

ЗАСТРАХОВКИ

„ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

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

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

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

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

При необходимост или при настъпване на застрахователно събитие, Вие можете да се свържете с нас чрез нашия денонощен контактен център на тел.: 0700 16 166 или на електронна поща: clients@dzi.bg, както и да подадете претенция във всяко от нашите структурни звена или при нашите посредници. Правилата за приемане на претенции, определяне размера на застрахователното обезщетение, разплащане с клиентите и разглеждането на жалби, се регламентират с „Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори“, които са публикувани на интернет страницата на ДЗИ www.dzi.bg.

ОБЩИ УСЛОВИЯ

Редакция 4 от 10.08.2015 г. в сила от 07.09.2015 г.

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

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

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2. Застраховат се здрави лица на възраст от 16 до 69 години. Възрастта на Застрахования се определя в цели години към началото на застраховката. По-малко от шест месеца не се взимат под внимание, а навършени шест или повече месеца се приемат за цяла година.

3. Не се застраховат лица:

- 3.1. с трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане над 50%;
- 3.2. навършили 70 години;
- 3.3. малолетни или лица, поставени под запрещение, с покритие за случай на смърт.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)

4. Основни покрити рискове;

4.1. Смърт от злополука;

4.2. Трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане от злополука;

5. Допълнителни покрити рискове;

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

- 5.1. Смърт;
 - 5.2. Трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане;
 - 5.3. Временна неработоспособност;
 - 5.4. Медицински разходи;
 - 5.5. Дневни пари за болничен престой;
 - 5.6. Суми за оперативно лечение на органи и системи;
 - 5.7. Разходи за медицинско транспортиране;
 - 5.8. Разходи за репатриране;
 - 5.9. Разходи за погребение;
 - 5.10. Разходи за спасяване;
 - 5.11. Разходи за транспортиране на тленни останки и/или погребение;
6. По отношение на застрахователните събития, покритията може да са от:

- 6.1. злополука;
 - 6.2. трудова злополука;
 - 6.3. битова злополука;
 - 6.4. злополука или професионално заболяване;
 - 6.5. злополука, общо или професионално заболяване;
 - 6.6. трудова злополука или професионално заболяване;
 - 6.7. общо или професионално заболяване или битова злополука;
 - 6.8. битова злополука или професионално заболяване;
 - 6.9. общо или професионално заболяване;
 - 6.10. професионално заболяване;
 - 6.11. общо заболяване;
7. Застрахователят има право да включва и други рискове. Комбинацията от рискове, които конкретната застраховка покрива се посочват в застрахователната полица.
8. По покрити рискове вследствие злополука, Застрахователят е в отговорност за събития, настъпили на територията на Република България и чужбина, а по рискове вследствие общо или професионално заболяване, само на Република България, освен ако е уговорено друго.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

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

- 9.1. Самоубийство или опит за самоубийство, и всякакви други умишлени действия на Застрахования, довели до телесни увреждания или смърт (с изключение на случаите при опит за спасяване на човешки живот);
- 9.2. Умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер;
- 9.3. Смъртта е настъпила, вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда;
- 9.4. Граждански размирици;
- 9.5. Война, военни действия, терористични актове и земетресения, освен ако не са обект на специално договаряне;
- 9.6. Радиоактивни аварии;
- 9.7. Употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинги и други психотропни вещества и породените от тях увреждания на здравето (включително злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания);
- 9.8. Температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар), доколкото не са наложени от овладяване на последствията от злополука;
- 9.9. Други събития, настъпили вследствие на умишлено предизвикано от Застрахования сбиване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на

опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;

9.10. СПИН;

9.11. Умишлени действия от страна на лице, което е в правото си да получи цялото или част от застрахователното плащане;

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

9.13. Заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката;

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

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

9.15. Медицински разходи заплащани от НЗОК;

9.16. Закупуване на лекарства 7 дни след тяхното назначаване;

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

9.18. Профилактика, балнеолечение и рехабилитационни услуги;

9.19. Упражняване на опасни спортни занимания: алпинизъм или скално катерене, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобиллизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и др.

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

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

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

12. Групова застраховка се сключва на група лица за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя, въз основа на попълнено предложение и/или с издаване на застрахователна полица. Група, по смисъла на тези Общи условия, е предварително формирана, с незастрахователни цели, общност от две и повече лица, чийто брой е определен или определяем.

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

Личната декларация за здравословно състояние се проверява от доверен лекар на Застрахователя. На база отговорите в личната декларация за здравословно състояние, довереният лекар дава писмена препоръка относно сключването на застраховката:

- а) да се сключи при нормален риск;
- б) посоченото заболяване да бъде изключено от покритието;
- в) да се сключи с покритие само от злополука.

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

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

VI. НАЧАЛО, СРОК, ПРОМЯНА И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

14. Началото на индивидуални и групови застраховки е 00.00 часа на датата, посочена за начало в застрахователната полица и при условие, че застрахователната премия е платена в уговорения срок.

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

- а) по груповите застраховки без поименен списък на Застрахованите - от 00.00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето на работа;
- б) по груповите застраховки с поименен списък на Застрахованите - от 00.00 часа на деня, следващ датата, на която е издължена допълнителна премия и е презаверен списъкът;
- в) по груповите застраховки за сметка на работодателя с поименен списък на Застрахованите, ако новопостъпилите заема мястото на напуснал Застрахован - от 00.00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето, при условие, че е презаверен списъкът.

16. По груповите застраховки за сметка на работодателя по средносписъчен състав, за напусналите групата на застрахованите лица, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.

17. Застраховката се сключва за срок от една година или за друг договорен между страните срок.

18. Застрахователната полица се прекратява в 24.00 часа на деня, посочен за край на застраховката.

19. Действаща застраховка може да бъде прекратена в следните случаи:

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

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

а) Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката. Последният може да я прекрати в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството, като има право да задържи платените премии;

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

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

19.3. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

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

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

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

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

22. Застрахователната сума се избира от Застрахования/Застраховачия.

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

24. Застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от покритите рискове, срока на застраховката, застрахователната сума, рисковия клас на Застрахования или групата Застраховани. При срок на застраховката по-малък от една година, се прилага краткосрочната тарифа на Застрахователя. Рисковият клас се определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на Застрахования и характера на производството, в което участва.

25. Застрахователната премия се определя съгласно тарифа на Застрахователя, в сила към датата на сключване на застрахователната полица.

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

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

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

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

б) редуцира плащането пропорционално на платената премия.

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

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

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

A/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

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

31.1. При всяко събитие: Молба по образец на Застрахователя, застрахователна полица, а при групови застраховки по средносписъчен състав - Служебна бележка от Застраховачия;

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

31.3. При трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане:

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

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

31.4. При временна неработоспособност:

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

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

Когато застрахованото лице не е осигурено, съгласно Кодекса за социално осигуряване, определянето на продължителността на временната неработоспособност се извършва от лекар-експерт на Застрахователя въз основа на всички представени медицински документи.

31.5. Медицински разходи - Сведение за медицинска услуга; медицински документи, удостоверяващи извършените медицински услуги; оригинални фактури и касови бонове;

31.6. Дневни пари за болничен престой - Епикриза от болничното заведение, с която се удостоверява броят на дните на болничното лечение;

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

31.8. Разходи за медицинско транспортиране - медицински документи (становище на лекуващия лекар), удостоверяващи необходимостта от медицинско транспортиране и придружаващ персонал, оригинални фактури и касови бонове;

31.9. Разходи за репартиране - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - фактури с фискален бон или платежен документ при безкасово плащане;

31.10. Разходи за погребение - оригинални фактури и касови бонове;

31.11. Разходи за спасяване - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - фактури с фискален бон или платежен документ при безкасово плащане;

31.12. Разходи за транспортиране на тленни останки и/или погребение - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - фактури с фискален бон или платежен документ при безкасово плащане.

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

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

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

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

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

35. Смърт на Застрахования, настъпила през срока на застраховката - на ползващите лица се изплаща застрахователната сума.

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

35.2. При смърт на Застрахования от професионално заболяване в срока на застраховката, Застрахователят изплаща застрахователната сума, посочена в полицата, ако професионалното заболяване е диагностицирано и признато като такова в застрахователната година;

35.3. При изплащане на суми за смърт от злополука или професионално заболяване, от сумата се приспадат по-рано изплатените суми за трайна наработоспособност, във връзка със същото застрахователно събитие;

36. При трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане от злополука - на Застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента трайно загубена работоспособност;

36.1. Процентът трайна неработоспособност от злополука се определя от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК) на „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД, въз основа на следните нормативни документи:

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

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

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

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

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

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

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

36.8. Професията на Застрахования не оказва влияние при определяне на процента трайна неработоспособност от злополука;

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

37. При трайна неработоспособност от общо или професионално заболяване – на Застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента трайно загубена работоспособност;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

42. Разходи за медицинско транспортиране - на Застрахования се възстановяват реално направени разходи за специализиран транспорт и придружаваща медицински

персонал, до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума според условията на застрахователната полица.

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

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

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

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

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

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

IX. ЛИЧНИ ДАННИ

„ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД е регистрирано като администратор на лични данни – Удостоверение на КЗЛД №0000425 от 05.05.2004 г.

49. Личните данни се събират, съхраняват и обработват от „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД в качеството му на администратор на лични данни с оглед на законосъобразното осъществяване на дейността му при стриктно спазване на изискванията на ЗЗЛД.

50. Лицата, чиито данни се обработват от „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД имат право: **50.1.** На достъп до отнасящите се за тях лични данни, обработвани от Застрахователя, както и да поиска поправка на тези данни;

50.2. Да възразят срещу обработването на личните им данни съгласно чл. 34а, ал. 2 от ЗЗЛД.

51. Личните данни, събирани и обработвани от „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД в качеството му на администратор на лични данни, могат да бъдат предоставяни на следните категории трети лица:

51.1. лица, оказващи съдействие във връзка с обслужването и събирането на вземания на администратора, както и цесионери;

51.2. банки, с цел администриране на застраховки, свързани с банкови продукти;

51.3. лица, на които администраторът е възложил обработването на лични данни;

51.4. маркетингови агенции с цел изследвания на пазара и предлагане на банкови, и застрахователни продукти по директен начин;

51.5. други институции, принадлежащи към групата на КВС;

51.6. органи, институции и лица, на които администраторът е длъжен да предоставя лични данни по силата на действащото в РБ законодателство (Асоциацията на българските застрахователи; Комисия за защита на личните данни; Национална агенция за приходите; Национален осигурителен институт; Комисия за финансов надзор; Национален статистически институт; Агенция за финансово разузнаване; съд; прокуратура; следствие; Министерство на вътрешните работи; външни одитори).

X. ЖАЛБИ И ОПЛАКВАНИЯ

52. Политиката на „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД за управление на жалбите се определя от „Правила за обработка на жалби от клиенти“, одобрени от Управителния съвет на компанията.

53. Клиентите на „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД имат възможност да подават жалби на всеки етап от обслужването им:

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

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

54. При подаване на жалба на клиента се поставя входящ номер, който се предоставя на клиента по удобен за него начин. От клиента се изисква да посочи актуален адрес (и/или e-mail) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя.

55. Писмен отговор се изпраща на клиента в срок между 10 (десет) и 30 (тридесет) работни дни от датата на подаване в зависимост от сложността на жалбата. В случай на забавяне клиентът се информира надлежно в посочените срокове.

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

XI. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

57. Договорните отношения между застрахованите лица и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите, Търговския закон и специалните условия на застрахователната полица.

58. Споровете, възникнали между Застрахователя и Застрахованите се разрешават по доброволен ред, а при непостигане на споразумение - от компетентен български съд.

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

XII. ДЕФИНИЦИИ

По смисъла на тези Общи условия:

ЗАСТРАХОВАТЕЛ – „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД.

ЗАСТРАХОВАЩ е лицето, което сключва застраховката и се задължава да плаща премиите.

ЗАСТРАХОВАН е лицето, чийто живот, здраве или телесна цялост се застраховат.

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

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

Застраховачият и Ползващото лице могат да бъдат физически или юридически лица.

Застрахованият е винаги физическо лице.

СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА е срокът през който Застрахователят покрива поетите рискове. Началото и края на срока се посочват в застрахователната полица.

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

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

ЗЛОПОЛУКА е внезапно, случайно събитие, с възникване за Застрахования произход, настъпило през срока на застраховката и не по волята на Застрахования, което му е причинило смърт или различно по тежест телесно увреждане (на кожа и подкожие, опорно двигателен апарат, вътрешни органи и системи, централна и периферна нервна система).

НЕ СЕ СЧИТАТ ЗА ЗЛОПОЛУКА нещастните случаи, настъпили в резултат на:

- а) професионални заболявания;
- б) доказани налични заболявания или внезапно настъпили болестни състояния, телесни или психични;
- в) телесно увреждане, причинено от температурни влияния (измръзване, слънчево изгаряне, слънчев или топлинен удар), освен в случаите при овладяване на последствията от злополука;
- г) инжекции, операции, общи и локални анестезии, химиотерапия, лъчетерапия и други лечебни процедури, както и увреждания на здравето вследствие провежданото лечение;
- д) употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинги и други психотропни вещества;
- е) имунизации, ваксинации, довели до неработоспособност и/или смърт;
- ж) заболявания, които са пряко следствие от злополука.

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

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

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

ТРАЙНО ЗАГУБЕНА ИЛИ НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ, ИЛИ ОПРЕДЕЛЕН ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

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

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ са разходи за прегледи, изследвания, оперативно, медикаментозно и физиотерапевтично лечение, заплатени от Застрахования при извънболнично или болнично лечение, които са необходими и са свързани с лечебния процес. При разходи за медикаменти, те трябва да са закупени до 7 дни от предписанието им. Разходи за медикаменти във връзка със заболяване се възстановяват само след представяне на реално ползван болничен лист.

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

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

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

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

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

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

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

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

ЕПИКРИЗА е официален медицински документ, който се издава задължително на пациента след проведено стационарно лечение в лицензирано здравно заведение. Етапната епикриза като документ не е епикриза по това определение.

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

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

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

Дата:.....

За „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД:.....

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

Застрахован/Застраховач:

(Име, презиме, фамилия, подпис)