



**ОБЩИ И СПЕЦИАЛНИ
ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛОВИЯ НА**

„ГРАВЕ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД



Застраховането на **Ваша** страна

Застраховането на *Ваша* страна

ОБЩИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛОВИЯ НА „ГРАВЕ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД (В сила от 01.04.2016 год.)

І. РАЗДЕЛ: ОБЩИ ПРАВИЛА ПО ДОГОВОРИТЕ ЗА ЗАСТРАХОВКА

Член 1. Определения на основните понятия

- (1) Застраховател по договорите за застраховка е “ГРАВЕ България Животозастраховане” ЕАД, ЕИК: 130321963 със седалище и адрес на управление: София, район “Красно село”, бул. “Цар Борис III” № 1.
- (2) Застраховач (договорител) е лицето, което като страна сключва застрахователен договор със Застрахователя.
- (3) Застраховано лице (застрахован) е това лице, чийто живот, здраве и/или телесна цялост са застраховани. Застраховачият и застрахованият може да са едно и също лице.
- (4) Ползвачо се лице (бенефициер) е това лице, което е посочено да получи застрахователната сума или част от нея при настъпване на застрахователно събитие.
- (5) Началото и краят на застрахователния договор са посочени като дати в полицата. Целият срок на застрахователния договор се разделя на отделни застрахователни периоди, за които се определя застрахователната премия. Всеки застрахователен период е с продължителност една година. Първият застрахователен период започва на първия ден от действието на застрахователния договор.
- (6) Застрахователна премия е сумата, която Застраховачият дължи на Застрахователя като плащане по договора.
- (7) Застрахователно събитие е настъпването на покрит риск по застраховката през срока на застрахователното покритие.
- (8) Застрахователна защита (покритие) означава, че Застрахователят е приел да извършва предвидените по застраховката плащания при настъпване на застрахователно събитие.
- (9) Застрахователна сума е паричната сума, до чийто размер Застрахователят е длъжен да извърши плащане при настъпване на застрахователно събитие, съгласно условията на застрахователния договор.

Член 2. Застрахователен договор

- (1) Застрахователният договор е писмено споразумение между Застраховачия и Застрахователя, съгласно което Застрахователят се задължава да предостави застрахователно покритие и да изплати застрахователна сума или част от нея при настъпване на застрахователното събитие в съответствие с уговорените в застрахователния договор условия. С договора Застраховачият се задължава да плаща застрахователните премии на посочените дати (падеж), както и да изпълнява другите договорени условия.
- (2) Застрахователното правоотношение се формира от: заявлението за застраховане на Застраховачия, застрахователната полица, уговорените застрахователни условия и застрахователните тарифи на Застрахователя, наричани по-нататък общо застрахователен договор или застраховка. По застрахователния договор са приложими тези общи застрахователни условия на “ГРАВЕ България Животозастраховане” ЕАД, които са предадени на Застраховачия при сключване на договора.
- (3) Застрахователят може след получаване на заявлението за застраховане да поиска допълнителна информация и разяснения (напр.: резултати от медицински прегледи). В този случай заявлението за застраховане се счита за достигнало до Застрахователя едва след като той е получил исканата допълнителна информация и разяснения.

Член 3. Срок и територия на действие на застрахователния договор

- (1) Срокът на застрахователния договор се определя от страните по договора и се посочва в застрахователната полица.
- (2) Застрахователният договор действа на територията на целия свят, освен ако в полицата не е посочено друго.

Член 4. Начало и край на застрахователната защита (покритие)

- (1) Застрахователното покритие започва от момента, в който Застрахователят писмено уведоми Застраховачия за приемането на заявлението за застраховане, респ. Застраховачият получи полицата и след плащането на първата премия. Периодът на застрахователното покритие съпада със застрахователния период.
- (2) Застраховачият има право да прекрати застрахователния договор с едностранно писмено уведомление до Застрахователя в срок до 30 дни от неговото сключване. В такъв случай Застрахователят дължи връщане на заплатената премия, с изключение на частта, съответстваща на времето, през което Застрахователят е носил риск.
- (3) Освен в случаите на прекратяване на договора или изтичане на уговорения срок, застрахователното покритие се прекратява, ако една от следващите премии или частични суми на същите не се платят в срок от два месеца от датата на падежа. При договори, които имат откупна стойност към началния момент на забавата, договорът може да се продължи като безпремийна застраховка, съгласно чл.25, ал.(3).

Член 5. Застрахователна премия

- (1) Премията зависи от застрахователната сума, тарифата и възрастта на застрахованото лице. Възрастта е разликата между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.
- (2) При повишен риск могат да бъдат уговорени допълнителни премии или специални условия.
- (3) Премиите биват еднократни или годишни.
- (4) Годишната премия се предплаща в началото на всеки застрахователен период. Тя може да бъде разсрочена, като разсрочените вноски се предплащат в началото на всеки подпериод, за който се отнасят.
- (5) Еднократната премия се предплаща при сключване на застраховката за целия й срок.
- (6) С плащането на първата премия, Застраховачият плаща на Застрахователя и предвидените в тарифата разходи на Застрахователя. Ако договорът не бъде сключен по причини, за които отговаря Застраховачият, Застрахователят не връща на Застраховачия сумите, платени като разходи на Застрахователя.

(7) В застрахователната полица се посочва начинът на плащане на поредните премии (годишно или на вноски). Падежът на поредните премии или вноските от тях се определя от посочената в застрахователната полица дата. Застрахователят може да вземе решение, при изпълнение на определени условия, да начисли лихва върху извършени авансови плащания на премии по застрахователния договор. Начислената лихва служи за погасяване на поредни премии по съответния застрахователен договор.

(8) Ако някоя следваща премия или част от нея не бъде платена в срок от 2 /две/ седмици след падежа, Застрахователят изпраща на Застраховачия писмена покана за плащане на премиата. Ако премиата не бъде платена до един месец след получаване на поканата, Застрахователят може да измени застрахователния договор като намали застрахователната сума до размера на откупната стойност. Когато застрахователният договор няма откупна стойност по смисъла на чл.25, ал.2 от настоящите общи застрахователни условия, Застрахователят прекратява договора, без да дължи възстановяване на платените премии.

(9) Дължимите данъци, такси, пощенските разходи и разноските по изпращане на поканите за плащане, както и разноските, предвидени в тарифите са неразделна част от текущата премия. Застраховачият се задължава да ги заплаща.

(10) В случай, че по искане на Застраховачия се извърши промяна на застрахователния договор или се издаде допълнение към него или дубликат, то Застраховачият дължи такса в размер на 5 евро. В случай, че следващата поредна премия не бъде платена до 45 дни след падежа, автоматично се начислява такса в размер на 5,11 евро.

(11) Застраховачият превежда премиите на Застрахователя на свой риск и на свои разходи. Премията се счита за платена от датата на заверяването на банковата сметка на Застрахователя с дължимата сума.

Член 6. Предоставяне на информация

(1) При сключване на договор за застраховка, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възраст, пола и здравословното състояние на лицето, чийто живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

(2) При настъпване на събитие, за което е предявена претенция, Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чийто живот е застрахован, и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.

Член 7. Промяна в адреса на Застраховачия

(1) Застраховачият се задължава да посочи адрес за кореспонденция. Адресът за кореспонденция може да не съвпада с постоянния адрес на физическото лице (по документа за самоличност) или с регистрирания адрес на управление на юридическото лице.

(2) Застраховачият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в полицата адрес за кореспонденция и да съобщи на Застрахователя новия си адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на Застрахователя, съобщенията, изпратени от него на адреса на Застраховачия, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от Застраховачия с всички предвидени в закона или договора правни последици.

(3) Ако Застраховачият е лице с местожителство или седалище извън територията на Република България или промени местожителството или седалището си, като се регистрира по съответния ред извън територията на страната, то той трябва да посочи на Застрахователя лице в Република България, което е упълномощено да приема известията от Застрахователя, в противен случай се прилагат предходните алинеи.

Член 8. Задължение за обявяване на обстоятелства при сключване на договора

(1) При сключване на договора за застраховка, застрахованото лице и/или Застраховачият е длъжен да обяви в заявлението за застраховане всички известни му обстоятелства, които са от съществено значение за поемане на риска от Застрахователя. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос.

(2) В случай, че в периода между подписването на заявлението за застраховане и приемането му, съответно сключването на застрахователния договор, настъпят промени в обстоятелствата, декларираните пред Застрахователя, то застрахованото лице и/или Застраховачият е длъжен незабавно да ги съобщи в писмен вид на Застрахователя.

(3) Ако при условията на предходните алинеи, застрахованото лице и/или Застраховачият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застрахователния договор, ако беше знаел за него, Застрахователят може в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството, писмено, едностранно и без предизвестие да прекрати застрахователния договор. Същото важи, когато обявяването на съществено обстоятелство е пропуснато поради това, че застрахованото лице и/или Застраховачият съзнателно е пропуснал да се осведоми за него.

(4) Прекратяването на договора следва да се обяви на Застраховачия. Ако договорът бъде прекратен след настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят се освобождава от задължението си за изплащане на обезщетение, а вече получени обезщетения следва да се изплатят обратно на Застрахователя, ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на събитието. Паричната сума се олихвява от момента на получаването.

(5) Ако при сключване на договора на Застрахователя не са обявени обстоятелства, засягащи здравословното състояние на застрахованото лице, съобразно горепосочените разпоредби, то задължението на Застрахователя остава в сила, в случай че ползвачото се лице по договора докаже, че обстоятелството, по което е нарушено задължението за обявяване, не е оказало влияние върху настъпването на застрахователното събитие или върху размера на обезщетението. Задължението на Застрахователя за изплащане на застрахователна сума остава в сила и когато Застраховачият и застрахованото лице нямат вина за нарушаването на разпоредбите на ал.(1) и ал.(2) на този член. Наличието на тези предпоставки за съществуване на задължението на Застрахователя се доказва от лицето, предявило претенция по застраховката.

(6) Ако застрахователният договор бъде прекратен поради нарушение на задължението за обявяване на обстоятелства при сключване на договора или бъде обявен за нищожен по искане на Застрахователя, Застрахователят задържа платените до този момент премии. В случай че до момента на прекратяване на договора вече съществува откупна стойност, то



Застраховането на *Ваша* страна

тази сума се изплаща на оправомощеното лице.

(7) Ако съзнателно неточно обявеното или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застрахователят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по ал.(6).

(8) Ако Застрахователят е сключил договора чрез пълномощник или за сметка на трето лице, достатъчно е укритото обстоятелство да е било известно на Застрахователя или на пълномощника му, съответно на третото лице. Същото правило се прилага по отношение представляваща на юридическо лице, в случаите когато последното е Застраховател.

(9) Ако при сключване на договора обстоятелството по ал.(1) не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението за изменение на договора в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. При прекратяване на договора Застрахователят възстановява на Застрахователя частта от премията, която съответства на неизтеклия срок на договора, след приспадане на разходите на Застрахователя.

(10) При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на договора при условията на предходната алинея, Застрахователят може да намали застрахователната сума съобразно съотношението между размера на платените премии и на премията, които трябва да се платят според реалния риск.

Член 9. Задължение за обявяване на новонастъпили обстоятелства по време на действие на договора

(1) По време на действие на договора, Застрахователят и останалите лица, участници в застрахователното правоотношение са длъжни да обявяват пред Застрахователя новонастъпилите обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос. Обявяването е задължително особено при промяна на професията, занятието или местоработата, при системно подлагане на Застрахования на особени опасности при изпълнение на трудовите или служебните задължения, при подлагането му на подобни опасности на работното място или през свободното време. Обявяването на новонастъпилите обстоятелства трябва да се извърши незабавно след узнаването им.

(2) В срок от един месец от получаване на уведомлението, Застрахователят може да прекрати договора поради настъпило повишение на риска. Едновременно с извяването за прекратяване, Застрахователят има възможност да предложи на Застрахователя продължаване на договора при нови условия. Ако Застрахователят приеме писмено, в срок от един месец, предложението условия, то прекратяването няма действие и договорът се продължава при новите условия.

(3) При неизпълнение на задължението за обявяване на новонастъпили обстоятелства, се прилага съответно предходният член.

Член 10. Трети лица

(1) Когато се сключва застраховка, чийто предмет е животът, здравето или телесната цялост на трето лице, този договор има сила, само ако е сключен с изричното писмено съгласие на третото лице.

(2) Недействителна е застраховката в случай на смърт на малолетно лице, както и на недееспособно лице. При смърт на такова лице, застрахователната сума не се изплаща, а Застрахователят връща на Застрахователя внесените премии.

(3) При сключване на застраховки върху живота на лица под 18 години, както и на недееспособни лица, като Застраховачи могат да се явяват родителите или настойниците/попечителите на лицето. Застраховка върху живота на такива лица може да бъде сключена и от други лица, ако се представи писменото съгласие на родителите или настойниците/попечителите.

(4) Всички представени условия, отнасящи се до Застраховачия, се прилагат и по отношение на застрахованото лице, упълномощения представител на Застраховачия, както и за онези лица, които предявяват претенции на основание застрахователния договор. Тези лица отговарят наравно със Застраховачия за изпълнението на всички задължения от застрахователния договор, с изключение на задължението за плащане на премията. При неизпълнение на задълженията по договора от страна на тези лица, настъпват същите правни последици, както и при неизпълнение на задълженията от самия Застраховач.

(5) След настъпване на застрахователното събитие Застрахователят може да обяви отказ, прекратяване или нищожност на договора с произтичащите от това правни последици и по отношение на трети оправомощени лица.

Член 11. Ползвачи се лица (бенефициери)

(1) При сключване на договора Застрахователят трябва да посочи кой ще бъде ползвачо се лице (бенефициер). Застрахователят може да определи повече от едно ползвачо се лице. Ползвачото се лице придобива правото до получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователното събитие. Дотогава Застрахователят може да промени по всяко време ползвачото се лице.

(2) Застрахователят има право да посочи неотменимо ползвачо се лице. Неотменимо ползвачо се лице може да бъде определено с изрично писмено заявление на Застраховачия, направено по реда на ал.(5). В противен случай се счита, че ползвачото се лице е отменимо посочено.

(3) Ако като ползвачи се са посочени повече лица без определяне на дяловете им, те имат равни права, освен ако не е уговорено друго.

(4) Неизползваният дял на едно от ползвачите се лица се разпределя между останалите съобразно техните дялове.

(5) Промяната в ползвачите се лица е обвързваща за Застрахователя, само когато е заявена лично от Застраховачия, писмено в офис на Застрахователя и това е удостоверено с подписа на оторизирано от Застрахователя лице, или ако промяната се извърши с изявление с нотариално заверен подпис – в случаите, когато не е направена лично пред Застрахователя.

(6) Не се допуска посочването на притежателя (притежателя) на полицата като ползвачо се лице.

Член 12. Предявяване на претенция за плащане на застрахователна сума или част от нея

(1) Плащане на застрахователна сума или част от нея на оправомощените лица, се извършва

от Застрахователя след изпълнение на следните условия:

(1.1) Застрахователното събитие да се обяви пред застрахователя в следните срокове:

(1.1.1) при смърт на застраховано лице – в срок до 5 дни от настъпването;

(1.1.2) при злополука със застраховано лице – в срок до 5 дни от настъпването;

(1.1.3) при смърт от злополука на застраховано лице – в срок до 24 часа от настъпването.

(1.2) Съобщението трябва да се направи писмено. Ако писменото съобщение не може да се изпрати в срок от 24 часа, уведомяването може да се извърши по телефакс, e-mail или телефон;

(1.3) При предявяване на иск за заплащане на застрахователна сума или част от нея пред Застрахователя да се представят следните документи:

(1.3.1) писмена претенция;

(1.3.2) оригинал на застрахователната полица и официален смъртен акт – при настъпване на смърт на застрахованото лице;

(1.3.3) по искане на Застрахователя – платежен документ за редовно платена вноска;

(1.3.4) подробно описание за настъпването на застрахователното събитие – в случай на настъпила злополука;

(1.3.5) удостоверение за банкова сметка (пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на Застрахователя).

(1.4) При настъпване на застрахователно събитие по застраховка срещу злополука, плащане на оправомощените лица се извършва след представяне на документите по ал.(1.3) и след изпълнение на следните условия:

(1.4.1) Застрахователят може да изиска застрахованото лице да бъде прегледано от доверения лекар на Застрахователя и да се подложи на допълнителни изследвания и диагностични процедури;

(1.4.2) в случай на смърт, настъпила вследствие на злополука, да бъде осигурена възможност на Застрахователя, при поискване от негова страна, да извърши медицински оглед на трупа на застрахованото лице, а в случай на нужда – да възложи извършването на аутопсия и екзумация, доколкото това е допустимо от действащото законодателство.

(2) При предявяване на претенция за изплащане на застрахователна сума или част от нея, по искане на Застрахователя се предоставят и допълнителни медицински и други документи.

(3) В случай, че е необходимо, застрахованото лице и/или Застраховачият и/или ползвачото се лице се задължават да упълномощат Застрахователя, в съответната форма, с правото за събиране на данни от лични лекари, лечебни заведения, както и от други застрахователни компании и официални органи, за изискване на информация и документи относно застрахованото лице и неговото здравословно състояние, които по мнение на Застрахователя, са или биха могли да бъдат в причинно-следствена връзка със застрахователното събитие.

(4) Цялата информация, необходима на Застрахователя за установяване на задължението му да изплати застрахователната сума или част от нея, както и конкретния размер на плащането, трябва да му се предостави изцяло и правдиво.

(5) Застрахователят се освобождава от задължението си да изплати застрахователната сума или част от нея, в случай че задълженията по този член бъдат нарушени и поради това останат неизяснени съществени обстоятелства.

Член 13. Срок за изплащане на застрахователната сума или част от нея

(1) В срок от 15 /петнадесет/ работни дни от приключването на всички необходими проучвания и от получаването на всички необходими документи за установяване на застрахователното събитие и на размера на плащането, съгласно уговореното в чл.12, Застрахователят изплаща застрахователната сума или част от нея, или изпраща аргументиран отказ на претенцията за плащане.

(2) Плащането на застрахователната сума се извършва по банков път, за сметка на нейния получател. Дължимите по закон данъци са за сметка на облагодетелстваното лице.

(3) Когато не са предоставени всички необходими за установяване на застрахователното събитие и на размера на плащането доказателства, Застрахователят е длъжен да се произнесе по претенцията не по-късно от 6 месеца от датата на нейното предявяване.

(4) Застрахователят има право да отложи плащането до представяне на нужното доказателство, ако съществуват съмнения относно легитимацията и идентификацията на Застраховачия, на застрахованото лице или на ползвачото се лице, претендиращо да получи застрахователната сума или част от нея. Ако е започнало наказателно или административно производство по повод или във връзка със застрахователното събитие или със застрахователното правоотношение, срещу Застраховачия, застрахованото лице или ползвачото се лице, както и в случаите на гражданскоправен спор пред съд, който засяга застрахователното правоотношение или изплащането на застрахователна сума, Застрахователят има право да отложи плащането (отказа) до приключване на производствата, с влязъл в сила надлежен акт.

Член 14. Случаи на ограничаване задължението на Застрахователя по застрахователния договор

(1) Застрахователят не дължи изплащане на застрахователна сума при настъпване на застрахователно събитие в следните случаи:

(1.1) Застрахователното събитие е предизвикано от или във връзка с участие на застрахованото лице в непосредствени или опосредствени военни или подобни на военни действия, или

(1.2) Застрахователното събитие е предизвикано от или във връзка с всякакъв вид военни действия, с или без обявяване на война, включително и на актове на насилие от страна на държави и политически или терористични организации, или

(1.3) Застрахователното събитие е предизвикано от или във връзка с участие на застрахованото лице в други военни действия или във въстания, бунтове и размирици на страната на подбудителите на безредиците, или

(1.4) Застрахователното събитие е предизвикано от или във връзка със свързаните с горепосочените събития военни или административни действия на властите (ал.1.1 - 1.3), или



Застраховането на *Ваша* страна

(1.5) Застрахованото лице е осъдено на смърт за извършено от него престъпление и присъдата е изпълнена, или

(1.6) Застрахованото лице е жертва на умишлено убийство, или

(1.7) Застрахователното събитие е предизвикано от или във връзка с извършване или опит за извършване от страна на застрахованото лице или на ползващите се лица на престъпление от общ характер, или

(1.8) Застрахователното събитие е предизвикано от обща опасност, дори и тя да се е случила в миналото, с ядрен, химически или бактериологичен характер, или

(1.9) Застрахователното събитие е настъпило в резултат на употреба на алкохол, наркотици или упойващи вещества, прием на отрова или злоупотреба с медикаменти (с изключение на такива, които са предписани от лекар или се приемат под лекарски контрол), или

(1.10) Застрахователното събитие е настъпило при пътнотранспортно произшествие с моторно превозно средство, в което Застрахованият е бил пътник, а водачът е бил в състояние на умопомрачение, на съществено психическо разстройство или под въздействието на алкохол, наркотици, упойващи вещества и/или медикаменти. Това ограничение не се прилага, когато състоянието на водача не е било известно на застрахованото лице и то няма вина за незнанието си, или

(1.11) Застрахователното събитие е настъпило при използване на летателни апарати, както и при използване на летателни превозни средства, освен ако застрахованото лице не е участник в пътуване или екскурзионни полети над области с организиран въздушен транспорт:

- като пътник на разрешен за използване в гражданската авиация моторен или реактивен самолет;

- като цивилен пътник на военен самолет, използван за превоз на пътници. За пътник се счита лицето, което не е част от екипажа на самолета и по никакъв начин не е свързано с управлението и обслужването му, или

(1.12) Застрахователното събитие е настъпило при управление на военни самолети или вертолети, или

(1.13) Застрахователното събитие е настъпило при упражняването на опасни и екстремни спортове (напр. скално катерене, дълбочинно гмуркане, парашутни скокове, делта- и парапланеризъм и др.), или

(1.14) Застрахователното събитие е настъпило при участие на застрахованото лице в моторни, автомобилни или други състезания с превозни средства, движещи се по суша, въздух или вода, съответни упражнения, тренировки или изпитателни пътувания, било то като състезател, участник или служебно лице, или

(1.15) Когато се докаже, че застрахователното събитие е резултат на директно или индиректно въздействие от HIV-инфекция (заболяване от СПИН), или

(1.16) При самоубийство на застрахованото лице преди изтичане на 3 години от сключването или промяната на застрахователния договор, или

(1.17) Застрахователното събитие е настъпило в следствие на грубо нарушаване на законите и договорните задължения, както и тези за сигурност от страна на застрахованото лице, случаите възникнали поради груба небрежност или нехайство на застрахованото лице, напр. грубо нарушаване правилата на движение, неоправдано излагане на прекомерни или необичайни рискове, опасности или вредни влияния и др.

(2) При постигната изрична договореност в застрахователната полица, Застрахователят може да поеме рисковете по ал.1, т.1.11 - 1.14.

Член 15. Условия и ред за отпускане на заем срещу застраховка Живот. Погасяване и лихва по заема

(1) Застрахованият има право да поиска отпускането на заем срещу застраховката, до размера на откупната ѝ стойност. За отпускането на заем между Застрахования и Застрахователя се сключва договор за заем срещу застраховка Живот.

(2) Главницата на предоставения паричен заем и размерът на лихвите, както и начинът и сроковете на погасяването им, се определя по договореност между страните, съобразно пазарната ситуация, състоянието на финансово-кредитната система, евентуалната държавна регулация и политиката на Застрахователя.

(3) В случай на неизпълнение от страна на Застрахования на задълженията му, произтичащи от договора за заем, Застрахователят може едностранно да измени условията на договора за застраховка или да го прекрати.

Член 16. Писмена форма

Всички споразумения, съобщения, покани, молби и разяснения по застрахователния договор се извършват писмено. Писмените изявления на Застрахования, застрахованото лице и ползващото се лице се приемат на адреса на управление на Застрахователя, считано от датата на личното им предаване, или от датата на пощенското клеймо – при препоръчани писма или други пощенски пратки, или считано от датата на извършване на нотариалната покана. Изявленията на Застрахователя са валидни само, ако са надлежно подписани и подпечатани.

Член 17. Данъци във връзка със застрахователния договор

Дължимите от страните данъци, както и възможностите за ползване на данъчно облекчение във връзка със застрахователния договор се определят съгласно действащото българско данъчно законодателство към релевантния момент на възникване на съответното данъчно задължение.

Член 18. Загуба на застрахователната полица

Загубата или унищожаването на застрахователната полица следва да се обявят на Застрахователя в срок до една седмица. Застрахователят издава дубликат на застрахователната полица след подаване на искане. Загубената полица е невалидна и не предоставя право на застрахователно плащане.

Член 19. Давност

Правата по договора, включително за изплащане на застрахователни суми (съответно изплащане на откупната стойност), се погасяват с изтичането на 5 /пет/ години от датата на настъпване на застрахователното събитие, съответно от датата на прекратяване на застрахователния договор.

Член 20. Приложимо право и подсъдност

Споровете, възникнали между Застрахователя от една страна, и Застрахования, Застрахованите или ползващите се лица, от друга, се уреждат по доброволен начин и съгласно Вътрешните правила на Застрахователя. В случаите, когато не могат да бъдат уредени по доброволен начин, всички спорове, породени от застрахователния договор или отнасящи се до неговото тълкуване, действителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за ползване на празноти в договора или приспособяването му към нововъзникнали обстоятелства, ще бъдат решавани по съдебен ред, съгласно разпоредбите на българското законодателство. Споровете ще се разглеждат от компетентния български съд.

II. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО СПЕСТОВНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЖИВОТ (Основна застраховка)

Член 21. Предмет на застраховката

(1) Застраховката се сключва за случаите смърт и/или доживяване на застрахованото лице.

(2) При застраховка Живот със застрахователно покритие при настъпването на определено тежко заболяване се уговаря и поемането на риска от настъпването през периода на застраховката на определено тежко заболяване на застрахованото лице.

(3) Конкретните застрахователни рискове, срещу които се сключва застраховката, се определят в застрахователната полица.

(4) Застрахователното покритие съществува независимо от това, в резултат на каква причина е настъпило застрахователното събитие, като се вземат предвид разпоредбите на чл.14.

Член 22. Застрахователни събития по спестовните застраховки Живот

(1) За застрахователни събития, с оглед конкретните уговорки в застрахователната полица, се считат:

(1.1) смъртта на застрахованото лице;

(1.2) доживяването до определен срок от застрахованото лице.

Член 23. Допълнителен резерв

(1) Допълнителният резерв е част от математическия резерв по застраховката.

(2) Разпоредбите на този член не се прилагат при срочните застраховки в случай на смърт (рискови застраховки в случай на смърт).

(3) Всички застраховки, сключени с допълнителен резерв по тези условия, принадлежат към отчетната група 2000. Определянето на допълнителния резерв, който се пада на отчетната група става след приспадане на данъците и въз основа на калкулацията на продукта, одобрена от надзорния орган.

(4) Допълнителният резерв на отделните застраховки се състои от лихвен дял, допълнителен дял и краен дял. Лихвеният и допълнителният дял се разпределят към края на всяка застрахователна година, но най-рано към края на втората застрахователна година. Падежът на крайния дял настъпва, когато застрахователната сума се изплати при изтичане на срока на застраховката или при настъпването на застрахователното събитие смърт след изтичане на втората застрахователна година.

(5) Лихвеният дял представлява дялът на застраховката от излишъка, който се получава от приходите от инвестицията на резерва за покритие, надвишаващи техническия лихвен процент. Допълнителният дял представлява дялът на застраховката от други излишъци, като тези за смъртност и спестяванията от административни разходи.

(6) Лихвеният дял се изчислява в проценти от резервите за покритие на основната застраховка, определени според калкулацията на продукта. За целта трябва според калкулацията на продукта да се определи резервът за покритие към началото на оная застрахователна година, която предхожда непосредствено застрахователната година, в чийто край се извършва разпределянето. Допълнителният дял се изчислява в проценти от съответната застрахователна сума на основната застраховка, платима в случай на смърт, определена според калкулацията на продукта към края на предходната застрахователна година. Допълнителният дял е в различен размер и зависи от определената в калкулацията на продукта крайна възраст при изтичане на срока на плащане на премията. Той може да има различен размер при групи от застраховки, които се различават по вид, начална възраст или други обективни признаци. Допълнителният дял се отпуска само в случаите, когато премията за приложимата при изчисленията застрахователна година е платена.

(7) Подлежащите на разпределяне лихвен и допълнителен дял се получават от умножение на изчислените по ал.(6) лихвени и допълнителни дялове с лихвения процент от калкулацията на продукта.

(8) Определеният според калкулацията на продукта краен дял при застрахователно събитие смърт е в размер на сумата от лихвения и допълнителния дял съгл. ал.(4) за застрахователната година, в която е настъпила смъртта. Крайният дял при изтичане на срока на застраховката се определя от калкулацията на продукта.

(9) В случай, че в калкулацията на продукта не е определено друго за определени застрахователни суми и видове застраховки, то дължимите дялове от допълнителния резерв се натрупват с определената в калкулацията на продукта лихва и се изплащат заедно със застрахователната сума.

Член 24. Особени случаи на ограничаване задължението на Застрахователя по спестовните застраховки Живот

Във всички случаи, когато при хипотезите по чл.14 от тези общи застрахователни условия, Застрахователят е освободен от задължението за изплащане на застрахователна сума, вместо нея се изплаща математическият резерв плюс натрупаният допълнителен резерв.

Член 25. Прекратяване и изменение на договора, закъснение при плащане на премията по застраховки Живот, откупна стойност

(1) Застрахованият може да прекрати застрахователния договор по всяко време с предизвестие от три месеца към последно число на месеца, но най-рано към края на първата застрахователна година. Застрахованият може да измени застрахователния договор, като се задължи да изплаща годишно премии на обща стойност не по-малко от минималната застрахователна премия, предвидена в съответната тарифа.



Застраховането на *Ваша* страна

(2) Сумата на откупната стойност не съответства на сумата на платените премии. Тя се изчислява по определени тарифи, като се вземат предвид вече съществувалата застрахователна защита и извършените разходи. Застрахователният договор има откупна стойност, ако са изминали поне две години от началото на застрахователното покритие и са платени всички премии за този период. Застрахователният договор има откупна стойност и преди да са изтекли две години, когато са платени най-малко 15% от премиите по застраховката. В случай, че договорът има откупна стойност, Застраховачият има право да измени договора в безпремийна застраховка.

(3) Ако поредната премия не бъде платена в срок от два месеца след падежа, застрахователен договор, който вече има откупна стойност се преобразува в безпремийна застраховка. Разпоредбите по тази алинея не се прилагат при срочните застраховки в случай на смърт (рискови застраховки в случай на смърт).

(4) Измененията в застрахователния договор се извършват след писменото заявление на Застраховачия при спазване на застрахователно-техническите правила.

III. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ РИСКОВИ ЗАСТРАХОВКИ В СЛУЧАЙ НА СМЪРТ

Член 26. Предмет на застраховката

(1) Ако смъртта на застрахованото лице настъпи през срока на плащане на премиите по основната застраховка, Застрахователят плаща освен застрахователната сума, полагаща се по основната застраховка, и уговорената сума по допълнителната рискова застраховка.

(2) Падежът на плащането по допълнителната рискова застраховка в случай на смърт настъпва в срок от 15 /петнадесет/ работни дни след представяне на нужните доказателства, дори тогава, когато падежът на плащането по основната застраховка настъпва в по-късен момент.

Член 27. Размер на застрахователната сума

Застрахователната сума от допълнителната рискова застраховка в случай на смърт е ограничена до тройния размер на застрахователната сума на основната застраховка.

Член 28. Начало и край на застрахователната защита (покритие)

(1) Застрахователното покритие по допълнителната рискова застраховка започва в същия момент, когато започва и застрахователното покритие на основната застраховка.

(2) Ако основната застраховка се прекрати или превърне в безпремийна преди изтичането на срока на плащане на премиите по допълнителната рискова застраховка, то тогава се прекратява както задължението на Застраховачия за плащане на премии, така и задължението на Застрахователя да изплати застрахователна сума по допълнителната рискова застраховка.

Член 29. Право на Застраховачия за прекратяване на договора, откуп

(1) Допълнителната рискова застраховка в случай на смърт може да бъде прекратена от Застраховачия по всяко време с тримесечен срок на предизвестие към последно число на месеца, но най-рано в края на първия застрахователен период.

(2) По допълнителните рискови застраховки не се допуска право на откуп.

Член 30. Участие в резервите

Допълнителните рискови застраховки не участват в допълнителния резерв.

IV. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗЛОПОЛУКА

Член 31. Предмет на застраховката

(1) Застрахователят предлага застрахователно покритие, в случай че застрахованото лице претърпи злополука. Застрахователните плащания са указани в чл.36 и чл.37 от тези общи застрахователни условия и в полицата.

(2) Застрахователно събитие е настъпването на злополука по смисъла чл.32.

(3) Територията на действие на застраховка Злополука е целият свят.

(4) Продължителност на действие на застраховката – застраховани са злополуки, настъпили през периода на застрахователното покритие (Раздел I, чл. 4).

(5) Застраховката Злополука се сключва за определен срок, посочен в застрахователния договор.

Член 32. Понятието злополука

(1) Злополука е събитие, настъпило независимо от волята на застрахованото лице, което внезапно, външно, механично или химически действа върху неговото тяло и предизвиква телесна повреда или смърт.

(2) За злополука се считат и следните, независещи от волята на застрахованото лице събития:

(2.1) Удавяне;

(2.2) Изгаряния, попарвания, гръмотевични или токови удари;

(2.3) Вдишване на газове и пари, приемане на отровни или разяждащи вещества, освен в случаите, в които това става постепенно;

(2.4) Изключвания на крайници, както и разтегляния и скъсвания на мускулите, сухожилията, връзките и обвивките на крайниците и на гръбначния стълб в резултат на внезапно отклонение от планираното движение.

(3) Болестите не се считат за злополука. Заразните болести не са последиствия от злополука. Тетанус и бяс са застраховани когато са предизвикани вследствие на злополука по смисъла на ал.(1).

(4) Застрахователната защита покрива и злополука, случила се със застрахованото лице като пътник в моторни самолети, допуснати да извършват пътнически полети. Пътник е лице, което не стои в причинно-следствена връзка с експлоатацията на въздухоплавателния съд, нито е член на екипажа, нито осъществява служебна дейност чрез въздухоплавателния съд.

Член 33. Лица, които не подлежат на застраховане

(1) Лица, които не подлежат на застраховане и фактически незастраховани срещу злополука са трайно напълно неработоспособните или страдащите от тежко нервно заболяване лица, както и психично болните. Пълна неработоспособност е налице, когато от медицинска гледна точка в резултат на болест или недъг от застрахованото лице не може да се очаква то да извършва трудова дейност и в действителност такава дейност не се извършва.

(2) По отношение на лице, което не подлежи на застраховане, застрахователен договор не се сключва. Когато застрахованото лице е станало неподлежащо на застраховане по време на действие на застрахователния договор, застрахователната защита отпада. При отпадане на застрахователната защита Застрахователят връща на Застраховачия част от платената застрахователна премия, съответна на остатъка от срока на застраховката, през който Застрахователят не носи риска по нея и при условие, че не са платени или не предстои да бъдат платени застрахователни суми или части от тях.

Член 34. Особени случаи на ограничаване задължението на Застрахователя

(1) Освен при хипотезите по чл.14 от тези общи застрахователни условия, Застрахователят не дължи изплащане на застрахователна сума или част от нея за злополуки:

(1.1) При участие на застрахованото лице в регионални, национални или международни състезания по ски-бягане, ски-скокове, бобслей, ски-боб или шейни, както и на официални тренировки за тези състезания;

(1.2) Случили се на застрахованото лице вследствие от сърдечен инфаркт или мозъчен удар; сърдечният инфаркт в никакъв случай не се счита за последиствие от злополука;

(1.3) Които застрахованото лице претърпява в резултат на разстройство на съзнанието (замайване, колапс, синкоп), както и в случаите, когато това разстройство е в резултат на въздействието на алкохол, наркотични и/или упойващи вещества, и/или медикаменти;

(1.4) Които са настъпили поради въздействие на алкохол върху застрахованото лице:

- ако съдържанието на алкохол в кръвта на управляващия моторно превозно средство застрахован, в момента на събитието, е повече от 10,8 ml.mol (0,5%), или

- ако наличието на алкохол е доказано с тест и застрахованото лице не положи усилия или не позволи да се установи прецизно концентрацията на алкохол в кръвта посредством кръвна проба, или

- ако застрахованото лице откаже възможността за установяване на наличие на алкохол, при настъпване на застрахователно събитие;

(1.5) При които телесната повреда е предизвикана от или е във връзка с лечение, медицинска манипулация или оперативна интервенция, освен в случаите, когато последните са предприети във връзка с настъпило застрахователно събитие;

(1.6) При които застрахователното събитие е предизвикано от преднамерено предизвикване на болести или упадък на телесните сили, преднамерено самонараняване или опит за самоубийство на застрахованото лице, освен ако това действие не е извършено в състояние на болестно увреждане на душевната дейност, изключващо наличието на свободна воля;

(1.7) При настъпването на които застрахованото лице управлява моторно превозно средство без валидно свидетелство за правоуправление за съответната категория, включително когато събитието настъпи извън пътно-транспортната мрежа.

(2) От застрахователното покритие са изключени последиствията от злополука и влошаването на тези последиствия, които се дължат на това, че застрахованото лице не е потърсило незабавно лекарска помощ, не е продължило курса на лечение или не си е осигурило медицинска грижа, която би могла да предотврати последиствията или влошаването на състоянието му.

Член 35. Фактическо ограничение на застрахователното покритие

(1) Застрахователната сума или част от нея се изплаща само за настъпилите вследствие на злополука телесна повреда или смърт.

(2) При определянето на вида и процента на неработоспособността се взема под внимание и съществуващата преди злополука трайно загубена или намалена работоспособност, но само ако злополука предизвиква увреждания на телесни или душевни функции, които са били увредени и преди нея. Съществуващата преди злополука трайно загубена или намалена работоспособност се определя по реда на чл.36.

(3) В случай, че съществували преди злополука болести или недъзи се отразяват върху последиствията от злополука, тогава застрахователната сума се намалява съразмерно с влиянието на болестта или недъга, но само в случаите когато влиянието е най-малко 25%.

(4) За органично обусловени разстройства на нервната система се изплаща застрахователна сума или част от нея само когато разстройството се дължи на органично увреждане, настъпило вследствие на злополука. Душевни разстройства (неврози, психо-неврози) не се считат за последиствия от злополука.

(5) За хернии на интервертебралния хрущял се изплаща застрахователна сума или част от нея само ако хернията е настъпила в резултат на директно механично действие върху гръбначния стълб, а не се дължи на влошаване на съществували преди злополука симптомите на заболяването.

(6) За коремни наранявания от всякакъв вид се изплаща застрахователна сума или част от нея само, ако нараняването е получено от директно механично влияние, а не от предразположение.

Член 36. Трайно загубена или намалена работоспособност

(1) В случай, че до една година след злополука, считана от деня на увреждането, се окаже, че е налице трайно загубена или намалена работоспособност вследствие от злополука, то се изплаща частта от застрахователната сума, съответстваща на процента на трайно намалена работоспособност.

(2) За определяне на процента на трайно загубена или намалена работоспособност важи следното условие:

(2.1) При пълна загуба или пълна неспособност за функциониране на:

цяла ръка70%

ръка под китката60%

един палец20%

един показалец.....10%



Застраховането на *Ваша* страна

друг един пръст.....	5%
един крак.....	70%
едно стъпало.....	50%
един палец на крака.....	5%
друг пръст на крака.....	2%
зрението на двете очи.....	100%
зрението на едното око.....	35%
в случай, че зрението на другото око е било загубено още преди злополуката.....	65%
слуха на двете уши.....	60%
слуха на едното ухо.....	15%
в случай, че слухът на другото ухо е бил загубен преди настъпване на злополуката.....	45%
обонянето.....	10%
чувството за вкус.....	5%

(2.2) При частична загуба или частична невъзможност за функциониране на гореспоменатите части или органи на тялото се прилагат пропорционално процентните ставки по ал.(2.1). При ограничаване на функциите на ръцете или краката пропорционално се прилага ставката, използвана при обща загуба на крайниците.

(3) В случай, че процентът на трайно загубена или намалена работоспособност по ал.(2) не може да се определи, тогава е определящо доколко телесните и душевните функционални способности са засегнати от медицинска гледна точка.

(4) Множество проценти на трайно загубена или намалена работоспособност по горните ал.(2) и ал.(3) се сумират. Процентът на трайно загубена или намалена работоспособност не може да надвишава 100%.

(5) През първата година след злополуката застрахователни суми за трайно загубена или намалена работоспособност се изплащат, само ако от медицинска гледна точка се установи еднозначно трайно загубена или намалена работоспособност. Тази разпоредба не се прилага при загуба на крайници или други човешки органи.

(6) В случай, че процентът на трайно загубена или намалена работоспособност не може да се установи еднозначно, застрахованото лице и Застрахователят имат право, в период от четири години от настъпването на злополуката, да назначават ежегодно медицински преглед за повторно определяне на процента на трайно намалена работоспособност, като две години след злополуката той се извършва от лекарска комисия. В случай, че окончателният размер на застрахователната сума се окаже по-висок от вече изплатената от Застрахователя, то допълнителната сума се изплаща до 1 месец след определянето ѝ.

(7) При смърт на застрахованото лице:

(7.1) вследствие на злополуката до една година след нея, то не съществува право на изплащане на застрахователна сума или част от нея за трайно загубена или намалена работоспособност;

(7.2) в срок до една година след злополуката, по причина независеща от нея, се изплаща част от застрахователната сума според процента на трайно загубена или намалена работоспособност, установен от последната лекарска експертиза;

(7.3) по-късно от една година след злополуката, вследствие от нея или по друга причина, също се изплаща част от застрахователната сума според процента на трайно загубена или намалена работоспособност, определен според последната лекарска експертиза.

(8) В случай, че застрахованото лице е навършило 70 години към момента на злополуката, вместо застрахователната сума се изплаща пенсия по указаната в ал.(9) таблица за пенсиите, като за основа на пресмятането се вземат навършените години на застрахованото лице към датата на злополуката.

(9) Размер на годишната пожизнена пенсия, платима в началото на всяка година и съответстваща на застрахователна сума от 1000 евро:

Възраст	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Годишна пенсия в EUR	120	123	126	130	135	141	148	156	165	175	186

Член 37. Случай на смърт

(1) Ако в срок от 1 година от деня на злополуката настъпи смърт като следствие от тази злополука, се изплаща определената застрахователна сума в случай на смърт.

(2) От застрахователната сума в случай на смърт се приспадат плащанията, които са направени за трайно загубена или намалена работоспособност по същия случай. Превишаващите застрахователната сума в случай на смърт изплатени суми за трайно загубена или намалена работоспособност не могат да се изискват обратно от Застрахователя.

Член 38. Промяна на професията или на дейността на Застрахованото лице

(1) Промени на посочените в заявлението за застраховане, съответно при сключване на договора професия и занятие на застрахованото лице се съобщават в срок от една седмица. Повикването за отбиване на редовна военна служба или участието в краткотрайни военни учения не се считат за промяна на професията или дейността.

(2) В случай, че поради промяната на професията или дейността на застрахованото лице, размерът на премията по валидната в момента тарифа е по-нисък, то съответно намалената премия се плаща, считано от деня, в който Застрахователят е получил известието.

(3) В случай, че поради промяната на професията или дейността на застрахованото лице, размерът на премията по валидната в момента тарифа е по-висок, то в срок от 3 месеца от момента, в който Застрахователят би трябвало да е получил известието за промяна на професията, се осигурява пълна застрахователна защита, независима от промяната на професията или дейността. Ако след изтичане на този период от 3 месеца настъпи застрахователно събитие, което се дължи на новата професия или дейност, без междувременно да е постигнато съгласие за плащане на увеличената премия, то застрахователната сума се определя чрез премийните ставки, съответстващи на новата професия или дейност (според актуалната тарифа на Застрахователя към датата на промяната) и действителната премия по полицата.

(4) В случай, че според тарифата на Застрахователя при новата професия или дейност не се допуска сключването на застраховка Злополука, застраховката се прекратява към момента на промяната и Застрахователят се освобождава от задължението си да изплати застрахова-

телната сума или част от нея.

Член 39. Процедура при спорове (лекарска комисия)

(1) В случай на различни мнения за вида и размера на последствията от злополуката, или за това, до каква степен настъпилото увреждане е причинено вследствие на застрахователно събитие, също и за влиянието на болест или недъг върху последствията от злополуката, както и в случаите на чл.36, ал.(6) се произнася лекарска комисия.

(2) В случаите на спорове по ал.(1), по които се произнася лекарската комисия, Застрахователят има право в срок от 15 дни след получаване на извънлението на Застрахователя, в което той признава или не задължението си да изплати застрахователната сума или част от нея и посочва нейния размер, да повдигне възражение и да поиска решението на лекарската комисия.

(3) Право да потърси решението на лекарската комисия има и Застрахователят.

(4) Лекарската комисия се състои от двама български лекари, посочени съответно от Застрахователя и Застрахователя, които са в списъка на вещице лица към съда. Когато в срок от 2 седмици едната страна не посочи лекар въпреки писмената покана, тогава лекарят се посочва от Районната колегия на Българския лекарски съюз по постоянния адрес на застрахованото лице. Преди да започнат работа по случая двамата лекари посочват трети лекар като арбитър, който решава в рамките на експертните на двамата си колеги, в случай, че те не се споразумеят или постигнат само частично споразумение. Ако лекарите не се споразумеят относно личността на арбитъра, тогава се посочва такъв от Районната колегия на Българския лекарски съюз по постоянния адрес на застрахованото лице.

(5) Застрахованото лице е задължено да се подложи на медицински преглед от страна на членовете на лекарската комисия и на съответните необходими процедури и изследвания, в случаите когато застрахованото лице оспорва заключението на доверения лекар на Застрахователя. Отказът от освидетелстване от лекарската комисия, по реда на предходните алинеи, се счита за признаване от застрахованото лице на заключението, изготвено от доверения лекар на Застрахователя.

(6) Комисията води протокол за дейността си. В протокола се записват основанията за решенията на комисията. В случай на различни мнения всеки лекар отбелязва становището си в протокола. Ако е необходимо решение от страна на арбитъра, то и той записва своето обосновано мнение в протокола. Документите по тази процедура се съхраняват от Застрахователя.

(7) Разходите на лекарската комисия се определят от нея и се поемат пропорционално от страните по спора според степента на правотата им. В случаите на чл.36, ал.(6) разходите се поемат от страната, поискала ново разглеждане.

(8) По време на арбитражното производство на лекарската комисия застрахователните плащания не са дължими.

V. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗА СМЪРТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗЛОПОЛУКА

Член 40. Предмет на застраховката

(1) Ако през срока на плащане на премията по основната застраховка и преди навършване на 75 годишна възраст, настъпи смърт на застрахованото лице вследствие на злополука, претърпяна след началото на допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука и в срок от една година от същата, Застрахователят плаща освен застрахователната сума по основната застраховка, също и уговорената сума по допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука. Падежът на плащането по допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука настъпва в срок от 15 / петнадесет/ работни дни след представяне на нужните доказателства.

(2) Застрахователната защита по допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука съществува само дотогава, докато съответната основна застраховка е изцяло в сила. Изключени са измененията на допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука в безпремийна застраховка и откупът ѝ. Допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука не участва в допълнителния резерв.

(3) При застраховка Живот на две лица сумата от допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука се изплаща двойно, ако застрахованите лица загинат едновременно при едно и също събитие. По смисъла на предходното изречение, едновременно означава, че смъртта на двете застраховани лица е настъпила поради едно и също събитие веднага или в срок от 1 година вследствие на злополука.

Член 41. Приложими условия.

За допълнителната застраховка за смърт вследствие на злополука, се прилагат Общите правила по договорите за застраховка, както и Условията по допълнителните застраховки Злополука, без разпоредбата на чл.36 "Трайно загубена или намалена работоспособност" на тези общи застрахователни условия, доколкото в този раздел не е определено друго.

VI. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗА СМЪРТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ПЪТНО-ТРАНСПОРТНА ЗЛОПОЛУКА

Член 42. Предмет. Дефиниция на пътно-транспортна злополука

(1) Застрахователят поема риска само при такива злополуки, които настъпват, когато застрахованото лице:

(1.1) използва моторно превозно средство, в съответствие с правилата за движение;

(1.2) използва велосипед на пътното платно, в съответствие с правилата за движение;

(1.3) използва железопътен, воден, възен транспорт, в съответствие с правилата за използване на такъв транспорт;

(1.4) използва качеството на пътник самолет, който е разрешен за превозване на пътници;

(1.5) използва друго пътно превозно средство, в съответствие с правилата за използването му;

(1.6) става жертва на пътнотранспортно произшествие, в качеството си на пешеходец.

(2) Рискът се поема и за злополуки, които настъпват по време на слизане и качване, натоварване или разтоварване.



Застраховането на *Ваша* страна

(3) За злополука вследствие на пътнотранспортно произшествие се считат и следните събития, свързани с транспорта и настъпили независимо от волята на застрахованото лице:

- (3.1) удавяне;
- (3.2) изгаряния, попарвания, гръмотевични или токови удари;
- (3.3) вдихване на газове и пари, приемане на отровни или разяждащи вещества, освен в случаите, в които това става постепенно;
- (3.4) изкълчвания на крайници, както и разтегляния и скъсвания на мускулите, сухожилията, връзките и обвивките на крайниците и на гръбначния стълб в резултат на внезапно отклонение от планираното движение.

Член 43. Приложими условия

За допълнителната застраховка за смърт вследствие на пътнотранспортна злополука се прилагат Общите правила по договорите за застраховка, както и Условията по допълнителните застраховки Злополука, без разпоредбата на чл.36 "Трайно загубена или намалена работоспособност" на тези общи застрахователни условия, доколкото в този раздел не е определено друго.

VII. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗА ТРАЙНО ЗАГУБЕНА ИЛИ НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗЛОПОЛУКА

Член 44. Предмет на застраховката

(1) Ако застрахованото лице претърпи злополука през срока на плащане на премиите по основната застраховка и преди навършване на 75 годишна възраст, и ако в срок от 1 година след събитието, се установи, че вследствие от него остава трайно загубена или намалена работоспособност, в размер равен или по-голям от посочения в полицата процент, уговорената застрахователна сума по допълнителната застраховка за трайно загубена или намалена работоспособност вследствие на злополука се изплаща в съответствие с условията по договора. Ако процентът на трайно загубената или намалена работоспособност е под посочения в полицата процент, не се изплаща застрахователната сума по този договор.

(2) Застрахователната защита по допълнителната застраховка за трайно загубена или намалена работоспособност вследствие на злополука съществува дотогава, докато съответната основна застраховка е в сила. Изключени са изменянето на допълнителната застраховка за трайно загубена или намалена работоспособност вследствие на злополука в безпремийна застраховка и откупът ѝ. Допълнителната застраховка за трайно загубена или намалена работоспособност вследствие на злополука не участва в допълнителния резерв.

Член 45. Приложими условия

За допълнителната застраховка за трайно загубена или намалена работоспособност вследствие на злополука, се прилагат Общите правила по договорите за застраховка, както и Условията по допълнителните застраховки Злополука на тези общи застрахователни условия, доколкото в този раздел не е определено друго.

VIII. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ ПО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗА ДНЕВНИ ПАРИ ПРИ БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗЛОПОЛУКА

Член 46. Предмет на застраховката

(1) Дневните пари, дължими за всеки календарен ден, в който поради дадено застрахователно събитие застрахованият се намира в необходима от медицинска гледна точка хоспитализация, се изплащат максимум за 180 дни в рамките на 1 година от деня на злополуката. Минималната продължителност на престоя в болничното заведение и размерът на болничните средства за ден са посочени в застрахователния договор.

(2) За болници се считат частни рехабилитационни центрове, заведения за лечение и санаториуми, които са одобрени от компетентните органи и се намират под постоянно лекарско ръководство и надзор и които не се ограничават върху прилагането на отделни методи на лечение.

(3) За болници не се считат частни рехабилитационни центрове, заведения за лечение и рехабилитация на белодробно болни и на неизлечимо хронично болни, почивни и здравни домове, старчески домове и техните болнични отделения, също и балнеолечебните центрове и заведения за лечение и рехабилитация за нервно и душевно болни.

(4) Застрахователната защита по допълнителната застраховка за дневни пари при болничен престой вследствие на злополука съществува дотогава, докато съответната основна застраховка е изцяло в сила. Изключени са преобразуването на допълнителната застраховка за дневни пари при болничен престой вследствие на злополука в безпремийна застраховка и откупът ѝ. Допълнителната застраховка за дневни пари при болничен престой вследствие на злополука не участва в допълнителния резерв.

Член 47. Приложими условия

За допълнителната застраховка за дневни пари при болничен престой вследствие на злополука, се прилагат Общите правила по договорите за застраховка, както и Условията по допълнителните застраховки Злополука на тези общи застрахователни условия, доколкото в този раздел не е определено друго.

IX. РАЗДЕЛ: УСЛОВИЯ КЪМ ПЕНСИОННИТЕ ОПЦИИ, СВЪРЗАНИ СЪС ЗАСТРАХОВКИ ЖИВОТ И ЗЛОПОЛУКА

Член 48. Предмет на застраховката

(1) При доживяване срока на застраховката, вместо изплащане на дължимата застрахователна сума заедно с допълнителната доходност може да се избере изплащането на пенсия. Лицето, оправомощено да получи плащането, упражнява правото си на избор, когато получи известието за получаване на застрахователната сума от Застрахователя. Изборът, отбелязан в известието, е окончателен и не може да бъде променен впоследствие.

(2) Размерът на пенсията се определя по тарифите, валидни към падежа на застрахователната сума.

(3) Пенсията е периодически повтарящо се плащане, състоящо се от гарантирана основна пенсия и допълнителна бонус-пенсия, зависеща от дохода от инвестициите.

(4) Лихвеният процент, на база на който е калкулирана основната пенсия, може да бъде променен, в случай, че държавният надзорен орган в областта на застраховането, изиска неговата промяна. Промяната на този лихвен процент рефлектира и върху размера на основната пенсия.

(5) Изборът на изплащане на пенсия не изисква лекарски преглед.

Член 49. Договорно определени видове пенсия

(1) В зависимост от начина на плащане на пенсията, тя бива месечна, тримесечна, полугодишна и годишна.

(2) В зависимост от срока на изплащане на пенсията тя може да бъде пожизнена и срочна.

(3) При договаряне на пожизнена пенсия изплащането на пенсията се прекратява със смъртта на получателя на пенсията.

(4) При договаряне на срочна пенсия изплащането на пенсията се прекратява с настъпване на договорената дата на изтичане на срока. В случай на смърт на получателя на пенсията преди настъпването на тази дата, изплащането на пенсията също се прекратява.

(5) При договаряне на гарантиран период на изплащане на пенсията, Застрахователят изплаща пенсия най-малко до изтичането на този гарантиран период, независимо от това, дали получателя на пенсията доживява този срок.

(6) При договаряне на прехвърляне на пенсионните плащания към друго лице, роднина на получателя на пенсията, правото на застрахователното плащане преминава върху другото лице, в случай на смърт на получателя на пенсията. За роднина се считат съпруг и деца. В такъв случай преживелият съпруг получава пожизнена, респ. срочна пенсия, а децата - пенсия, платима най-късно до навършване на 27 години. Размерът на пенсията за роднина се изчислява според тарифите, валидни към момента на смъртта на получателя на пенсията.

Член 50. Обвързаност към избраната пенсия

Последователността на пенсионните плащания във времето, договореният срок и другите възможности, упоменати в чл.49, се договарят обвързващо за целия срок на договора преди изплащане на първата пенсия.

Член 51. Специално условие за изплащане на пенсията

Преди всяко плащане на пенсията Застрахователят може да изиска доказателства, че получателят на пенсията е жив.

СПЕЦИАЛНИ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛОВИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗА ДНЕВНИ ПАРИ ПРИ БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ И ЗА ХИРУРГИЧЕСКА ОПЕРАЦИЯ НА „ГРАВЕ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД (Приети на 1.09.2009 год., в сила от 15.09.2009 год.)

I. РАЗДЕЛ: ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ ОТНОСНО ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ЗАСТРАХОВКИ ЗА ДНЕВНИ ПАРИ ПРИ БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ И ЗА ХИРУРГИЧЕСКА ОПЕРАЦИЯ

Член 1. Основни понятия

(1) Заболяване е аномално физическо или психическо състояние съгласно общоприетите медицински стандарти.

(2) Злополука е всяко събитие, настъпило независимо от волята на застрахованото лице, което чрез внезапно, външно, механично или химическо въздействие, предизвиква телесна повреда на застрахованото лице.

(3) Лечение е медицинска дейност, която се осъществява според общоприетите медицински стандарти, с цел да се възстанови или подобри здравословното състояние, или да се предотврати неговото влошаване.

(4) Предварително съществуващо болестно състояние е всяко болестно състояние или свързани с него обстоятелства (напр. заболявания, симптоми, лечения, болки), възникнали преди началото на настоящото застрахователно покритие, независимо дали е провеждано медицинско лечение или консултация. Всяко такова състояние или свързани с него обстоятелства, които са известни, били са известни, или може разумно да се допусне, че са били известни на застрахователя или на застрахованото лице, се считат за предварително съществуващи болестни състояния. Болестните състояния, възникнали след подписване на заявлението за застраховане и преди издаването на застрахователната полица от ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД (застрахователя), също се считат за предварително съществуващи.

(5) Необходими от медицинска гледна точка са здравни услуги, които застрахователят счита за подходящи от медицинска гледна точка, и за които кумулативно важи следното:

(5.1) необходими са за удовлетворяване на основните здравни нужди на застрахованото лице;

(5.2) предоставени са по най-подходящия от медицинска гледна точка начин и вид, с оглед осигуряване на медицинско обслужване, като се вземат предвид разходите и качеството на предоставените грижи;

(5.3) съответстват по вид, честота и продължителност на лечението на научно обоснована препоръка от организации или правителствени агенции с медицинска, изследователска или здравна насоченост, които са приети от застрахователя;

(5.4) съответстват на диагнозата за заболяването;

(5.5) необходими са поради причини, различни от удобството на застрахованото лице или неговия лекар;

(5.6) определени са от уважавани и приети от специалистите медицински източници като:

(5.6.1) безопасни и ефикасни за лечение или диагностициране на заболяването или болестното състояние, за което са предназначени, или



Застраховането на *Ваша* страна

- (5.6.2)** безопасни и със значителна степен на ефикасност
- за лечение на животозастрашаващо заболяване или състояние,
- в клинично контролирана изследователска среда.

(За целите на това определение терминът „животозастрашаващ“ се използва за описание на заболяване или състояние, което е по-вероятно да доведе до летален изход в рамките на една година от датата на претенцията.)

Член 2. Сключване на допълнителните застраховки за дневни пари при болничен престой и за хирургическа операция

- (1) Доколкото в настоящите Специални застрахователни условия или в застрахователната полица не е определено друго, по отношение на допълнителните застраховки за дневни пари при болничен престой и за хирургическа операция се прилагат Общите застрахователни условия (Раздел I).
- (2) Допълнителните застраховки за дневни пари при болничен престой и за хирургическа операция могат да бъдат сключени към основна застраховка Живот или основна застраховка Живот, свързана с инвестиционен фонд.
- (3) Ако основната застраховка бъде прекратена или преобразувана в безпремийна преди изтичането на договорения срок за плащане на премията по допълнителната застраховка, задължението на застрахователя за плащане на премия по допълнителните застраховки се прекратява, както и задължението на застрахователя за изплащане на застрахователни суми по допълнителните застраховки.
- (4) Застрахованото лице по допълнителните застраховки за дневни пари при болничен престой и за хирургическа операция не може да бъде различно от застрахованото лице по основната застраховка.
- (5) Допълнителните застраховки за дневни пари при болничен престой и за хирургическа операция нямат откупна стойност.
- (6) Допълнителните застраховки за дневни пари при болничен престой и за хирургическа операция не участват във формирането на допълнителен резерв.

Член 3. Застрахователно събитие и начало на застрахователната защита

- (1) Доколкото в полицата или в настоящите Специални застрахователни условия не е уговорено друго, застрахователно събитие е необходимо от медицинска гледна точка лечение (стационарно лечение или хирургическа операция) на застрахованото лице поради заболяване или в резултат от злополука.
- (2) Доколкото в полицата или в настоящите Специални застрахователни условия не е уговорено друго, застрахователното събитие настъпва с началото на лечението и приключва, когато според медицинското заключение лечение вече не е необходимо.
- (3) В случай, че лечението трябва да обхване и заболяване или последици от злополука, които не са причинно свързани с досега лекуваното/ите, то възниква ново застрахователно събитие.
- (4) За начало на застрахователната защита се счита 00.00 ч в деня, посочен върху полицата като начало на застраховката, но в никакъв случай преди изтичане на договорения срок на изчакване и преди плащането на първата премия или първата вноска от премията. Застрахователната година започва от деня, посочен върху застрахователната полица като начало на застраховката.
- (5) Ако първата премия или първата вноска от нея не бъде платена до деня, посочен в застрахователната полица като начало на застраховката, застрахователната защита започва след 24.00 ч. от деня, в който е извършено плащането, но не преди изтичане срока на изчакване.

Член 4. Срок на изчакване

- (1) Сроктът на изчакване е период от време, който започва с началото на застраховката, и по време на който застрахователят не дължи плащане на застрахователна сума или част от нея при настъпване на застрахователно събитие. При увеличаване или разширяване на застрахователната защита, срокът на изчакване започва да тече от момента на промяната.
- (2) В общия случай срокът на изчакване е 3 месеца, доколкото не е договорен особен срок на изчакване в застрахователната полица или в настоящите Специални застрахователни условия.
- (3) Особен срок на изчакване

За раждания, включително необходимите по време на бременността прегледи и изследвания, както и свързаните с бременността необходими медицински манипулации, застрахователната защита започва след изтичане на срок на изчакване от девет месеца.

Ако застрахованият докаже, че бременността е започнала след началото на застраховката, особеният срок на изчакване не се прилага. За доказателство се приема, когато определените от лекар термин за раждане е девет месеца след началото на застраховката.

- (4) Сроктът на изчакване отпада при:

- (4.1) злополуки. Всички видове хернии, които са предизвикани или са се влошили в резултат от злополука, не се считат за последици от злополука по смисъла на тези условия.
- (4.2) следните остри инфекциозни заболявания: рубеола, морбили, варицела, скарлатина, дифтерия, коклюш, заушка, спинален полиомиелит, менингит, дизентерия, паратиф, петнист тиф, тиф, холера, вариола, възвратен тиф, малария, антракс, червенка, жълта треска, чума, туларемия, пситакоза.

Член 5. Вид и обем на застрахователната защита

- (1) Видът и обемът на застрахователната защита се определят от настоящите Специални застрахователни условия и застрахователната полица. В случай, че в застрахователната полица не е договорено друго, в сила са следните разпоредби:
- (2) Разходите за транспортиране на застрахованото лице до лекаря, респ. мястото за лечение, и обратно не се възстановяват.
- (3) Не се възстановяват разходи за помощни средства.
- (4) Стационарно лечение по смисъла на настоящите специални застрахователни условия е лечение в рамките на необходимия от медицинска гледна точка стационарен престой в лечебни заведения, отговарящи на изискванията на Закона за лечебните заведения, или в отделения на такива лечебни заведения, в случай, че те предвиждат постоянно лекарско присъствие; разполагат с достатъчно диагностични и терапевтични възможности; работят

изключително в съответствие с общоприетите медицински стандарти, не се ограничават в прилагането на определени методи на лечение, както и водят пълна история на заболяването. За стационарен се приема само престой, който поради вида на лечението изисква престой от минимум 24 часа, в случай, че не е договорено друго.

Не се счита за необходим от медицинска гледна точка такъв престой, който е обоснован само от липса на домашни грижи или от други лични отношения на застрахованото лице.

- (5) За стационарно лечение по смисъла на ал. 4 в долупосочените заведения, се дължи изплащане на застрахователна сума или част от нея, само ако това е изрично договорено или застрахователят писмено е потвърдил това преди началото на застраховката:

- (5.1) в лечебни заведения, които не работят изключително в съответствие с общоприетите медицински стандарти или в такива техни отделения;
- (5.2) в лечебни заведения, в които се приемат и възстановяващи се или лежачо болни, или в такива техни отделения;
- (5.3) в гериатрични заведения (напр. гериатрия за вътрешни болести, неврологична, психиатрична гериатрия и т.н.) или в такива отделения на лечебните заведения;
- (5.4) в лечебни заведения за неврологични и/или психични заболявания и в заведения за психосоматични заболявания (с изключение на самостоятелните отделения по неврология и неврохирургия) или в такива отделения на всички лечебни заведения (с изключение на самостоятелните отделения по неврология и неврохирургия);
- (5.5) в лечебни заведения за хронично болни от белодробни заболявания и туберкулозно-болни или в такива отделения на лечебните заведения;
- (5.6) в санаториуми, заведения за грижи за здравето и заведения за палиативни грижи;
- (5.7) в лечебни заведения за дневни грижи.

- (6) Застрахователна защита във всички случаи не съществува за престой в следните заведения или отделения на лечебните заведения:

- (6.1) в заведения за зависими от алкохол и наркотици лица или в подобни отделения на лечебните заведения;
 - (6.2) в полски болници на въоръжените сили (лазарети);
 - (6.3) в лечебни заведения за психичноболни правонарушители или в подобни отделения на лечебните заведения;
 - (6.4) в заведения за лица, лишени от свобода, или в подобни отделения на лечебните заведения;
 - (6.5) в заведения за хронично болни или в подобни отделения на лечебните заведения;
 - (6.6) в заведения за полагане на социални грижи за възрастни хора, в старчески домове, домове за възрастни и немощни, заведения за подслон и обгрижване на възрастни или в подобни отделения на лечебните заведения.
- (7) Не се изплащат дневни пари при болничен престой при престой в посочените в ал. 5 и 6 лечебни заведения или отделения на лечебни заведения, доколкото не е договорено друго.

Член 6. Лица, които не подлежат на застраховане

- (1) Лица, които не подлежат на застраховане и фактически незастраховани са трайно напълно неработоспособните или страдащите от тежко нервно заболяване лица, както и душевноболните.
- (2) Ако по време на срока на действие на застрахователния договор застрахованото лице е станало неподлежащо на застраховане, застрахователната защита се преустановява и застраховката се прекратява.

Член 7. Лица, които подлежат на застраховане

- (1) Застраховани могат да бъдат само здрави лица на възраст от навършени 15 години до 55 години.
- (2) За здраво се счита лице, което в момента на сключването на застрахователния договор извършва всички жизненни и трудови дейности, няма физически или психически оплаквания, както и не провежда терапия и не се нуждае от медицински услуги.
- (3) За условно здраво се счита лице без съществени физически или психически оплаквания, което извършва всички жизненни и трудови дейности с провеждане на терапия при необходимост или регулярно. Условно здравото лице може да бъде застраховано след оценка на риска и след оценка на здравословното състояние.
- (4) Освен по установените в Общите застрахователни условия причини за това, застрахователната защита се прекратява и с навършване на 55-годишна възраст от застрахованото лице.

Член 8. Ограничение на застрахователната защита

- (1) От застрахователната защита са изключени лечения, започнали преди началото на застраховката.
- (2) Заболявания и последици от злополуки, които са възникнали преди началото на застраховката, но водят до лечение едва след началото на застраховката, са включени в застрахователната защита само в съответствие с предписанията на настоящия и предходния член.
- (3) По отношение на заболявания и последици от злополуки, лекувани за първи път през общия срок на изчакване (чл. 4, ал. 2), не съществува застрахователна защита до приключването на застрахователното събитие, но не повече от три години след сключването на застрахователния договор. Това важи и за заболявания, които са в непосредствена причинна връзка с горните.
- (4) Застрахователят не дължи изплащане на застрахователна сума или част от нея при настъпване на застрахователно събитие в следните случаи:
 - (4.1) Заболявания и злополуки, както и последици от тях, които са предизвикани от или във връзка с: всякакъв вид военни действия, с или без обявяване на война; участие във военни събития, враждебни прояви или подобни на военни действия, гражданска война, революция, въстание или граждански размирици, които са резултат от такива събития, участие в саботаж или терористични прояви по политически причини, в прояви на насилие, в които застрахованото лице е участвало активно, във военни акции или операции, при които се изисква употреба на оръжие или които произтичат от задължения за борба с тероризма, бунтовничеството и подобни събития;
 - (4.2) Заболявания и злополуки, както и последици от тях, които са предизвикани от



Застраховането на *Ваша* страна

или във връзка с ядрени рискове, напр. излагане на атомна енергия (атомни реакции, облъчване, замърсяване) или излагане на всякакъв вид радиоактивни отпадъци или химическо замърсяване;

(4.3) Заболявания и злополуки, както и последствията от тях, които са предизвикани от или във връзка с природни бедствия: лавини, земетресения, изригване на вулкани или бури;

(4.4) Заболявания и злополуки, както и последствията от тях, които са настъпили или са се влошили в резултат на злоупотребата с алкохол или наркотици, или чието лечение е значително затруднено в резултат на злоупотребата с алкохол или наркотици, както и мерките за лечение на алкохолна или наркотична зависимост;

(4.5) Заболявания и злополуки, както и последствията от тях, възникнали при умишлено извършване на наказуемо деяние;

(4.6) Умишлено причинени от застрахователя или от застрахованото лице болести или злополуки, включително последствията от тях;

(4.7) Ако застрахованото лице използва въздухоплавателно транспортно средство, което по някакъв начин се отличава от напълно допустимия стандартен тип самолет, който е притежание или е в употреба от дадена авиокомпания в рамките на регулярните й полети по установени летателни маршрути и на който застрахованото лице пътува със самолетен билет.

(5) Отделни заболявания или последствия от злополуки от ал. 1 до 4 могат да бъдат включени в застрахователната защита само при изрично договаряне.

(6) Ако лечението продължи повече от необходимото от медицинска гледна точка, застрахователят има право да намали плащането до съответния размер.

(7) Застрахователят може да изключи от застрахователната защита в обосновани случаи лечения при определени лекари, както и в определени лечебни заведения или отделения на лечебни заведения. Това изключване от застрахователна защита важи само за лечения, проведени след връчване на известие за изключване на застрахователя, съответно на застрахованото лице.

(8) Допълнително към гореспоменатите ограничения, не съществува застрахователна защита и когато стационарният болничен престой, респ. хирургическата операция се наложи през първата застрахователна година поради следните заболявания, независимо от това, дали застрахованото лице е знаело или не е знаело, че страда от тях:

(8.1) всички видове хернии;

(8.2) всички видове тумори;

(8.3) ендометриоза;

(8.4) хемороиди;

(8.5) заболявания на носните кухини;

(8.6) уголемени сливици и увеличение на жлезите с вътрешна секреция;

(8.7) повишени нива на хормоните на щитовидните жлези в кръвта;

(8.8) катаракта;

(8.9) доброкачествени тумори на мускулната и съединителната тъкан на матката;

(8.10) анални фистули;

(8.11) отстраняване на матката;

(8.12) възпаление на жлъчката;

(8.13) камъни в бъбреците, в пикочния канал и в жлъчката;

(8.14) високо кръвно налягане или заболявания на сърцето и кръвоносните съдове;

(8.15) язва на стомаха или на дванадесетопръстника;

(8.16) валгус на палеца на ходилото;

(8.17) интервертебрална дискова херния;

(8.18) варикоцеле и хидроцеле;

(8.19) разширени вени;

(8.20) увреждания на менискуса;

(8.21) туберкулоза.

(9) Във всички случаи застрахователна защита не съществува и при:

(9.1) предварително съществуващо болестно състояние;

(9.2) бременност, естествено раждане, раждане с цезарово сечение и аборт;

(9.3) неинвазивен карцином in-situ и всички кожни тумори с изключение на инвазивна злокачествена меланома;

(9.4) неонатални лечения;

(9.5) вродени дефекти и деформации или наследствени заболявания;

(9.6) диагностични интервенции посредством вземане на биопсия, ендоскопия, лапароскопия и артроскопия;

(9.7) лечение и операции на зъби;

(9.8) разкъсвания на възпалена кожа, тъкани и стави;

(9.9) отстраняване на поставени при предишни операции материали;

(9.10) отстраняване на кожни шевове (конци);

(9.11) изкривяване на носната преграда, резекция на носна преграда, операции на горна и долна челюст, включително операции на темпоро-мандибуларната става, операции на челюстната става, ортодонтични интервенции с изключение на директно третиране на остри наранявания или карциноми;

(9.12) козметични и пластични хирургически операции, освен ако са вследствие на покрити по застрахователния договор злополука. Лечението трябва да се извърши максимум до 9 месеца след злополуката, при условие, че предварително е получено писмено съгласие от застрахователя. Реконструкция на бюста вследствие на направена мастектомия поради карцином е покрит риск, но смяната на съществуващи гърдни имплантанти е изключена от застрахователната защита;

(9.13) оперативни интервенции в директна или индиректна връзка със СПИН. С това се изключва всяко заболяване, възникнало като директна или индиректна последица на серопозитивни HIV-инфекции, на СПИН или свързан със СПИН синдром;

(9.14) лечебни мерки за редуциране на телесното тегло като провеждане на диети в ста-

ционар и оперативни интервенции;

(9.15) процедури, свързани със стерилизация или противоположни процеси, изкуствено оплождане или смяна на пола;

(9.16) лечение, свързани с венерически заболявания;

(9.17) лечение във връзка със самонараняване или опит за самоубийство;

(9.18) душевни разстройства от всякакъв вид, включително видими състояния на персонална, душевна или емоционална дезорганизация до сериозно влошаване на нормалното психологическо, социално и професионално поведение на застрахованото лице;

(9.19) при ПТП, когато застрахованото лице е водач на транспортното средство и при настъпване на застрахователното събитие кръвната му проба за алкохол е била над допустимата граница, или е управлявал транспортното средство без съответен документ за правоуправление, или транспортното средство е било технически неизправно;

(9.20) при трудови злополуки при следните дейности и професии: работа в клиника, домна пещ, леварски цех, в предприятие за взривни вещества, на петролен кладенец или в каменоломна, на строително скеле, по-високо от два етажа, професионален шофьор, корабостроителен инженер, докер, миньор;

(9.21) заболявания и злополуки, както и последствията от тях, вследствие на практикуване на опасен вид спорт, както и на други рискови дейности, включително гмуркане, парашутизъм, планиризм, катерене, рафтинг, мотоциклетизъм, бънджи скокове и всички видове състезания с изключение на бягане;

(9.22) експериментални лечения или лечения, провеждани от неспособен лекар;

(9.23) всяко ненужно от медицинска гледна точка лечение;

(9.24) облъчване, радиотерапия, химиотерапия;

(9.25) перитониална диализа;

(9.26) процедури, чието прилагане е с цел профилактика, а не лечение.

Член 9. Актуализиране на премията и застрахователните плащания

Застрахователят си запазва правото да актуализира категоризирането на видовете заболявания и операциите в съответствие с развитието на медицинските технологии и усъвършенстването на методите на лечение. Тези актуализации се отнасят и за действащи договори.

Актуализирането на премията според промените на инфлационните индекси се извършва съгласно съответните клаузи от застрахователните условия на основната застраховка.

Член 10. Край на застрахователната защита

Застрахователната защита се прекратява с изтичането на последния ден от застрахователния срок. С прекратяването на застрахователната защита се прекратяват и всички задължения на застрахователя, произтичащи от застрахователни събития, възникнали през време на срока на застраховката.

Член 11. Задължения на застрахователя и застрахованото лице през срока на застрахователния договор

(1) Застрахователят и застрахованото лице се задължават да предоставят по искане на застрахователя всяка информация, която е необходима за установяване на задължението за плащане от страна на застрахователя или на вида и размера на застрахователната защита. Това задължение включва и задължението на застрахованото лице по искане на застрахователя да се подложи на преглед от посочен от застрахователя лекар.

(2) Застрахователят и застрахованото лице се задължават да съблюдават разумните правила за поведение, препоръчани от лекаря или застрахователя и да избягват всякакви действия или бездействия, които биха могли да попречат за възстановяване на здравословното състояние. Освен това застрахованото лице се задължава да се подложи на допълнителен преглед от посочен от застрахователя лекар по искане на застрахователя.

(3) Застрахователят, респ. застрахованото лице се задължава да съобщи за настъпилото застрахователно събитие в срок от три дни след неговото узнаване.

Член 12. Последици при нарушаване на задълженията на застрахователя/застрахованото лице по време на действие на договора

(1) В случай, че застрахователят или застрахованото лице не изпълни някое от предписаните или договорени задължения, то той отговаря пред застрахователя за причинените от това щети.

(2) В случай, че застрахователят или застрахованото лице съзнателно или с намерение за измама причини застрахователното събитие, застрахователят се освобождава от задължението за плащане.

II. РАЗПОРЕДБИ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНАТА ЗАСТРАХОВКА ЗА ДНЕВНИ ПАРИ ПРИ БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ

Член 13. Общи разпоредби за допълнителната застраховка за дневни пари при болничен престой

(1) Въз основа на настоящите Специални застрахователни условия, застрахованото лице получава дневни пари в договорения размер при необходимо от медицинска гледна точка стационарно лечение в лечебни заведения, независимо от действителните разходи за настаняване и лечение.

(2) Видът и размерът на застрахователните плащания са определени в настоящите Специални застрахователни условия и в полицията.

Член 14. Застрахователно събитие – необходимо от медицинска гледна точка стационарно болнично лечение

(1) За всеки ден от необходимия от медицинска гледна точка стационарен болничен престой се изплаща уговореният в полицията размер на дневните пари при болничен престой.

(2) В случай, че стационарният болничен престой на застрахованото лице продължи най-малко 5 дни, дневните пари се изплащат считано от първия ден на болничното лечение.

(3) В случай, че стационарният болничен престой на застрахованото лице е продължил по-малко от 5 дни, не се изплащат дневни пари при болничен престой.



Застраховането на *Ваша* страна

(4) Правото на претенция за изплащане на дневни пари за болничен престой се прекратява с последния ден от стационарния болничен престой.

(5) Договореният размер на дневните пари при болничен престой се изплаща за максимум 180 дни стационарен болничен престой в рамките на една застрахователна година.

Член 15. Застрахователно плащане при раждане

(1) Вместо изплащане на дневни пари при болничен престой съгласно чл. 14 от настоящите Специални застрахователни условия, при представяне на акт за раждане се изплаща застрахователна сума при раждане на стойност петкратния размер на договореното дневно плащане за болничен престой.

(2) За всяко следващо дете, родено през същата застрахователна година, се изплаща половината на сумата от предходната алинея.

III. РАЗПОРЕДБИ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНАТА ЗАСТРАХОВКА ЗА ХИРУРГИЧЕСКА ОПЕРАЦИЯ

Член 16. Общи разпоредби за допълнителната застраховка за хирургическа операция

(1) Видът и размерът на застрахователните плащания са определени в настоящите Специални застрахователни условия и в застрахователната полица.

(2) Застрахователно плащане по смисъла на ал.1 е дължимата от застрахователя парична сума при настъпило застрахователно събитие, която се определя в процент от застрахователната сума, съгласно списък с хирургическите операции.

Член 17. Застрахователно събитие – необходима от медицинска гледна точка хирургическа операция

(1) Застрахователното събитие е хирургическа операция, която е необходима от медицинска гледна точка вследствие на заболяване или злополука.

(2) Хирургическа операция е операция с хирургически разрез, която се извършва от хирург в лечебно заведение (чл. 5, ал. 4) и в общия случай изисква оборудвана операционна зала.

(3) Хирург е лице, притежаващо надлежно свидетелство за завършено медицинско образование и разрешение за самостоятелно извършване на операции, валидни в България или в друга страна, за която важи застрахователното покритие.

(4) Бременността не се счита за застрахователно събитие, включително проследяване на бременност и раждане, заедно със свързаните с тях манипулации и изследвания, както и аборт.

Член 18. Стационарно оперативно лечение в лечебни заведения

(1) При стационарно оперативно лечение в лечебно заведение застрахователното плащане се извършва както следва:

(1.1) За всяка претърпяна хирургическа операция на застрахованото лице се изплаща договорен процент от застрахователната сума, който съответства на списъка с хирургически операции, валиден към момента на настъпване на застрахователното събитие. Примери за съответстващите на отделните видове операции проценти са посочени в член 19.

(1.2) Ако претърпяната операция не се съдържа в списъка, довереният лекар на застрахователя определя категорията на проведената интервенция посредством сравняване на вида и тежестта на операцията с друга съответстваща от списъка с хирургически операции.

(1.3) В случай, че по време на хирургическа операция с различни хирургически разрези се проведат повече от една от изброените в списъка с хирургически операции оперативни интервенции, на застрахованото лице се изплащат 100% от дължимото плащане за тази хирургическа операция, за която е договорен най-голям процент от застрахователната сума. За всяка следваща хирургическа операция на застрахованото лице се изплащат 50% от договореното плащане за такава операция.

(1.4) Когато с един хирургически разрез се извършва повече от една хирургическа интервенция, застрахователят изплаща съответната част от застрахователната сума само за операцията, за която се дължи най-голям процент от застрахователната сума.

(1.5) Други, свързани с операцията, респ. със стационарния болничен престой, такси или разходи за лечение или обслужване не се възстановяват.

(2) Общата сума на дължимите от застрахователя плащания за всички застрахователни случаи, настъпили в рамките на една застрахователна година, не може да превишава размера на договорената застрахователна сума.

(3) Изплащането на застрахователната сума, респ. на съответната част от нея става след представяне на епикриза и на пълната изискана от застрахователя медицинска документация.

(4) Задължението за плащане на застрахователя не се намалява, ако застрахованото лице получи плащания от трети лица, включително от задължителното здравно осигуряване.

Член 19. Списък с хирургически операции – примерно изброяване със съответстващия процент от застрахователната сума

(1) ЛЕКИ ОПЕРАЦИИ (операции с малък обем и сложност):

(1.1) орални хирургически операции (леки оперативни интервенции в устната кухина) без операции на зъбите, (напр. операции на сливиците (20%) и др.;

(1.2) по-малки оперативни интервенции на кръвоносни съдове (напр. разрез, емболектомия и тромбектомия на кръвоносни съдове (40%) и др.);

(1.3) по-малки оперативни интервенции на кожата и подкожната тъкан (напр. хирургическо лечение на рани с отстраняване на болна тъкан (10%) и др.);

(1.4) по-малки операции на коремната стена (напр. операция на абдоминална херния (30%) и др.;

(1.5) по-малки оперативни интервенции в областта на външните полови органи (напр. при мъжете: операции на препуциума (10%), при хидроцеле на тестис (10%) и др.; при жените: операции на бартолиновите жлези (10%), по-малки операции на яйчниците (10%), отстраняване на кисти от яйчниците и тръбите (20%) и др.);

(1.6) по-малки оперативни интервенции на костната система (напр. операции на ставни

вързки и сухожилия – поради скъсвания или други наранявания (10%), операция на по-малки костни деформации – напр. деформация на стъпалото Hallux Valgus (20%), артроскопски интервенции на ставите (20%), и др.);

(2) СРЕДНО ТЕЖКИ ОПЕРАЦИИ (операции със среден обем и сложност):

(2.1) оперативно лечение на отделен (изолиран) гръбначен прешлен, закрыта репозиция на счупване или изкълчване (10%), открита репозиция на единична фрактура (30%), артроскопска операция на менискус (40%) и др.;

(2.2) средно тежки операции на очите – екстракция на очна леща (30%), иридопластика и други пластични операции на ириса, операции на ретината (30%), енуклеация на окото (отстраняване на очната ябълка) (40%) и др.;

(2.3) операции на ендокринните жлези (операции на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези – частично отстраняване – резекция на щитовидната жлеза (30%) и др.);

(2.4) средно тежки операции на гръдната стена – мастектомия (без (30%) и с отстраняване на аксиларни лимфни възли (40%) и др.;

(2.5) средно тежки коремни операции (апендектомия – отстраняване на сляпо черво (30%), операции на тънки и дебели черва, операция на черния дроб, частична резекция на черен дроб (60%), холецистектомия – отстраняване на жлъчен мехур (30%) и др.; бъбречни операции – 60% (отстраняване на бъбречен камък с пиелопластика), отстраняване на един бъбрек (60%), операции на далака (напр. спленектомия – отстраняване на далака – 50%) и др.;

(2.6) операции на пикочния мехур (ендоскопско отстраняване на камъни от пикочния мехур (30%) и др.); операции на матката (хистеректомия – отстраняване на матката (30%), хистеротомия – оперативен разрез на матката (10%) и др.);

(2.7) средно тежки операции на крайниците (оперативно лечение при множествени фрактури на костите – с остеосинтеза (40%), и др.;

(3) ТЕЖКИ ОПЕРАЦИИ (операции с голям обем и сложност):

(3.1) операции на гръбначен стълб – комплексни оперативни интервенции в областта на гръбначния стълб (напр. оперативно лечение на кифоза и сколиоза (50%) и др.);

(3.2) по-големи оперативни интервенции в областта на гръдния кош, сегментна резекция на бял дроб (60%), разширена пулмонална лобектомия (70%), сърдечни операции (подмяна на сърдечна клапа/сърдечни клапи) – 70%; операции на коронарни артерии (поставяне на аортокоронарен байпас (90%) и др.);

(3.3) по-големи оперативни интервенции на крайниците (имплантация – поставяне на ендопротези на по-големите стави – напр. ендопротезиране на тазобедрена става (70%), на раменна, лакътна, колянна става (70%) и др.;

(4) МНОГО ТЕЖКИ ОПЕРАЦИИ (операции с много голям обем и сложност):

(4.1) открити сърдечни операции (напр. сърдечна трансплантация (100%), поставяне на аортокоронарен байпас в комбинация с друга оперативна интервенция на сърцето (90%) и др.;

(4.2) трансплантация на органи – сърце, сърце и бял дроб комплексно, черен дроб, (100%) бъбрек (90%) и др.

СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКА ЖИВОТ СЪС ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕТО НА ОПРЕДЕЛЕНО ТЕЖКО ЗАБОЛЯВАНЕ

(Приети на 27.06.2014 год., в сила от 01.07.2014 год.)

Член 1. Общи разпоредби

(1) За тази застраховка се прилагат също така Раздел I и Раздел II на Общите застрахователни условия на „ГРАВЕ България Животозастраховане“ ЕАД, доколкото в настоящите Специални застрахователни условия не е предвидено друго.

(2) Застраховката Живот със застрахователно покритие при настъпване на определено тежко заболяване се отнася най-вече до застрахованото лице, но също така и до децата на това застраховано лице, съгласно чл.3 на настоящите Специални застрахователни условия.

(3) Преди сключване на застрахователния договор застрахователят може да изиска от застрахованото лице да се подложи на медицинския преглед за сметка на застрахователя.

(4) По тази застраховка могат да бъдат застраховани само клинично здрави лица. Лица, които с акт на съответен орган са признати за трайно нетрудоспособни, не подлежат на застраховане.

Член 2. Застрахователно събитие и застрахователно покритие

(1) За застрахователно събитие се счита:

- настъпването през периода на застраховката на определено тежко заболяване, респ. състоянието измежду описаните в ал.(3), т.1 до т.20 на настоящия член, при условие, че съответният застрахован е жив най-малко 30 дни след поставяне на диагнозата, респ. извършване на операцията;

- смъртта на застрахованото лице;

- доживяването до определен момент на застрахованото лице.

(2) Застрахователното покритие обхваща риск от настъпване само на едно застрахователно събитие по време на срока на застраховката. С настъпването на едно от тежките заболявания, описани в ал.(3), застрахователното покритие за други застрахователни случаи се прекратява (както при настъпване на същото или друго тежко заболяване, така и при доживяване до определен срок или смърт).

(3) При условие, че е поставена клинична диагноза за определено заболяване или състояние въз основа на заключенията на лекар специалист и е налична пълна медицинска документация, за тежки заболявания, респ. състояния по смисъла на тези условия се считат:

1. Инфаркт на миокарда

Дефиниция: Под инфаркт на миокарда се разбира отмирането на част от миокарда (сърдечния мускул), вследствие на критична исхемия или недостатъчно кръвоснабдяване до засегнатата област.



Застраховането на *Ваша* страна

Диагноза: Диагнозата трябва да бъде поставена в специализирано лечебно заведение от лекар-кардиолог и да е обоснована с повишаване на нивата на сърдечните биомаркери (тропонин или СКМВ) до нива, възприети като диагностични за инфаркт на миокарда, в съчетание с най-малко две от следните условия:

- симптоми на исхемия (като болка в сърдечната област);
- електрокардиографски (ЕКГ) промени, индикиращи нови исхемични изменения (нови ST/T промени или нов лев бедрен блок);
- развитие на патологични Q зъбци в ЕКГ.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователната сума може да бъде предявен след поставяне на диагнозата. Застрахователната сума се изплаща само при първи случай на лечение на инфаркт на миокарда.

Исключения от покритието:

- остър коронарен синдром (стабилна или нестабилна ангина);
- повишаване на нивото на тропонин при отсъствие на установено исхемично сърдечно заболяване (напр. миокардит, атипично балониране на миокарда, миокардна контузия, белодробна емболия, лекарствена токсичност);
- инфаркт на миокарда с нормални коронарни артерии (MINCA) или причинен от коронарен вазоспазм, миокарден мост или лекарствена злоупотреба;
- инфаркт на миокарда, възникнал в рамките на 14 дни след проведена коронарна ангиопластика или аорто-коронарен байпас;
- инфаркт на миокарда без ST-елевация (NSTEMI-инфаркт).

2. Аорто-коронарен байпас

Дефиниция: Аорто-коронарният байпас представлява хирургическа намеса с цел коригиране на стеснени или напълно запушени две или повече коронарни артерии посредством графтове (присадки).

Диагноза: Провеждане на хирургическа сърдечна операция за коригиране на стеснени или напълно запушени две или повече коронарни артерии посредством графтове (присадки).

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен след проведена сърдечна операция с пълна стернотомия (вертикален разрез през гръдната кост), както и при минимално инвазивни процедури (частична стернотомия или торакотомия). Хирургическата операция трябва да бъде определена като необходима от медицинска гледна точка от специалист-кардиолог или сърдечен хирург и обоснована с резултати от коронарна ангиограма.

Исключения от покритието:

- аорто-коронарен байпас за третиране на стеснение или запушване на една коронарна артерия;
- коронарна ангиопластика или поставяне на стент;
- всички неоперативни методи на лечение.

3. Карцином (злокачествен тумор)

Дефиниция: Всеки злокачествен тумор (новообразуване).

Диагноза: Всеки злокачествен тумор (новообразуване), диагностициран и хистологично потвърден, характеризира се с неконтролиран растеж на злокачествени клетки и тенденция за образуване на метастази.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен с потвърждаване на диагнозата от лекар онколог. Заболяванията левкемия, злокачествен лимфом и миелодиспластичен синдром се покриват по смисъла на тази дефиниция, доколкото не са изключени изрично.

Исключения от покритието:

- всички тумори, хистологично класифицирани като пре-канцерозни, неинвазивни или карцином „in situ“ (включително дуктален или лобуларен карцином in situ на гърдата и дисплазия на шийката на матката CIN-1, CIN-2 и CIN-3);
- всички тумори на простатата, освен ако не са хистологично класифицирани по системата Gleason score с оценка над 6 или са прогресирали до най-малко T2N0M0 по TNM-класификацията;
- хронична лимфоцитна левкемия, освен ако не е прогресирала до най-малко стадий В по стадиращата система на Binet;
- базално-клетъчни карциноми и плоскоклетъчни (сквамозни) карциноми на кожата и злокачествени меланоми стадий IA (T1aN0M0), освен при наличие на доказани метастази;
- папиларни карциноми на щитовидната жлеза с диаметър по-малък от 1 см и хистологична класификация T1N0M0;
- папиларни микрокарциноми на пикочния мехур с хистологична класификация T1N0M0;
- полицитемия рубра вера и есенциална тромбocyтeмия;
- моноклонална гамапатия с неясно значение;
- стомашни МАЛТ-лимфоми, ако състоянието може да бъде третирано с унищожение на хеликобактер пилори;
- гастроинтестинални стромални тумори (ГИСТ) със стадий I и II в съответствие с ръководството за стадиране на AJCC, седмо издание (2010г.);
- кожни Т-клетъчни лимфоми, освен ако състоянието изисква лечение с химиотерапия или лъчетерапия;
- микроинвазивни карциноми на гърдата (хистологично класифицирани като T1mic), освен ако състоянието изисква прилагането на мастектомия, химиотерапия или лъчетерапия;
- микроинвазивни карциноми на шийката на матката (хистологично класифицирани като стадий IA1), освен ако състоянието изисква прилагането на хистеректомия, химиотерапия или лъчетерапия.

4. Инсулт

Дефиниция: Увреждане на мозъчната тъкан, причинено от остър мозъчно-съдов инцидент и водещо до траен неврологичен дефицит.

Диагноза: Увреждане на мозъчната тъкан, причинено от остър мозъчно-съдов инцидент (вследствие на вътречерепна тромбоза или мозъчен кръвоизлив, включително субарахноидален кръвоизлив, или емболия), водещо до:

- остро възникване на нови неврологични симптоми, и
- нови обективни неврологични дефицити при клинични изследвания.

Неврологичният дефицит трябва да продължава повече от 3 месеца след датата на поставяне на диагнозата.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен най-рано 3 месеца след установения мозъчно-съдов процес, доколкото след изтичане на този срок бъде представено потвърждение за съществуващ траен неврологичен дефицит от лекар невролог, подкрепено от данни от образно изследване (СТ, MRI).

Исключения от покритието:

- преходни нарушения на мозъчното кръвообращение (преходна исхемична атака – TIA) и удължен обратим исхемичен неврологичен дефицит (PRIND);
- травматични увреждания на мозъчната тъкан или кръвоносни съдове;
- неврологични симптоми вследствие на хипоксия, инфекция, възпалително заболяване, мозъчен тумор, епилепсия, мигрена или медицинска интервенция;
- инцидентни находки от образна диагностика (СТ- или MRI-изследване) без съответстващи клинични симптоми („тих инсулт“);
- мозъчни увреждания, които не са причинени от исхемия или хеморагия;
- възпалителни и съдови заболявания, които увреждат зрителните органи както и исхемични увреждания на вестибуларния апарат.

5. Терминална бъбречна недостатъчност

Дефиниция: Хронично и необратимо увреждане на двата бъбрека, изискващо постоянна диализа или бъбречна трансплантация.

Диагноза: Хронично и необратимо увреждане на двата бъбрека, в резултат на което е наложително прилагането на редовна хемодиализа или перитонеална диализа, или извършването на бъбречна трансплантация.

Покритие: Необходимостта от трайна диализа трябва да бъде установена и обоснована в специализирано лечебно заведение от лекар-нефролог. Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен най-рано 3 месеца след началото на диализата.

Исключения от покритието:

- остри обратими увреждания на бъбреците, при които се прилага временна диализа.

6. Трансплантация на органи или костен мозък

Дефиниция: Извършена алогенна или изогенна трансплантация, при която застрахованото лице е получател на органа.

Диагноза: Извършена алогенна или изогенна трансплантация, при която застрахованото лице е получател на един или повече от следните органи:

- сърце;
- бъбрек;
- черен дроб (включително сплит трансплантация и трансплантация на черен дроб от жив донор);
- бял дроб (включително трансплантация на белодробен лоб от жив донор или трансплантация на един бял дроб);
- костен мозък (алогенна трансплантация на хемопоеични стволови клетки, предшества на от тотална аблация на костен мозък);
- тънко черво;
- панкреас.

При условията на тази дефиниция се покрива и частична или пълна трансплантация на лице, ръка и крак (алогенна трансплантация на композитни тъкани).

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен след проведена трансплантация на орган. Необходимостта от трансплантация на орган, както и извършването на самата трансплантация трябва да бъде установена и обоснована със съответните медицински документи, издадени в специализирано лечебно заведение. Състоянието, довело до необходимостта от трансплантация, трябва да бъде квалифицирано като неподлежащо на третиране по какъвто и да било друг начин.

Исключения от покритието:

- всички форми на автоложна трансплантация;
- трансплантация на други органи, части на тялото и тъкани (включително корnea и кожа);
- трансплантация на други клетки (включително панкреасни островни клетки и стволови клетки, различни от хемопоеични).

7. Мултипленна (множествена) склероза

Дефиниция: Мултипленната склероза е възпалително мозъчно заболяване с демиелинизация на нервните влакна на главния и гръбначния мозък.

Диагноза: Мултипленната склероза (МС) е възпалително заболяване с хронично протичане, при което се уврежда мастната миелинова обвивка на аксоните на главния и гръбначния мозък. Това причинява демиелинизация и образуването на лезии в мозъка, което води до широк спектър от признаци и симптоми.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен след категорична и потвърдена от лекар-невролог диагноза, която е подкрепена едновременно от всички изброени по-долу критерии:

- настояща клинично изразени нарушения на моторните или сензорните функции, които продължават постоянно за срок от най-малко 6 месеца;
- магнитно-резонансно изследване (MRI), показващо най-малко две лезии от демиелинизация на главния или гръбначния мозък, характерни за мултипленната склероза.

Исключения от покритието:

- възможна мултипленна склероза и неврологично или радиологично изолирани синдро-



Застраховането на *Ваша* страна

- ми, допускащи, но не и диагностициращи заболяването;
- изолиран оптичен неврит и оптичен невромиелит.

8. Парализа

Дефиниция: Пълна и необратима цялостна загуба на мускулната функция на всеки два крайника.

Диагноза: Пълна и необратима цялостна загуба на мускулната функция на всеки два крайника, предизвикана от нараняване или заболяване на главния или гръбначния мозък. Под крайник се разбира цяла ръка или цял крак.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен при парализа, продължаваща за срок от най-малко 3 месеца, потвърдена от лекар-невролог и подкрепена от клинични и диагностични изследвания (CT, MRI, EMG, ENG).

Изключения от покритието:

- парализа вследствие на самонараняване или психологически нарушения;
- синдром на Гилен-Баре;
- временна или вродена парализа.

9. Слепота (загуба на зрение)

Дефиниция: Необратима пълна загуба на зрението на двете очи.

Диагноза: Необратима пълна загуба на зрението на двете очи в резултат на травма или заболяване, която не може да бъде коригирана посредством рефрактивна корекция, медикаментозно лечение или хирургия. Пълна загуба на зрение означава измерена зрителна острота от 3/60 или по-малко (0,05 по десетичната система) на по-добре виждащото око след най-добрата възможна корекция на нарушеното зрение, или зрително поле от по-малко от 10° диаметър на по-добре виждащото око след най-добрата възможна корекция.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен след потвърдена от лекар-офтальмолог диагноза.

Изключения от покритието:

- загуба на зрението на едното око;
- всички форми на обратимо увреждане.

10. Хирургическа операция на аорта

Дефиниция: Хирургическо лечение на аневризма или дисекцията на торакална или абдоминална аорта.

Диагноза: Хирургическа операция на всяко разширение или аневризма на торакална или абдоминална аорта с размер, надхвърлящ 1,5 пъти нормалния; или дисекцията на торакална или абдоминална аорта, причиняваща кръвен поток между слоевете на стената на аортата и достигаща 6 см, или 4,5 см, ако операцията е специално препоръчана поради тежко нарушение на съединителната тъкан.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен след извършване на операцията. Операцията трябва да бъде определена като необходима от медицинска гледна точка от лекар-кардиолог и обоснована с данни от проведена образна диагностика.

Изключения от покритието:

- хирургически операции на клонове на торакалната или абдоминалната аорта (включително аортофеморален и аортоилиачен байпас);
- хирургически операции на аорта, свързани с вродени нарушения на съединителната тъкан (напр. Синдром на Марфан, Синдром на Ehlers-Danlos);
- хирургически операции след травматични наранявания на аортата;
- минимално инвазивни процедури като ендоваскуларно лечение.

11. Хирургическа операция на сърдечна клапа

Дефиниция: Хирургическа операция за подмяна или възстановяване на една или повече увредени сърдечни клапи.

Диагноза: Хирургическа операция за подмяна или възстановяване на една или повече увредени сърдечни клапи. Следните процедури се покриват по смисъла на тази дефиниция:

- подмяна или възстановяване на сърдечна клапа с пълна стернотомия (вертикален разрез през гръдната кост), частична стернотомия или торакотомия.

Покритие: Иск за изплащане на застрахователна сума може да бъде предявен след извършване на операцията. Операцията трябва да бъде определена като необходима от медицинска гледна точка от лекар-кардиолог или кардиохирург и обоснована с ехокардиограма или резултат от сърдечна катетеризация.

Изключения от покритието:

- транскатетърно реконструиране на митрална клапа;
- ендоваскуларна пластика на сърдечна клапа;
- транскатетърна имплантация на аортна клапа (TAVI);
- минимално инвазивни и ендоваскуларни процедури;
- процедура на Ross.

12. Доброкачествен мозъчен тумор

Дефиниция: Доброкачествен мозъчен тумор е немалигнено разрастване на тъкан в черепната кухина.

Диагноза: Категорично диагностициран доброкачествен мозъчен тумор, който се определя като немалигнено разрастване на тъкан, локализирано в черепната кухина и ограничено до мозъка, менингите и черепно-мозъчните нерви. Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар-невролог или неврохирург и подкрепена с данни от образна диагностика.

Покритие: По смисъла на настоящата дефиниция се покриват доброкачествени мозъчни тумори, за които е предписано третиране с един от следните методи:

- цялостно или частично хирургическо отстраняване;
- стереотактична радиохирургия;
- външно облъчване,

и които причиняват постоянен неврологичен дефицит за срок от най-малко 3 месеца след датата на интервенцията.

Ако никой от методите за лечение не е приложим по медицински показания, туморът трябва да причинява постоянен неврологичен дефицит, който следва да е документиран за срок от най-малко 3 месеца след датата на диагностициране.

Изключения от покритието:

- диагностицирането или лечението на всички кисти, грануломи, хамартоми или малформации на мозъчните артерии или вени;
- всички тумори на хипофизната жлеза.

13. Кома

Дефиниция: Състояние на загуба на съзнание с траен неврологичен дефицит.

Диагноза: Загуба на съзнание вследствие на травма или заболяване, без реакция или отговор на външни стимули или вътрешни нужди и водеща до траен неврологичен дефицит.

Покритие: По смисъла на настоящата дефиниция се покрива еднозначно диагностицирано състояние на безсъзнание без реакция или отговор на външни стимули или вътрешни нужди, което:

- се оценява с 8 или по-малко точки по скалата за кома на Глазгоу за най-малко 96 часа,
- налага използването на животоподдържащи системи, и
- причинява траен неврологичен дефицит за срок от най-малко 90 дни след настъпване на комата.

Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар-невролог.

Изключения от покритието:

- кома, предизвикана по медицински показания;
- всяко състояние на кома, причинено от самонараняване, употреба на алкохол или наркотици.

14. Тежко чернодробно заболяване

Дефиниция: Тежко чернодробно заболяване, водещо до загуба на функциите на черния дроб.

Диагноза: Хроничното чернодробно заболяване се характеризира със заместване на чернодробната тъкан с фиброза, ръбцова тъкан и регенераторни възли (изменена тъкан, възникваща в резултат на процесите на възстановяване на увредени тъкани), което води до загуба на функциите на черния дроб.

Покритие: По смисъла на настоящата дефиниция се покрива еднозначно диагностицирано тежко чернодробно заболяване, оценено със сбор от най-малко 7 точки по скалата на Child-Pugh (клас В или С по Child-Pugh). Сборът следва да бъде калкулиран от всички изброени променливи:

- общо ниво на билирубин;
- серумно ниво на албумин;
- тежест на асцитата;
- международно нормализирано отношение (INR);
- чернодробна енцефалопатия.

Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар-гастроентеролог и подкрепена с резултати от проведена образна диагностика.

Изключения от покритието:

- тежки чернодробни заболявания, свързани с употреба на алкохол и наркотици (включително инфектиране с хепатит В и С при интравенозна употреба на наркотици).

15. Тежко белодробно заболяване

Дефиниция: Тежко белодробно заболяване е необратима хронична дихателна недостатъчност.

Диагноза: Диагнозата на тежкото белодробно заболяване, водещо до хронична дихателна недостатъчност, трябва да бъде потвърдена от лекар-специалист и подкрепена от резултати от спирометрия, кръвно-газов анализ и образна диагностика.

Покритие: По смисъла на настоящата дефиниция се покрива еднозначно диагностицирано тежко белодробно заболяване, отговарящо едновременно на следните критерии:

- ФЕО1 (форсиран експираторен обем за 1 секунда) по-малък от 40% от предвидените нормални стойности при две измервания и срок от най-малко един месец между тях;
- лечение с кислородотерапия за най-малко 16 часа на ден в продължение на минимум 3 месеца;
- трайно понижаване на парциалното налягане на кислорода (PaO₂) в артериалната кръв под 55mm Hg (7.3 kPa) при кръвно-газов анализ без прилагане на кислород.

Изключения от покритието:

- остра обратима дихателна недостатъчност.

16. Загуба на крайници

Дефиниция: Загуба на два или повече крайника вследствие на злополука или по медицинско предписание.

Диагноза: Диагностицирано пълно отделяне на два или повече крайника на или над нивото на ставата на китка или глезен в резултат от злополука или медицински предписана ампутация.

Покритие: Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар-специалист и подкрепена с резултати от образна диагностика и документация от проведена медицинска и хирургическа интервенция.

Изключения от покритието:

- загуба на крайници поради самонараняване.

17. Тежка черепно-мозъчна травма

Дефиниция: Тежко травматично нараняване на главата с нарушаване на мозъчната функция.

Диагноза: Тежко травматично нараняване на главата с нарушаване на мозъчната функция, водещо до трайна загуба на физически способности.



Застраховането на *Ваша* страна

Покритие: По смисъла на настоящата дефиниция се покрива еднозначно диагностицирано състояние на нарушаване на мозъчната функция в резултат на черепно-мозъчна травма. Травмата трябва да причинява пълна невъзможност за самостоятелно изпълнение на най-малко 3 от посочените по-долу ежедневни дейности, за непрекъснат период от най-малко 3 месеца без основателни изгледи за възстановяване.

Ежедневните дейности са:

- Къпане – способност за измиване с използване на вана или душ (включваща влизане и излизане от ваната / душ-кабината) или задоволително измиване по друг начин.
- Обличане и събличане – способност да се поставят, свалят, закопчават, развържат и т.н. всички части на облеклото и, ако е необходимо всички ремъци, изкуствени крайници или други хирургически приспособления.
- Самостоятелно хранене – способност за самостоятелно хранене, като храната е била приготвена и оставена на разположение.
- Поддържане на личната хигиена – способност за поддържане на задоволително ниво на лична хигиена посредством използване на тоалетна или друг начин на управление на функциите на червата и пикочния мехур.
- Придвижване между помещенията – способност за движение от една стая в друга на едно ниво.
- Лягане в и ставане от легло – способност за ставане от леглото и настаняване на стол или инвалидна количка и обратно.

Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар невролог или неврохирург и подкрепена от типични данни от образна диагностика (СТ или мозъчен MRI). Трайната неспособност за изпълнение на ежедневни дейности трябва да бъде документирана за срок от най-малко 3 месеца.

Изключения от покритието:

- всички черепно-мозъчни травми, причинени от самонараняване, употреба на алкохол или наркотици.

18. Изгаряния от трета степен

Дефиниция: Изгаряния от трета степен, засягащи най-малко 20% от общата телесна повърхност.

Диагноза: Тежките изгаряния представляват увреждания на кожата, причинени от термичен, радиационен, химически или електрически източник. Изгарянията от трета или по-висока степен (дълбоки изгаряния) са тежки изгаряния, причиняващи разрушаване на всички слоеве на кожата и целия подкожен слой, с некроза на изгорените участъци, и обхващащи най-малко 20% от общата телесна повърхност съгласно „Правилото на деветките“.

Покритие: По смисъла на настоящата дефиниция се покрива потвърдена от специалист диагноза на изгаряне, причиняващо разрушаване на кожата в цялата ѝ дебелина до подкожната тъкан (изгаряне от трета степен), и обхващащо най-малко 20% от общата телесна повърхност, измерени съгласно „Правилото на деветките“ или Схемата на Lund и Browder.

Изключения от покритието:

- изгаряния от трета степен вследствие на самонараняване;
- всички изгаряния от първа или втора степен.

19. Загуба на говора

Дефиниция: Трайна и необратима загуба на способността за говор.

Диагноза: Пълна и необратима загуба на способността за говор в резултат на физическа травма или заболяване на гласните струни.

Покритие: Състоянието трябва да продължава за непрекъснат период от най-малко 6 месеца. Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар-специалист по УНГ.

Изключения от покритието:

- загуба на способността за говор вследствие на психиатрични нарушения.

20. Загуба на слуха

Дефиниция: Трайна и необратима загуба на слуха.

Диагноза: Категорично диагностицирана трайна и необратима загуба на слуха на двете уши в резултат на заболяване или травматично нараняване.

Покритие: Диагнозата трябва да бъде потвърдена от лекар-специалист по УНГ и подкрепена от измерен с аудиограма на чист тон среден праг на слуха на по-добре чуващото ухо от повече от 90 db при 500, 1000 и 2000 херца.

Изключения от покритието:

- пресенилно и сенилно намаляване на слуха.

Член 3. Застрахователно покритие за децата на Застрахованото лице

(1) Застрахователната защита за случай на определено тежко заболяване включва и всички собствени и осиновени деца на застрахованото лице, включително все още неродени или неосиновени такива, които към момента на настъпване на застрахователното събитие са навършили 3 (три) годишна възраст и не са навършили 18 (осемнадесет) годишна възраст. Застрахователната защита важи и когато застрахованото лице и децата му живеят на различни адреси.

(2) Застрахователно събитие е настъпването на едно от следните тежки заболявания, респ. състояния, описани в чл.2, ал.3, при дете на застрахованото лице:

1. Карцином (злокачествен тумор)
2. Терминална бъбречна недостатъчност
3. Трансплантация на органи или костен мозък
4. Парализа
5. Слепота (загуба на зрение)
6. Хирургическа операция на сърдечна клапа
7. Доброкачествен мозъчен тумор
8. Кома
9. Загуба на крайници
10. Тежка черепно-мозъчна травма
11. Изгаряния от трета степен
12. Загуба на слуха

(3) Ако при дете на застрахованото лице настъпи застрахователно събитие съгласно ал.2, застрахователят изплаща на ползващото се лице съответната част от застрахователната сума (ал.4), в случай че диагнозата е потвърдена или хирургическата операция вследствие на тежко заболяване, описано в предходната алинея, е извършена след навършената 3 (три) годишна възраст и преди навършената 18 (осемнадесет) годишна възраст от детето. Изплащането става при условие, че детето остане живо най-малко 30 дни след поставяне на диагнозата, респ. извършване на операцията.

(4) За всяко дете на застрахованото лице застрахователят изплаща една четвърт от посочената в полицата застрахователна сума за случай на определено тежко заболяване на застрахованото лице (родителя), но не повече от 7,500 евро.

(5) Изплащането на съответната част от застрахователната сума за детето не оказва влияние върху размера на договорената застрахователна сума за застрахованото лице и той остава непроменен.

(6) Застрахователната защита обхваща риск от настъпване на само едно застрахователно събитие за всяко дете за срока на застраховката.

(7) В случай, че едно дете е застраховано по повече от една застрахователни полици за случай на настъпване на определено тежко заболяване на същия или друг родител (застраховано лице), то застрахователната сума по всяка от тези полици се изплаща на съответното ползващо се лице за случай на определено тежко заболяване.

(8) Застрахователната защита не включва тежки заболявания и оперативни интервенции, възникнали вследствие на заболявания или състояния на детето, съществували преди заключаване на застрахователния договор.

(9) При всички случаи застрахователната защита не включва заболявания, настъпили преди навършване на 3-годишна възраст от детето, респ. заболявания, настъпили преди началото на застрахователната защита.

Член 4. Начало и край на застрахователната защита

(1) За начало на застрахователното покритие в случай на определено тежко заболяване се счита 00.00 часа в деня, посочен върху полицата като начало на застраховката, но в никакъв случай преди изтичане на времето за изчакване по смисъла на ал.(2) от този член, и при условие, че премията или първата вноска по премията са платени.

(2) Застрахователното покритие за всички тежки заболявания, респ. състояния, описани в чл.2 и чл.3 от тези Специални условия, започва след изтичането на 3 месеца (време за изчакване) от деня, посочен в полицата като начало на застрахователния договор.

(3) Посоченият по-горе срок на изчакване от 3 месеца започва да тече отново:

- (3.1) при всяко възстановяване (реактивиране) на договора, считано от датата на възстановяването;
- (3.2) при всяко увеличение на застрахователната сума само за частта на увеличението, считано от датата на увеличаване.

(4) Застраховката Живот със застрахователно покритие при настъпване на определено тежко заболяване продължава до момента на настъпване на едно от застрахователните събития по чл.2, ал.(1) от тези Специални условия, но най-късно до 24.00 часа в деня, посочен върху полицата за край на застраховката.

Член 5. Обстоятелства, съществени за оценката на риска

(1) Освен посоченото в чл.8 от Общите застрахователни условия, съществени за оценката на риска по застраховката са и всички обстоятелства, които влияят или биха повлияли върху оценката на здравословното състояние на застрахованото лице и особено:

- всички хронични здравословни проблеми, психични заболявания, постоянни или временни смущения в кръвното налягане, нарушения в кръвната картина, концентрация на мазнини или захар в кръвта и свързаните с това оплаквания, без оглед на това, дали застрахованото лице е подложено на лечение или не;
- всички съществуващи заболявания или заболявания, за които се предполага, че съществуват и от медицинска гледна точка се считат за рискови за появата, развитието и задълбочаването на едно от посочените в тези условия тежки заболявания;
- зависимост от алкохол, наркотици, никотин или лекарства;
- телесно тегло;
- всички изследвания или диагностични мерки, които са били препоръчани на застрахованото лице от лекар в период от 6 месеца преди подписването на заявлението и се отнасят до поставяне на диагнозата на някакво заболяване или смущение измежду описаните по-горе, без оглед на това, дали застрахованото лице се е подложило на тези изследвания и без оглед на резултатите от тях.

(2) Описаните в предходната точка съществени за застрахователя обстоятелства се декларират от застрахованото лице в подаденото заявление за застраховане при сключването на застраховката.

(3) В случай, че в периода между подписването на заявлението за застраховане и приемането му, съответно сключването на застрахователния договор, настъпят промени в обстоятелствата, декларирани пред застрахователя, то застрахованото лице и/или застрахованият е длъжен незабавно да ги съобщи в писмен вид на застрахователя.

Член 6. Предявяване на застрахователна претенция

(1) Настъпването на застрахователно събитие по смисъла на настоящите Специални условия следва да се обяви писмено пред застрахователя в срок до 3 месеца от възникването му.

(2) При предявяване на претенция за изплащане на застрахователна сума за настъпило определено тежко заболяване, следва да бъдат представени следните документи и информация, освен изброените в чл. 12 от Общите застрахователни условия:

- (2.1) подробна и пълна лекарска документация за причината, началото, вида и протичането на заболяването, всички доклади и изследвания на лекари и лечебни заведения, които са преглеждали и лекували или лекуват застрахованото лице, респ. детето на застрахованото лице. Освен това е необходимо представянето на епикризи и всички други документи от болнични заведения, центрове за рехабилитация или лечебни заведения, в които са провеждани прегледи или лечения преди и по време на заболяването;
- (2.2) в случай на настъпване на определено тежко заболяване извън границите на Република България, застрахователят може да изиска необходими доказателства за потвърждаване на застрахователното събитие от лекар, практикуващ в Република България, за сметка на лицето, предявило претенцията;



Застраховането на *Ваша* страна

(2.3) застрахователят може да изиска застрахованото лице, респ. детето му, да бъде прегледано от доверения лекар на застрахователя и да се подложи на допълнителни изследвания и диагностични процедури за сметка на застрахователя.

Член 7. Особени случаи на ограничаване задължението на застрахователя

(1) Освен при хипотезите по чл.14 от Общите застрахователни условия, застрахователят не дължи изплащане на застрахователна сума при настъпване на застрахователното събитие в следните случаи :

- (1.1) продължителен престой или пътуване в региони с неблагоприятен климат, включително при участие в научни и други експедиции на застрахованото лице, респ. детето му;
- (1.2) настъпване на последиците поради въздействие на алкохол върху застрахованото лице, респ. детето му. Счита се, че застрахователното събитие е настъпило като последица от злоупотреба поради въздействие на алкохол:

- ако съдържанието на алкохол в кръвта на управляващия моторно превозно средство застрахован в момента на събитието е повече от 10,8 ml.mol (0,5‰); или
- ако наличието на алкохол е доказано с тест и застрахованото лице не позволи да се установи прецизно концентрацията на алкохол в кръвта посредством кръвна проба; или
- ако застрахованото лице откаже възможността за установяване на наличие на алкохол при настъпване на застрахователно събитие.

(1.3) застрахователно събитие, предизвикано от или във връзка с лечение или оперативна интервенция, предприети от застрахованото лице по собствена инициатива, освен в случаите, когато е необходимо от медицинска гледна точка;

(1.4) застрахователно събитие, настъпило вследствие от преднамерено предизвикване на болести или упадък на телесните сили, преднамерено самонараняване или опит за самоубийство на застрахованото лице, освен ако това действие не е извършено в състояние на болестно увреждане на душевната дейност, изключващо наличието на свободна воля;

(1.5) застрахователно събитие, предизвикано от земетресения и други природни катастрофи;

(1.6) застрахователно събитие, предизвикано при действие на военни или минни експлозивни или подобни взривни устройства или вещества;

(1.7) застрахователно събитие, предизвикано от или във връзка с енергийно облъчване с най-малко 100 eV, неутрони от всякакъв вид енергия, лазерно, микровълново или изкуствено създадено ултравиолетово облъчване (с изключение на случаите, когато е предписано от лекар, провежда се под лекарски контрол и е с лечебна цел);

(1.8) настъпване на застрахователното събитие по време на управление от застрахованото лице на моторно превозно средство без валидно свидетелство за правоуправление за съответната категория, включително когато събитието настъпи извън пътно-транспортната мрежа.

СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКА ЖИВОТ, СВЪРЗАНА С ИНВЕСТИЦИОНЕН ФОНД НА „ГРАВЕ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД (Приети на 22.05.2007 год., в сила от 01.07.2007 год.)

За тази застраховка се прилага също така и Раздел I на Общите застрахователни условия на „ГРАВЕ България Животозастраховане“ ЕАД, доколкото в настоящите условия не е предвидено друго.

§ 1. Определения на основните понятия

Резерв – стойността на фондовите дялове, записани в индивидуалната партида към застраховката Живот свързана с инвестиционен фонд.

Премийна сума – сумата на договорените премии от началото на застрахователния период до договорения край на плащане на премиите.

Откупна стойност – сумата, която застрахователят ще плати при предсрочно прекратяване на договора (откуп). Откупната стойност съответства на стойността на резерва (индивидуалната партида) намален с удържка за предсрочно прекратяване.

Застрахователно-технически план – съдържа застрахователно-техническите основи за изчисление на параметрите на застрахователния договор.

§ 2. Предмет на застраховката Живот, свързана с инвестиционен фонд

(1) Застраховката Живот, свързана с инвестиционен фонд предлага застрахователна защита при доживяване и в случай на смърт. Нарича се свързана с инвестиционен фонд, защото се извършва инвестиране в един или повече инвестиционни фондове под формата на закупуване на дялове от фонда; фондовите дялове образуват резерва (индивидуалната партида) на застрахователния договор. При поканване на курса на дяловете на инвестиционния фонд, стойността на резерва (индивидуалната партида) нараства, понижението на курса на дяловете на инвестиционния фонд води до намаление на стойността на резерва. При инвестиционни фондове във валута, различна от тази по договора, стойността на резерва зависи и от колебанията в курса на чуждестранната валута. Евентуални разпределения на доходност се преизчисляват в дялове от фонда и се добавят към индивидуалната партида по договора. Рискът от инвестицията се носи от застрахователя, затова сумата при доживяване и откупната стойност не са гарантирани. Развитие на стойностите на фонда в минали периоди не може да е надежден източник на информация за бъдещото развитие на стойностите.

(2) В случай на смърт се изплаща най-малко посочената в полицията минимална сума в случай на смърт. В застрахователно-техническия план на договорената в полицията тарифа е посочено как се увеличава платимата в случай на смърт сума, ако паричната стойност на резерва (индивидуалната партида) е по-висока от минималната сума в случай на смърт.

(3) При доживяване плащането се състои от фондови дялове в размера на резерва (индивидуалната партида).

§ 3. Инвестиране на застрахователната премия

(1) Заплатената застрахователна премия се превежда към инвестиционния фонд (фондове) след приспадане на предвидените разходи, съобразно представения пред надзорния орган

застрахователно-технически план и се преизчислява във фондови дялове.

(2) Предназначената за покриване на риска смърт рискова премия, както и административните разходи, се приспадат месечно от резерва (индивидуалната партида). При понижения на курса, респ. при безпремийни застраховки това може да доведе до изразходване на резерва преди изтичане на договорения срок на застраховката. В този случай договорът се прекратява.

(3) Размерът на рисковата премия се определя от тарифата и възрастта на застрахованото лице. Възрастта е разликата между съответната календарна година и годината на раждане. При повишен риск могат да бъдат договорени допълнителни премии или особени условия.

(4) Ако някой от избраните от застрахования инвестиционни фондове се закрие, отпадне от фондовете предлагани от застрахователя, обедини се с друг фонд или преустанови продажбата на дялове, застрахованият се поканва да избере друг инвестиционен фонд от портфейла на застрахователя в рамките на един месец. Ако застрахованият не вземе решение, свободната част от премиите се разпределя между оставашите избрани от застрахования фондове в съответствието им съотношение, така че размерът на премиите остава непроменен. Ако застрахованият е избрал само един фонд, договорът се преобразува в класическа застраховка Живот.

§ 4. Закъснение при плащане на премиите

(1) Ако застрахованият не заплати своевременно последваща застрахователна премия, получава писмено напомняне. Ако дължимата сума не бъде заплатена в рамките на посочения в напомнянето срок, застрахователната защита отпада или се намалява.

(2) С изтичането на горепосочения срок на напомнянето, застрахователят извършва преобразуване на застраховката в безпремийна, респ. откуп в зависимост от размера на резерва съобразно § 5 ал. 2, респ. § 5 ал. 3. Ако са платени премиите за по-малко от три години или липсва тарифна откупна стойност, договорът се прекратява без плащане.

(3) В случай на предсрочно прекратяване на договора или намаляване на размера на застрахователната премия по смисъла на § 5 ал. 1 (прекръпяване или намаляване на застрахователната премия от страна на застрахования) или вследствие на неплащане на застрахователната премия (прекръпяване от страна на застрахователя), застрахованият дължи разходи по прекратяването. Същите възлизат на 30% от годишната премия при прекратяване или на 30% от разликата между годишната премия преди и след намаляването на премиите, но най-малко 30 евро.

§ 5. Предсрочно прекратяване на застрахователния договор. Промяна на договора

(1) Застрахованият може писмено да прекрати договора или да намали застрахователната премия:

- с 30-дневен срок на предизвестие към следващия ден за транзакция (деня за преоценка съгласно § 7);

- но най-рано към края на третата застрахователна година.

Прекратяване на договора или намаляване на застрахователната премия по смисъла на тези условия обхваща: откуп на застраховката, намаляване на застрахователната премия с частичен откуп на застраховката, прекратяване без право на плащане, преобразуване в безпремийна застраховка и намаляване на застрахователната премия с частично преобразуване в безпремийна застраховка.

(2) Когато условията в ал. (1) са изпълнени и е наличие откупна стойност по договора, застрахованият може или да преобразува договора в безпремийен съгласно посочените в ал. (3) условия, или да изиска изплащането на откупната стойност.

Оставаният след намаляване на застрахователната премия резерв не може да е под 500 евро.

(3) Ако към момента на преобразуване на договора в безпремийна застраховка, резервът не възлиза на минимум 500 евро, се извършва откуп на застраховката. Ако частта от резерва съответстваща на един фонд към момента на преобразуването на застраховката в безпремийна възлиза на по-малко от 100 евро, то тя може да се разпредели между останалите фондове в съответствието им съотношение. При застраховки, преобразувани в безпремийни, сумата в случай на смърт, ако не е договорено друго, се намалява до минималната тарифна сума в случай на смърт.

При преобразуване на застраховката в безпремийна, рисковите премии и административните разходи се приспадат месечно от резерва (индивидуалната партида). При понижения на курса това може да доведе до изразходване на резерва преди изтичане на договорения срок на застраховката. В този случай договорът се прекратява.

(4) Откупната стойност не съответства на сумата на заплатените премии. Тя се изчислява според заложените в застрахователно-техническия план сметни основи. Гарантирани откупни стойности не могат да бъдат посочени въз основа на непредвидимото развитие на стойността на дяловете на инвестиционните фондове. Откупни стойности при определено развитие на стойностите на фонда могат да се видят от примерното изчисление в заявлението /офертата/застрахователната полица.

§ 6. Плащания при настъпване на застрахователно събитие

(1) В случай на смърт плащането се състои от:

- фондови дялове в размера на резерва (индивидуалната партида) и допълнително от - разликата в парични единици (евро) между валидната към момента на смъртта минимална сума в случай на смърт и паричната стойност на резерва.

(2) При доживяване плащането се състои от фондови дялове съответстващи на размера на резерва (индивидуалната партида).

(3) При откуп и във всички други особени случаи застрахователят изпълнява задълженията си по застрахователния договор основно във фондови дялове.

(4) Дължимите фондови дялове могат да бъдат платени и в парична форма

(4.1) ако ползвателят се лице не е пожелало изрично плащане под формата на фондови дялове в рамките на един месец след получаването на известие за плащане;

(4.2) ако паричната стойност на резерва (индивидуалната партида) е под 500 евро;

(4.3) ако фондовите дялове не могат да се прехвърлят (напр. дробни части от фондови дялове и др.).

Застраховането на *Ваша* страна

Паричната стойност на застрахователното плащане се определя съгласно §7. Преводът на паричното плащане се извършва за сметка на ползващото се лице.

(5) Ако плащането се предоставя във фондови дялове, не съществува право на искане за прехвърляне на дробни части от фондовите дялове. Прехвърлянето на фондови дялове на ползващото се лице се извършва за негова сметка.

§ 7. Определяне на паричната стойност на резерва (индивидуалната партия)

(1) Паричната стойност на резерва (индивидуалната партия) се определя чрез умножаване на броя на фондовите дялове с валидната към деня за преценка стойност на един фондов дял, при чужди валути преизчислена в евро. Денят за преценка е официалният определен ден за транзакции от месеца и същевременно последният календарен ден от месеца, на който се определят нови курсове на фондовите дялове ("последният борсов ден").

(2) Ако застраховката се прекрати поради изтичане на срока или предсрочно, определянето на резерва се извършва въз основа на последния ден за преценка преди изтичането на срока. Ако застраховката се прекратява поради смъртта на застрахованото лице, се взема денят за преценка, непосредствено предхождащ настъпването на смъртния случай. Курсовите разлики на включените в застрахователния договор фондови дялове до извършване на плащането са в полза, респ. за сметка на ползващото се лице.

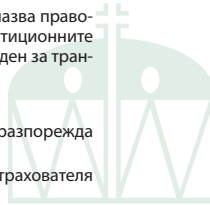
(3) Ако ползващото се лице получава парично плащане, застрахователят си запазва правото да определи паричната стойност на резерва едва след продажбата на инвестиционните дялове. Застрахователят продава фондовите дялове към следващия определен ден за транзакция (ден за преценка).

§ 8. Винкулиране, залагане, прехвърляне, заем

(1) Доколкото не е договорено друго, застрахователят притежава право да се разпоредва със своя договор. Той може да винкулира, залага или прехвърля договора.

(2) Винкулирането, залагането или прехвърлянето имат действие спрямо застрахователя само ако са декларирани писмено.

(3) Не се извършва отпускането на заем срещу застраховка Живот свързана с инвестиционен фонд.





*„В единението на много хора лежи силата, която поражда доброто.
Задача на всеки е да допринесе за това.“*
Ерцхерцог Йохан
1846 г.



ГЕНЕРАЛНА ДИРЕКЦИЯ
София 1612, бул. „Цар Борис III“ №1
тел.: 02/ 989 00 44, 02/ 981 13 65
факс: 02/ 989 00 34
e-mail: office@grawe.bg
www.grawe.bg