и всички необходими документи и процедури, изисквани от Застрахователя, съгласно

Подписваческите правила за оценка на риска на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД.

ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

- при навършване на 65 години от застрахованото лице;
- вследствие на трансформация на основната застраховка в изплатена полица, като плащането на премията по допълнителния пакет се прекратява.
- при заявено писмено желание от страна на Застрахователя и при одобрение от страна на Застрахователя, считано от следващия годишен падеж.

ПРАВО НА ПРОМЯНА (ЗАМЯНА) И ОТКУП

Промяна на параметрите по допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“ се извършва вследствие на промяна по основната застраховка.

Застрахователят не изплаща откупна стойност по допълнителен пакет „Особено тежки заболявания“.



СПИСЪК НА ОСОБЕНО ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

**Дефиниции на особено тежките заболявания,
предлагани като допълнително покритие към застраховки „Живот“**

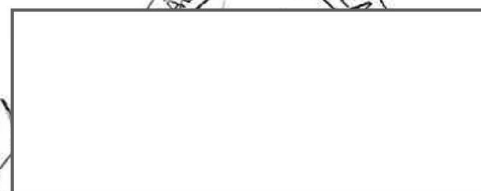
Особено тежко заболяване	Дефиниция
1. Рак	Заболяване, при което се установява наличие на туморно образувание, характеризиращо се с неконтролируем растеж и разпространение на злокачествени клетки и инвазия на тъкани. Диагнозата се доказва хистологично. За раково заболяване се приемат и злокачествените заболявания на кръвта (левкози) и на лимфната система (болест на Ходжкин и Неходжкинови лимфоми). Изключени от покритие са: - Интраепителна неоплазия на маточната шийка; - Всеки премалигенен тумор (преканцероза); - Всеки неинвазивен рак (Ca in situ); - Рак на простатната жлеза в стадий 1 (T1a, 1b, 1c); - Базоцелуларни и плоскоцелуларни карциноми; - Малигенен меланом в стадий IA (T1a NO MO); - Всеки злокачествен тумор при HIV (СПИН) инфекция.
2. Аорто-коронарен бай-пас	Реална операция при отворен гръден кош (стернотомия), с цел коригиране на една или повече коронарни артерии, чрез коронаро-артериален бай-пас (CABG). Необходимостта от тази операция трябва да бъде доказана ангиографски. Изключени от покритие са: Неинвазивни методи като: - лазерна ангиопластика; - балонна ангиопластика; - поставяне на интракоронарен стент - всички други интраартериални манипулации, неизискващи отваряне на гръдния кош (стернотомия)
3. Инфаркт на миокарда	„Смърт“ (некроза) на част от клетките на сърдечния мускул в резултат на недостатъчно кръвоснабдяване на същата. Диагнозата се доказва чрез всеки един от следните критерии: - типични клинични симптоми (напр. типична болка в гръдите, колапс и т.н.); - характерни новопоявили се промени в ЕКГ; - повишени специфични ензими (напр. КК-MB и/или тропонин). Диагнозата следва да бъде поставена от специалист кардиолог. Изключени от покритие са: - миокарден инфаркт без ST елевация в ЕКГ, с повишени ензими (т.н. non-STEMI); - други остри коронарни синдроми без промените в ЕКГ след 24-тия час.
4. Хронична бъбречна недостатъчност (ХБН)	Терминална (крайна) фаза на хронична бъбречна недостатъчност, вследствие на бъбречно заболяване, изискваща постоянна хемодиализа, перитонеална диализа или бъбречна трансплантация. Диагнозата следва да бъде поставена от специалист нефролог.
5. Трансплантация на основни органи	Реално извършена трансплантация на реципиента (приемателя) на голям орган - сърце, бял дроб, черен дроб, панкреас, тънки черва, бъбрек или костен мозък. Покрива се и включването на осигурения в официалната национална листа на чакащите за трансплантация. Изключени от покритие: Трансплантация на Лангерхансови острови на панкреаса.
6. Мозъчен инсулт	Всеки мозъчно-съдов инцидент с наличие на огнищна неврологична симптоматика (неврологичен дефицит) с продължителност повече от 24 часа, дължащ се на мозъчна исхемия или мозъчен кръвоизлив. Диагнозата трябва да бъде доказана клинично и чрез образна диагностика (КТ и/или МРТ на мозъка). Продължителността на неврологичния дефицит е необходимо да бъде най-малко 3 месеца, което се доказва със съответни медицински документи от специалист невролог. Изключени от покритието са: - Преходни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение - транзиторни исхемични атаки (ТИА) с обратим неврологичен дефицит до 24 часа от инцидента; - Травматични увреждания на мозъка (мозъчни контузии и кръвоизливи); - Огнищни неврологични симптоми, дължащи се на други неврологични заболявания; - Лакунарни инсулти без неврологичен дефицит.
7. Доброкачествени мозъчни тумори	Доброкачествени туморни образувания на мозъчната тъкан и менингите, водещи до постоянна изразена неврологична симптоматика. Туморът следва да бъде доказан с КТ и/или МРТ. Изключени от покритието са: - тумори на пинеалната жлеза - кисти - грануломи - хематоми и тумори на периферните нерви (напр. неврином на акустичен ганглий) - съдови малформации на церебралните артерии или вени - съдови или други малформации в или извън главния и

8. Слепота (загуба на зрението)	Пълна, трайна и необратима (нелечима) загуба на зрение и на двете очи в следствие на заболяване или злополука (травма), настъпила поне 6 месеца след началото на събитието и потвърдена от специалист офталмолог.
9. Терминална (крайна) чернодробна недостатъчност	Пълна и необратима загуба на чернодробна функция, настъпила като последица от цироза на черния дроб. Състоянието следва да бъде диагностицирано от специалист гастроентеролог. Клиничните прояви на чернодробната цироза са: - Постоянна жълтеница - Асцит - Чернодробна енцефалопатия - Наличие на чернодробна фиброза доказана с биопсия или неинвазивен тест, когато биопсията е противопоказана. Изключени от покритието са: Чернодробна недостатъчност, настъпила като последица от алкохолна болест или хронични токсични въздействия (лекарства, наркотични вещества и т.н.)
10. Кома	Състояние на пълна загуба на съзнание, характеризираща се с отпадане на отговор към всяко вътрешно или външно дразнене, с продължителност повече от 96 часа, водеща до разстройство на мозъчната функция с последващ временен (обратим) или постоянен (необратим) неврологичен дефицит. По време на кома може да настъпят обратими или необратими промени на жизненоважни за организма функции. Наличието и степента на мозъчен дефицит се определя от специалист невролог в първите 3 месеца от настъпване на увреждането. Изключени от покритието са: - Вторична кома при алкохолна злоупотреба или злоупотреба с упойващи вещества и лекарства - Кома, причинена или провокирана от лечебни манипулации или терапевтични вмешательства
11. Глухота (загуба на слуха)	Пълна, трайна и необратима (нелечима) загуба на слуха и на двете уши вследствие на злополука (травма) или заболяване. Диагнозата трябва да бъде потвърдена от специалист УНГ чрез аудиометрични и други инструментални изследвания
12. Афония (загуба на говор)	Пълна, трайна и необратима загуба на говора вследствие на злополука или заболяване на говорния апарат (гласни връзки и ларинкс). Диагнозата трябва да бъде потвърдена от специалист УНГ след минимум шестмесечно непрекъснато лечение
13. Значителни или тежки изгаряния	Трета степен изгаряне на площ не по-малко от 20% от телесната повърхност. Диагнозата следва да бъде поставена в клинични условия
14. Латерална амиотрофична склероза (възраст под 60 години)	Латералната амиотрофична склероза (ЛАС) се характеризира с постоянно прогресивно влошаваща се функция на моторните неврони на главния мозък, продълговатия мозък и гръбначния мозък, водещи до мускулна слабост и загуба на двигателна функция на мускулатурата. Диагнозата се поставя от специалист невролог чрез пълно клинично и инструментално изследване на двигателната функция и мускулната активност.
15. Множествена склероза	Множествената склероза е хронично прогресиращо заболяване на нервната система, изразяващо се в демиелинизация и увреждане на моторната и сензорна функции, водещи до разнообразни, персистиращи неврологични отклонения и съпътстващи нарушения във функцията на други органи. Характеризира се с разнообразни форми на проявление, които се доказват в болнични условия чрез клинични, и модерни лабораторни и образни (МРТ) изследвания. Диагнозата трябва да бъде доказана по безспорен начин от специалист невролог. Застрахованият трябва да бъде с резултат > 5 по EDSS и продължителност на неврологичната симптоматика не по-малко от 6 месеца.
16. Прогресивна мускулна дистрофия	Прогресивната мускулна дистрофия е вродено заболяване, изразяващо се клинично с мускулна слабост и атрофия на мускулатурата. Диагнозата следва да е поставена от специалист невролог. Изплащането на изкове се извършва когато в резултат на заболяването застрахованият не може да извършва без чужда помощ три или повече от обичайните ежедневни нужди според ADL класификацията: Къпане: Възможност за къпане в банята (във вана или вземане на душ) или къпане с други средства. Обличане: възможност за обличане, събличане, разкопчаване и закопчаване на дрехите, развързване и завързване на съответни допълнения като презрамки, тиранти, колани (включително и възможността за обслужване на различни видове протези и други медицински приспособления и изделия). Хранене: Възможността за самостоятелно хранене при предварително приготвена и поднесена храна. Тоалет: възможност за самостоятелен тоалет при ползване на тоалетна (или изпразване на уринаторна торбичка, тоалет при постоянен анус претер и обслужване на други назначени медицински приспособления или изделия). Придвижване: възможност за самостоятелно придвижване в дома от помещение в помещение на ниво на един етаж. Преместване: възможност за преместване от леглото върху тоалетен стол или инвалидна количка и обратно.
17. Парализа	Пълна и необратима (нелечима) загуба на двигателна дейност на два или повече крайника вследствие злополука (травма) или заболяване на гръбначния мозък. Следва да бъде доказано от специалист невролог със съответната медицинска документация най-малко 6 месеца след настъпване на събитието. Изключени от покритието са: Парализа, дължаща се на Синдрома на Гилен-Баре (Guillain-Barre)

СХЕМА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА ПРИ ФРАКТУРИ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗЛОПОЛУКА
в % от застрахователната сума по покритието

ВИДОВЕ ФРАКТУРИ	%
ФРАКТУРИ НА ХЪЛБОК ИЛИ ТАЗ (С ИЗКЛЮЧЕНИЕ НА БЕДРО ИЛИ ОПАШНА КОСТ):	
Множествени фрактури (най-малко една сложна и една пълна)	100
Всички останали сложни фрактури	50
Множествени фрактури с поне една сложна	30
Обикновена фрактура	15
ФРАКТУРИ НА БЕДРО:	
Множествени фрактури (най-малко една сложна и една пълна)	50
Всички останали сложни фрактури	40
Множествени фрактури с поне една сложна	30
Обикновена фрактура	15
ФРАКТУРИ НА СТЬПАЛО, ГЛЕЗЕН, ЛАКЪТ, МИШНИЦА ИЛИ ПРЕДМИШНИЦА (ВКЛЮЧИТЕЛНО НА КИТКА, НО С ИЗКЛЮЧЕНИЕ НА ФРАКТУРА НА КОЛЕС):	
Множествени фрактури (най-малко една сложна и една пълна)	40
Всички останали сложни фрактури	30
Множествени фрактури с поне една сложна	20
Обикновена фрактура, различна от фрактура на пръст (на крак или ръка)	10
ФРАКТУРИ НА МАНДИБУЛА:	
Множествени фрактури (най-малко една сложна и една пълна)	30
Всички останали сложни фрактури	20
Множествени фрактури с поне една сложна	16
Обикновена фрактура	8
ФРАКТУРИ НА ЛЪЧЕВА КОСТ, ЛОПАТКА, ГРЪДНА КОСТ, МЕТАКАРПАЛНИ И МЕТАТАРЗАЛНИ КОСТИ:	
Всички сложни фрактури	20
Обикновена фрактура	10
ФРАКТУРИ НА КОЛЕС, СМИТ, БАРТОН И Т.Н. НА ПРЕДМИШНИЦА:	
Всички сложни фрактури	20
Обикновена фрактура	10
ФРАКТУРИ НА ГРЪБНАЧЕН СТЬЛБ (НА ПРЕШЛЕНИ, НО БЕЗ ОПАШНА КОСТ), ЗА ВСЕКИ ПРЕШЛЕН, НО НЕ ПОВЕЧЕ ОТ 100% ОБЩО:	
Всички компресивни фрактури	20
Всички фрактури на гръбнака и всички фрактури, свързани с процесус трансверзус	10
Обикновени фрактури	20
ФРАКТУРИ НА РЕБРО/А (ЗА ВСЯКО, НО НЕ ПОВЕЧЕ ОТ 100% ОБЩО), ЗИГОМАТИЧНА КОСТ/СКУЛА, ОПАШНА КОСТ, НОС:	
Множествени фрактури (най-малко една сложна и една пълна)	16
Всички останали сложни фрактури	12
Множествени фрактури с поне една сложна	8
Обикновена фрактура	4
ФРАКТУРИ НА КЛАВИКУЛА/КЛЮЧИЦА, КАПАЧКА НА КОЛЯНО, ПЕТА:	
Сложни фрактури	30
Множествени фрактури	20
Обикновена фрактура	10
ФРАКТУРИ НА ЧЕРЕП, ЛИЦЕВИ КОСТИ (С ИЗКЛЮЧЕНИЕ НА НОС, ЗЪБИ И ЗИГОМАТИЧНА КОСТ):	
Множествени фрактури (най-малко една сложна и една пълна)	100
Всички останали сложни фрактури	50

Обикновена фрактура навсякъде означава частично нарушаване на целостта на костта, касаещо предимно нейната обвивка (периоста).



Пълна фрактура означава фрактура, при която има пълно нарушение на целостта на всички структури на костта и се състои от два фрагмента.

Компресивна фрактура означава фрактура, резултат на силно физическо притискане на костта,

Сложна фрактура означава повече от една пълна фрактура на една и съща кост;

Множествена фрактура означава фрактура на повече от една кост;

Когато една Злополука причини повече от една Фрактура, процентите за всяка се сумират, но Застрахователят не плаща повече от 100% от Застрахователната сума по покритието.

СХЕМА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА ПРИ ИЗГАРЯНЕ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗЛОПОЛУКА
в % от застрахователната сума

ТИП ИЗГАРЯНЕ	%
1. Изгаряния от втора, трета и четвърта степен.	
• Над 27% от повърхността на тялото	100%
• Над 18% до 27% от повърхността на тялото	60%
• Над 9% до 18% от повърхността на тялото	35%
• Над 4.5% до 9% от повърхността на тялото	20%
2. Изгаряния от първа степен	
• Над 90% от повърхността на тялото	80%
• Над 80% до 90% от повърхността на тялото	60%
• Над 70% до 80% от повърхността на тялото	40%
• Над 60% до 70% от повърхността на тялото	30%
• Над 50% до 60% от повърхността на тялото	25%
• Над 40% до 50% от повърхността на тялото	20%
• Над 30% до 40% от повърхността на тялото	10%
• Над 20% до 30% от повърхността на тялото	7%
• Над 10% до 20% от повърхността на тялото	5%
• Над 5% до 10% от повърхността на тялото	3%
• Над 0,5% до 5% от повърхността на тялото	1%
3. Изгаряния на дихателните пътища	30%
4. При изгаряния на глава и/или врат, обезщетението се увеличава с:	
• при изгаряне до 5% от повърхността на тялото	5%
• при изгаряне над 5% от повърхността на тялото	10%
5. При изгаряне на перинеума, застрахователното обезщетение се увеличава с	10%
6. При диагностициране на шок при изгаряне, обезщетението се увеличава с	20%

За определяне площта (процента) на изгарянето 1% от засегнатата повърхност на тялото се равнява на общата повърхност на дланта и палеца.