

Групова застраховка Злополука и заболяване



Информационен документ за застрахователен продукт

Дружество: „Групама Застраховане“ ЕАД, Република България, с Разрешение за извършване на застрахователна дейност № 1-ОЗ/05.05.2005 г. на КФН

Този информационен документ предоставя резюме на основните покрития и изключения на продукта. Той не отчита специфичните ви нужди и искания. Пълната информация за този продукт ще намерите в договорната и преддоговорната документация.

Какъв е видът на застраховката?

Предмет на застраховката е живота, здравето и телесната цялост на застрахования при настъпване на застрахователно събитие в резултат от злополука или заболяване.



Какво покрива застраховката?

ОСНОВЕН РИСК И ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН РИСК

- ✓ Смърт вследствие на злополука ;

Допълнителни рискове, които могат да се включат в застраховката:

- ✓ Смърт вследствие на заболяване;
- ✓ Смърт вследствие на трудова злополука;
- ✓ Трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука;
- ✓ Пълна трайна загуба на работоспособност над 70%, вследствие на заболяване;
- ✓ Временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Дневни пари за болничен престой (хоспитализация) вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Възстановяване след хоспитализация вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Възстановяване на разходи за придружител, по време на хоспитализация или по време на възстановителен период, вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Счупване/Фрактура;
- ✓ Изгаряне;
- ✓ Хирургическо лечение вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Разходи за медицински транспорт вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Спешна стоматологична помощ вследствие на злополука;
- ✓ Второ медицинско мнение по документи, в доверени лечебни заведения вследствие на злополука или заболяване;
- ✓ Разходи за погребение при смърт, настъпила вследствие злополука или заболяване;
- ✓ Диагностициране на критични заболявания;



Какво не покрива застраховката?

- ✗ Застрахователят не носи отговорност за рискове, които не са изброени в застрахователната полица или в добавък.
- ✗ Рискове свързани със съществуващи хронични заболявания или заболяване, известно към датата на начало на застрахователната полица;
- ✗ Събития, настъпили вследствие на упражняване на опасни спортни занимания или хобита;
- ✗ Самолечение на застрахования без лекарски предписания или при неспазване на лекарските предписания;
- ✗ Употреба на алкохол, наркотици или други упойващи или стимулиращи вещества от застрахования;
- ✗ Бременност (вкл. извънматочна), раждане, аборт и произтичащите от тях усложнения или заболявания;
- ✗ Други изключения, описани подробно в Общите условия за застраховката.



Има ли ограничения по покритието?

- ! Застрахователят не носи отговорност събития, настъпили с лица на възраст над 70 навършени години, освен ако за това не е заплатена допълнителна премия;
- ! Отговорността на застрахователя по застрахователния договор не включва смърт на лица под 14 години или на недееспособни лица.
- ! Заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация, както и всички здравни последствия от тях.

Пълна информация можете да намерите в Общите условия на застраховката.



Какво е териториалното покритие на моята застраховка?

- ✓ Застрахователният договор покрива събития, настъпили на територията на Цял свят .



Какви са моите задължения?

- **При подписване на договора**

При сключване на застрахователния договор Вие трябва да предоставите цялата информация, необходима за сключването му и да го подпишете.

Да заплатите застрахователната премия в определения в полицата размер.

- **По време на договора**

При промяна на съществените за риска обстоятелства, включително вписания в договора адрес, трябва да уведомите незабавно Застрахователя.

- **При застрахователно събитие**

Трябва да уведомите застрахователя, както и да предоставите писмено поисканите от застрахователя доказателства за установяване на застрахователното събитие и последиците от него, както и за установяване размера на застрахователното обезщетение.



Кога и как трябва да заплатя?

При сключване на застрахователния договор трябва да заплатите Общата дължима сума в пълен размер, (в т.ч. застрахователна премия, данъци, такси и др.под). или първата разсрочена вноска от нея в договорения размер и срок. При договорено разсрочено плащане трябва да заплащате всяка следваща вноска до или на съответната дата на падежа, договорен в застрахователната полица.

Можете да заплатите дължимата сума в брой, чрез АТМ, или безкасово по следната банкова сметка в лева: „Банка ДСК“ ЕАД, IBAN BG57STSA93000010592240, с посочено основание за плащане – номер на застрахователната полица. В случай, че плащането се извършва по банков път (безкасово), може да дължите допълнителни такси за банковия превод, по тарифа на банката.



Кога започва и кога свършва покритието?

Застрахователното покритие се предоставя за периода, вписан в полицата. Срока на застраховка е 1 година, като страните може да договорят по-кратък срок, но не по-малък от един месец.



Как мога да прекратя договора?

Може да прекратите Вашия застрахователен договор по всяко време с писмено предизвестие, изпратено до застрахователя в срока, съгласно Общите условия. В този случай се връща част от застрахователната премия, съответстваща на неизтеклата част от срока на застрахователното покритие, при условие че не са били изплащани и/или не предстои да се изплащат застрахователни обезщетения.



Настоящият документ съдържа информация по член 324-326 от Кодекса за застраховане, която се предоставя на кандидатите за застраховане преди сключване на застрахователния договор, както и Уведомление за поверителност във връзка със сключване и изпълнение на задължения по застрахователен договор на Застрахователя.

КОИ СМЕ НИЕ?

„ГРУПАМА ЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД, ЕИК 131421443, е част от френската банкова и застрахователна група Групамата. На българския пазар компанията присъства от 2008 г. като придобива двете застрахователни дружества „ДСК Гаранция“ и става техен едноличен собственик. През 2009 г. официално дружеството е преименувано на "Групамата Застраховане" ЕАД. Дружеството притежава Разрешение за извършване на застрахователна дейност № 1-ОЗ/05.05.2005 г. на Комисия за финансов надзор. Седалището и адресът на управлението на Дружеството са в Република България, гр. София, ПК 1124, бул. "Цариградско шосе" № 47А, бл. В, ет. 3,



Телефон за контакти: 0700 123 32

Информация относно платежоспособността и финансовото състояние на Застрахователя е публикувана на адрес: www.groupama.bg
Преди и при сключване на застрахователния договор Застрахователят не предоставя съвет по смисъла на Кодекса за застраховането на ползвателя/ите на застрахователни услуги.

ВАШИТЕ ПРАВА!

В качеството си на Ползвател на застрахователна услуга можете да подавате жалби срещу всяко действие/бездействие на Застрахователя. Жалбата се адресира до Застрахователя, като в същата изрично се посочва подател и номер на полицата/номер на щетата, по която се подава. Застрахователят регистрира всяка постъпила жалба в регистър „Жалби“ с входящ номер и дата на постъпване. Жалбата може да се подаде и чрез застрахователния агент или посредника, предлагач застрахователни продукти като допълнителна дейност, осъществили посредничеството при сключването на договора. По всяка отделна жалба, Застрахователят е длъжен да се произнесе в срок до един месец от постъпването ѝ.

Можете да се запознаете с Вътрешните правила за организацията на дейността по уреждане на застрахователни претенции на интернет адрес: www.groupama.bg

Всеки Ползвател на застрахователни услуги има възможност да подава жалби срещу Застрахователя пред Комисия по финансов надзор, както и пред други държавни органи. На разположение на Ползвателите на застрахователни услуги са и всички форми за извънсъдебно разглеждане на спорове в Република България. Споровете между страните се решават по взаимно съгласие, а ако няма постигнато споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ПОВЕРИТЕЛНОСТ

във връзка със сключване и изпълнение на задължения по застрахователен договор

1. ДАННИ ЗА АДМИНИСТРАТОРА НА ЛИЧНИ ДАННИ:

„Групамата Застраховане“ ЕАД, ЕИК 131421443 (Администратор), с координати за връзка: Република България, гр. София, п.к. 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, Блок В, ет. 3, тел. 0700 123 32, ел. поща: info@groupama.bg, интернет страница: www.groupama.bg.

2. КАКВИ ВАШИ ЛИЧНИ ДАННИ ОБРАБОТВАМЕ:

Личните данни, които обикновено се обработват от Администратора във връзка със сключване и изпълнение на застрахователен договор, са следните:

а) Данни за идентификация - Име, презиме и фамилия; Единен граждански номер (ЕГН)/Личен номер на чужденец (ЛНЧ) и/или дата на раждане; копие на документ за самоличност; Адрес – постоянен или настоящ;

б) Основни данни - собственост; пол, възраст, националност; професия/длъжност, професионален стаж и други данни според застрахователния продукт; здравни данни: информация относно Вашето здравно състояние (диагноза, епикризи, здравноосигурителен статус, други здравни документи), предоставена за целите на изготвяне на Вашето предложение, сключването на застраховка и предявяването на претенция;

в) Банкова информация - номер на банковата Ви сметка/карта (име на банка, IBAN, BIC, титуляр на сметка).

г) Други данни - телефон и електронна поща; записи на обаждания, които са направени от и към контактния център на Администратора; електронна кореспонденция, писма, жалби, молби; друга обратна връзка, която Администраторът получава от Вас; видео записи, които се правят с цел осигуряване на физическа сигурност в офисната мрежа на Администратора; гео-локация при дистанционни огледи на обекти; клиентски номер, код или друг идентификатор, създаден от Администратора за идентификация на ползвателите; данни, предоставяни през интернет страницата на Администратора, данни за профил в социални мрежи, онлайн платформи и приложения, потребителско име, парола (при регистрация в интернет страницата на Администратора или друга подобна услуга); информация за използваното крайно електронно съобщително устройство, вида на устройството, използваната операционна система, IP адрес при посещение на интернет страницата на Администратора.

3. ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ ЩЕ СЕ ОБРАБОТВАТ ОТ АДМИНИСТРАТОРА ЗА СЛЕДНИТЕ ЦЕЛИ:

Предоставените от Вас лични данни ще бъдат използвани за целите на администриране на застрахователното правоотношение, включително, но не само, за целите на: оценка на риска; определяне на изискванията и потребностите Ви, изготвяне на индивидуално предложение за застраховка; сключване и обслуж-

ване на застрахователния договор; плащане на застрахователната премия; обработване на претенции по повод настъпване на застрахователно събитие и изплащане на застрахователно обезщетение при ликвидация на претенция; администриране на жалби; директен маркетинг; проучване на удовлетвореността на ползвателите на застрахователни услуги; презастраховане на рисковете; наблюдение и оценка на застрахователния портфейл включително и заделяне на резерви и осигуряване на платежоспособност, което включва профилиране; предотвратяване на застрахователни измами; вътрешен, финансов и регулаторен одит; съхранение на данъчен и счетоводен регистър; изпълнение на нормативни изисквания, включително избягване на конфликт на интереси, корупционни практики или задължения по Закона за мерките срещу изпирането на пари, Закона за мерките срещу финансирането на тероризма.

4. ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ ЩЕ СЕ ОБРАБОТВАТ ОТ АДМИНИСТРАТОРА НА СЛЕДНИТЕ ОСНОВАНИЯ:

а) За изпълнение на договор или в контекста на преддоговорни отношения
Администраторът обработва Вашите лични данни, за да предоставя застрахователни продукти, както и за да изпълнява договорните и преддоговорните си задължения и да се ползва от правата по застрахователните договори. Администраторът може да обработва Ваши здравни данни за установяване, упражняване или защита на законни претенции.

б) За изпълнение на нормативни задължения
Администраторът обработва Вашите идентификационни данни, за да спазва задължения, които са предвидени в нормативен акт, така например:

- задължения за предоставяне на информация на Комисията за финансов надзор или трети лица, посочени в Кодекса за застраховането;

-изпълнение на задължения във връзка с продажбата от разстояние, продажбата извън търговския обект, предвидени в Закона за защита на потребителите;

-на информация на Комисията за защита на потребителите или трети лица, предвидени в Закона за защита на потребителите;

-предоставяне на информация на Комисията за защита на личните данни във връзка със задължения, предвидени в нормативната уредба за защита на личните данни – Закон за защита на личните данни, Регламент (ЕС) 2016/679 от 27 април 2016 година и др.;

-задължения, предвидени в Закона за счетоводството и Данъчно-осигурителния процесуален кодекс и други свързани норма-

тивни актове, във връзка с воденето на правилно и законосъобразно счетоводство

-предоставяне на информация на съда и трети лица, в рамките на производство пред съд, съобразно изискванията на приложимите към производството процесуални и материалноправни нормативни актове;

-удостоверяване на възраст при пазаруване онлайн.

в) След Ваше съгласие

В някои случаи Администраторът обработва Вашите лични данни, само след предварителното Ви писмено съгласие. Съгласието е отделно основание за обработване на личните Ви данни и целта на обработката е посочена в него.

г) С оглед легитимния интерес на Администратора

Администраторът обработва Вашите лични данни на основание легитимния си интерес, за да извърши основен анализ на данните Ви, да изпълнява задълженията си по застрахователните договори и да повиши качеството на предоставяните услуги, да осъществява предвиждане на евентуални бъдещи негативни проявления на рисковете, което може да включва профилиране; за превенция срещу застрахователни измами; анализ на портфейла и презастраховане.

5. КООРДИНАТИ ЗА ВРЪЗКА С ДЛЪЖНОСТНОТО ЛИЦЕ ПО ЗАЩИТА НА ДАННИТЕ НА АДМИНИСТРАТОРА:

Можете да се свържете с длъжностното лице по защита на данните при Администратора по следния начин:

- ел. поща: dpo@groupama.bg;

- на адрес за кореспонденция: гр. София, п.к. 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, Блок В, ет. 3.

6. ВАШИТЕ ДАННИ ЩЕ БЪДАТ ПРЕДОСТАВЕНИ НА СЛЕДНИТЕ ПОЛУЧАТЕЛИ:

При спазване на законовите изисквания е възможно Администраторът да разкрие Ваши лични данни на следните лица:

- Доставчици на услуги (консултанти, експерти, оценители, адвокати) – при използване на услуги, свързани със сключване на застрахователния договор и изплащане на застрахователното обезщетение, техническа поддръжка на информационни системи и оперативна поддръжка на дейността, е възможно Администраторът да разкрие лични данни. Подобно разкриване на данни се осъществява само при наличие на основателна причина за това и въз основа на писмена договорка получателите да осигурят адекватно ниво на защита;

- подизпълнители – при предоставяне на услуги от името на Администратора на и извън територията на Република България. Подобно разкриване на данни се осъществява само при наличие на основателна причина за това и въз основа на писмена договорка подизпълнителите да осигурят адекватно ниво на защита;

- други дружества в групата на Администратора - Разкриване на лични данни в този случай се извършва при спазване на приложимото българско и европейско законодателство, в т.ч. на „Групама Животозастраховане“ ЕАД за целите на съвместна администрация от споделена ИТ инфраструктура и служители;

- презастрахователи: В изпълнение на законното си задължение да осигури покритие на застрахователния си портфейл, Администраторът може да разкрие Ваши лични данни на презастрахователи, презастрахователни брокери и техни представители;

- застрахователни посредници (агенти, брокери и др.) – за осъществяване на застрахователно посредничество, като Вашите лични данни обикновено са споделени с тях директно от Вас;

- лица, предоставящи услуги по организиране, съхраняване, индексирание и унищожаване на архиви на хартиен и/или електронен носител;

- компетентни органи, които по силата на нормативен акт имат правомощия да изискват предоставянето на информация, сред която и лични данни, като например – съдилища, прокуратура, различни регулаторни органи като Комисия за защита на потребителите, Комисия за финансов надзор, Комисия за защита на личните данни, органи с правомощия по защита на националната сигурност и обществен ред;

- държавни органи и институции, които осъществяват съдействие на Администратора, в т.ч. - НАП, НЗОК/РЗОК, НОИ, БНБ, Прокуратура и разследващи органи, Агенция по заетостта и др. – за установяване на правни претенции;

- лицензирани здравни, лечебни, медицински органи, институции и лица – за предварителна и последваща оценка на риска, включително и при ликвидация на претенции;

- вътрешни и външни одитори на процеси, финансови и регулаторни отчети и справки – за нуждите на съответните одиторски проверки;

- пощенски оператори, с оглед изпращане и получаване на пратки, съдържащи договори, допълнителни споразумения и други документи, изпълнение на наложен платеж и необходимостта от удостоверение на самоличността при връчването им;

- лица, които по възлагане поддържат оборудване, софтуер и хардуер, използвани за обработка на лични данни и необходим за

изграждане на мрежата на дружеството и за извършване на различни услуги по отчитане и разплащане по продукти, техническа поддръжка и др.;

-лица, предоставящи сервизна поддръжка на крайни устройства; кол центрове, които съдействат на Администратора при продажбата на застрахователни продукти и при обслужване на клиентите преди и през времетраене на договорните отношения;

- доставчици на удостоверителни услуги: при сключване на застрахователни договори/сертификати от разстояние е възможно да бъдат разкрити Ваши лични данни на доставчици на удостоверителни услуги от застрахователя. Вашите лични данни обикновено са споделени с тези доставчиците директно от Вас;

- банки за обслужване на плащанията, извършени от Вас;

-охранителни фирми, притежаващи лиценз за извършване на частна охранителна дейност във връзка с обработване на видеозаписите от обекти на Администратора и/или осигуряване на пропускателния режим в обектите.

7. СРОК ЗА СЪХРАНЕНИЕ НА ВАШИТЕ ЛИЧНИ ДАННИ ОТ АДМИНИСТРАТОРА:

Администраторът съхранява и администрира отделни документи, съдържащи Ваши лични данни, за следните срокове:

-Предложения/оферти за сключване на застрахователен договор – максимален срок от 6 месеца, считано от дата на издаване на предложението/офертата;

-застрахователните договори и документи, които са съществена част от него (предложение за сключване на застрахователен договор, полица, анекси и др.) – максимален срок от 16 години, считано от датата на изтичане на застрахователния договор, като срокът е в зависимост от вида застраховка;

- документи относно застрахователна претенция – максимален срок от 16 години, считано от датата на предявяване на претенция, като срокът е в зависимост от вида застраховка.

8. ВАШИТЕ ПРАВА ПО ОТНОШЕНИЕ НА ЛИЧНИТЕ ВИ ДАННИ, КОИТО СЕ ОБРАБОТВАТ ОТ АДМИНИСТРАТОРА:

Във всеки момент докато Администраторът съхранява или обработва личните Ви данни имате следните права:

-Да изискате от Администратора достъп до, коригиране или изтриване на личните данни, или ограничаване на обработването на лични данни, свързани с Вас, или да направите възражение срещу обработването, както и право на преносимост на личните данни;

-да оттеглите даденото от Вас изрично съгласие за обработването на личните Ви данни за целите, за които сте го предоставили;

възразите срещу обработване на лични данни, отнасящи се до Вас, което се основава на законните интереси на Администратора;

-да възразите срещу профилирането на личните Ви данни;

-да бъдете уведомен/а за нарушение на сигурността на личните данни;

-да получите обезщетение за претърпени вреди;

-да подадете жалба пред Комисията за защита на личните данни (КЗЛД).

-да получите защита по съдебен и административен ред (правона подаване на жалба до надзорен орган; право на ефективна съдебна защита срещу надзорен орган; право на ефективна съдебна защита срещу администратор или обработващ лични данни).

Предоставените съгласия могат да бъдат оттеглени по всяко време. Оттеглянето на съгласието няма отражение върху изпълнението на договорните задължения на Администратора. Ако оттеглите съгласието си за обработване на лични данни, Администраторът няма да използва личните Ви данни и информация за целите, за които сте дали съгласие. Оттеглянето на съгласието не засяга законосъобразността на обработването, основано на дадено съгласие преди неговото оттегляне.

Когато Администраторът обработва личните Ви данни за целите на предоставяне на застрахователни продукти, тяхното администриране, обработка и изплащане на претенции, както и с цел да изпълни свои нормативни задължения, тази обработка е задължителна за изпълнение на тези цели. Без тези данни, Администраторът не би могъл да предостави съответните услуги. Ако не предоставите данни за идентификация и основни данни, Администраторът не би могъл да сключи с Вас договор за продукт или услуга. Ако не ни предоставите банкови данни, Администраторът не би могъл да изпълни задълженията си по застрахователния договор.

*Подробна информация относно Защитата на личните Ви данни, ще намерите в **Политика за защита на личните данни на Администратора** на интернет страницата: www.groupama.bg, както и във всеки офис на Администратора, неговите агенти и брокерите. Редът и начинът, по които можете да подадете искане за упражняване на правата си е описан в **Процедура за Обработване на искания, свързани с упражняването на индивидуални права, която е приложение към Политика за защита на личните данни.***

Член 1 ПРЕДМЕТ, ОБЕКТ, ТЕРИТОРИАЛЕН И ВРЕМЕНИ ОБХВАТ ЗАСТРАХОВКАТА

1.1. Съгласно тези Общи условия и срещу платена застрахователна премия, „ГРУПАМА ЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД, наричано по-долу Застраховател, осигурява застрахователно покритие на физически лица срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната им цялост, настъпили в резултат от Злополука или Заболяване.

1.2. Застрахователят покрива застрахователни събития и рискове, възникнали на територията на Цял свят, освен ако в полицата е уговорен друг териториален обхват.

1.3. Застрахователният договор осигурява на всеки застрахован 24-часово покритие през всяко денонощие от периода на индивидуалното застрахователно покритие, освен ако в застрахователната полица е уговорен друг времеви обхват.

Член 2 ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2.1. Застраховат се:

2.1.1. Лица, на възраст от 14 до 69 навършени години към началото на периода на индивидуалното застрахователно покритие, в нормално здравословно състояние. Възрастта на Застрахования се определя в цели години към датата на начало на индивидуалното застрахователно покритие. Допуска се застраховане и на лица на възраст от 14 до 69 навършени години към началото на периода на индивидуалното застрахователно покритие със загуба на трудоспособност под 50 % при индивидуални условия договорени със Застрахователя;

2.1.2. Граждани на Република България или чужденци;

2.1.3. В общия случай, Застраховани лица са работници и служители на работодател (юридическо лице -търговец или юридическо лице с нестопанска цел);

2.1.4. Застрахованите лица се посочват изрично в поименен списък или Удостоверение за актуален списък на Застрахованите лица, неразделна част от застрахователния договор.

2.2. Не се застраховат:

2.2.1. Недееспособни лица и лица поставени под пълно запрещение;

2.2.2. Лица с определена загуба на трудоспособност над 50%.

2.3. Застрахователят може да предложи и застрахователно покритие за лица, които отговарят на различни условия от посочените в предходните точки, при специални условия, изрично договорени в застрахователния договор.

2.4. Не подлежат на застраховане лица, които фигурират в списък за икономически санкции, забрана или рестрикции, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Република България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки.

Член 3. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)

3.1. Групова застраховка Злополука и заболяване покрива като основен и задължителен риск – Смърт вследствие на злополука.

3.2. Допълнителни рискове, които могат да се включат в застраховката, срещу заплащане на допълнителна премия са:

3.2.1. Смърт вследствие на заболяване;

3.2.2. Смърт вследствие на трудова злополука;

3.2.3. Трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука;

3.2.4. Пълна трайна загуба на работоспособност над 70%, вследствие на заболяване;

3.2.5. Временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване;

3.2.6. Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване;

3.2.7. Дневни пари за болничен престой (хоспитализация) вследствие на злополука или заболяване;

3.2.8. Възстановяване след хоспитализация вследствие на злополука или заболяване;

3.2.9. Възстановяване на разходи за придружител, по време на хоспитализация или по време на възстановителен период, вследствие на злополука или заболяване;

3.2.10 Счупване/Фрактура;

3.2.11. Изгаряне;

3.2.12. Хирургическо лечение вследствие на злополука или заболяване;

3.2.13. Разходи за медицински транспорт вследствие на злополука или заболяване;

3.2.14. Спешна стоматологична помощ вследствие на злополука;

3.2.15. Второ медицинско мнение по документи, в доверени лечебни заведения вследствие на злополука или заболяване;

3.2.16. Диагностициране на критични заболявания;

3.2.17. Разходи за погребение при смърт, настъпила вследствие злополука или заболяване;

3.2.18. Други застрахователни рискове, настъпили вследствие злополука или заболяване – по желание на Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна премия за тях, при специални договорености със Застрахователя.

3.3. Застрахователят покрива само рисковете, които са конкретно посочени в застрахователната полица.

Член 4. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

4.1. Застрахователните рискове по тези Общи условия, както и последиците от тях, не се покриват в случаите, когато събитието е настъпило или е вследствие на:

4.1.1. Събития при действия на органи на властта в отговор на гражданско неподчинение; гражданска война, война, инвазия, военни операции, вражески действия от трети страни, размирици, въстание, метеж, бунт, стачка, граждански вълнения, протест, демонстрация, революция, бунт, терористични актове, саботаж, независимо от това дали застрахованото лице е бил пасивен или активен участник в такива действия;

4.1.2. Атомни и ядрени експлозии, въздействие на радиоактивни продукти и замърсяванията от тях, йонизираща радиация или радиоактивно замърсяване от ядрено гориво или от отпадъците в резултат на разграждането му и нарушаване на установените мерки и изисквания за ядрена безопасност;

4.1.3. Производствени аварии или химически замърсявания, вследствие на производствени и други аварии, екологични бедствия;

4.1.4. Земетресение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;

4.1.5. Участие в спортни състезания, в това число автомобилни състезания (регламентирани или нерегламентирани), изпитания на транспортни средства на земя, по вода или във въздуха, практикуване на екстремни спортове и високорискови дейности;

4.1.6. Упражняване на всякакъв вид спорт като професионален спортист, включително участие в тренировки и спортни състезания;

4.1.7. Събития, настъпили вследствие на упражняване на опасни спортни занимания или хобита: алпинизъм или скално катерене, лов, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, както и ловни мероприятия от всякакъв вид;

4.1.8. Боравене с оръжие, боеприпаси, взривни вещества и пиротехнически изделия;

4.1.9. Упражняване на рискови и/или опасни професии – производство на взривни вещества и боеприпаси; работещи на нефтени платформи или на височина; лица, работещи с токсични вещества, професионална военна служба в армията, въоръжени охранители и служители по сигурността, спасители, миньори, водолази, инкасо служители, каскадьори;

4.1.10. Участие на Застрахования в експерименти, в т.ч. експериментално лечение, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;

4.1.11. Пътувания по въздуха, с изключение на тези като пътник в самолет с платен билет за редовен или чартърен полет;

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

4.1.13. Събития, настъпили вследствие на сбиване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;

4.1.14. Употреба на:

- наркотици, наркотични и упойващи вещества, в това число и непредписани от лекар медикаменти с упойващо или наркотично действие,

- медикаментозна зависимост;

- алкохол или стимулиращи вещества, в т.ч. и при настъпили заболявания с алкохолна генеза,

- анаболни хормони, или вещества с характер на допинг.

4.1.15. Хронични заболявания и/или съществуващи отклонения от здравния статус, които Застрахованият е имал преди или при сключване на застрахователния договор, както и всякакви други заболявания, диагностицирани преди сключването на договора;

4.1.16. Експлантация и трансплантация на органи и тъкани;

4.1.17. Вродени или придобити в детската възраст заболявания, водещи до физически деформации или физиологични отклонения от нормалните параметри;

4.1.18. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, изкуствено оплождане, лечение на стерилитет, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, с изключение на случаите, когато в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или аборт;

4.1.19. Неспазване от страна на Застрахования на предписан от лекар режим и/или лечение, ползване от страна на Застрахования на лекарствени средства и всякакъв род медикаменти без лекарско предписание, манипулации, извършени от страна на Застрахования или други лица, които нямат нужната медицинска квалификация за това, както и при спазване на самоволно избран диетичен режим;

4.1.20. Самоволно лечение или прием на медикаменти, предписани от самия застрахован, негови съпруг/а, родители или деца, дори и ако същите са медицински лица;

4.1.21. Умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от страна на Застрахования;

4.1.22. Самоубийство или опит за самоубийство от страна на Застрахования, включително и когато същият е действал в състояние на невменяемост;

4.1.23. Психични разстройства и заболявания, изоставане в умственото развитие и последиците от тях;

4.1.24. Упражняване на дейност, за която Застрахованият няма валиден разрешителен документ (в случай на нормативно изискване за такъв);

4.1.25. Управление от Застрахования на пътни (релсови) самоходни превозни средства, летателни апарати или плавателни съдове, без да притежава правоспособност, в т.ч. и за съответната категория за управление или когато е с временно отнета правоспособност;

4.1.26. Управление на индивидуално електрическо превозно средство;

4.1.27. Събития, настъпили вследствие на умишлено излагане на опасност, самонадеяност или груба небрежност от/на Застрахования;

4.1.28. Злополука, настъпила със Застрахования поради неспазени от него правила или инструкции за безопасност;
4.1.29. Човешки имунодефицитен вирус (ХИВ) или свързани с него болести включително Синдрома на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или свързания със СПИН комплекс (ARC) и всякакви подобни инфекции, болести, наранявания или медицински състояния, произтичащи от тези състояния независимо как са били причинени;

4.1.30. Болести, предавани по полов път, както и последиците от тях;

4.1.31. Диагностика и лечение на затлъстяване и метаболитен синдром, както и на процедури за намаляване на телесното тегло;

4.1.32. Пластични операции, операции за смяна на пола и всякакъв вид козметични медицински процедури, както и последиците от тях;

4.1.33. Офталмологични операции, освен в случай на злополука;

4.1.34. Балнеолечение, физиотерапия и рехабилитация в болнични условия, освен в случаите, които са предшествани от болничен престой, и представляват задължително продължение на стационарно лечение на покрити по договора злополука или заболяване и са негов етап;

4.1.35. Лечение на инфертилитет, включително подготовка и провеждане на асистирана репродукция;

4.1.36. Извършване на престъпление от Застрахования; хулигански действия от страна на Застрахования, в т.ч. и участие в сбивания;

4.1.37. Изпълнение на смъртна присъда; увреждане здравето на Застрахования, настъпило по време на принудителното му задържане от компетентен държавен орган, а така също при или по повод изтърпяването на наложено наказание лишаване от свобода;

4.1.38. Ваксинация както и усложнения, настъпили вследствие на ваксинация;

4.1.39. Заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация, както и всички здравни последиствия от тях. При изрична договорка, Застрахователят може да приеме да предостави застрахователно покритие за застрахователни рискове, произтичащи от такива заболявания, при конкретно определени в застрахователния договор обхват и лимити.

4.2. При специално договаряне и платена допълнителна застрахователна премия, Застрахователят може да поеме отговорност за някои от рисковете по чл. 4.1.

4.3. Освен в посочените по-горе в чл. 4.1. изключения, Застрахователят не дължи изплащане на застрахователно обезщетение и за:

4.3.1. Медицински разходи, платими/платени в пълен размер от други застрахователи, правителствена/национална, общинска, обществена или частна здравна програма или работодател, както и разходи, извършени от застрахования вследствие на

самоволен отказ от лечение, провеждано по реда/алгоритъма, на която и да е от визираните програми;

4.3.2. Закупуване на лекарства 10 или повече дни след тяхното назначаване;

4.3.3. Разходи за консумативи, включително и медицински изделия, използвани за лапароскопски и артроскопски операции, остеосинтезни материали, импланти, изкуствени стави, вътреочни лещи; разходи за избор на екип, потребителски и други такси;

4.3.4. Административни такси, включително и такива за издаване на документи и преписи от документи, за поучаване на записи за извършени изследвания (CD, DVD), издавани от държавни институции и лечебни заведения.

4.4. Застрахователят не дължи застрахователно обезщетение, когато установи, че са му представени фалшифицирани или неверни документи и/или информация. Застрахователят не дължи застрахователно обезщетение, когато установи, че дните болничен отпуск не са ползвани реално.

4.5. Застрахователят не предоставя застрахователно покритие и не дължи плащане на застрахователно обезщетение, в случай че предоставянето на това покритие и/или изплащането на обезщетение съставлява санкционирано, забранено или ограничено действие, съгласно:

4.5.1. Резолюция на Организацията на обединените нации;

4.5.2. Търговски или икономически правила, закони или регламенти на Европейския съюз, Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия или Съединените американски щати;

4.5.3. Законодателството на Република България.

Член 5 СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕОБЯВЯВАНЕ НА СЪЩЕСТВЕНИ ОБСТОЯТЕЛСТВА.

5.1. Сключване на застрахователния договор:

5.1.1. Застрахователният договор се изготвя въз основа на предложение за застраховане, както и на други сведения, които застрахователят може да изисква за оценка на застрахователния риск вкл. попълване на здравни декларации/въпросници и преминаване на медицински прегледи съгласно Подписваческите правила за оценка на риска на „Групама Застраховане“ ЕАД;

5.1.2. Към предложението за застраховане Застрахованият представя и поименен списък на Застрахованите лица, който съдържа трите имена, ЕГН и длъжността / професията на лицата от групата;

5.1.3. Застрахователният договор се сключва писмено, под формата на застрахователна полица.

При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, с предимство се ползва уговореното в застрахователната полица;

5.1.4. Застрахователният договор се състои от Застрахователна полица, Предложение за сключване на

застраховката, Общи условия и/или Специални условия, Добавъци и Поименен списък, или Удостоверение за актуален списък на застрахованите лица;

5.1.5. По тази застраховка се застрахова група, предварително формирана с незастрахователна цел и състояща се от две и повече лица, които са свързани по социален или друг признак;

5.1.6. Когато работодател сключва за своя сметка групова застраховка на свои работници и/или служители в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласието на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква. Лице, посочено в поименния списък, предложението за застраховане или застрахователния договор, което е необходимо да даде писмено съгласие за застраховането си, заявява съгласието си лично или чрез упълномощаване на Застраховачия;

5.2. Обявяване на съществени обстоятелства. Последници от необявяване на съществени обстоятелства.

5.2.1. При сключване на застрахователния договор Застраховачият/Застрахованият е длъжен да обяви всички съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които застрахователят е поставил писмено въпрос. Ако Застраховачият/Застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, че Застрахователят би отказал сключването на договора или би приел за застраховане, но при специални условия, застрахователният договор подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в действащата нормативна уредба;

По време на действието на застрахователния договор Застраховачият/Застрахованият е длъжен да обяви пред Застрахователя незабавно след узнаването им новонастъпилите съществени обстоятелства. При неизпълнение на това задължение се прилага редът, определен в действащата нормативна уредба;

5.2.2. За съществени обстоятелства се приема и информацията относно ползвателя на застрахователната услуга, когато е обект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН или търговски или икономически санкции, закони или наредби на Европейския съюз, негова страна-членка, Република България, Съединените американски щати или национален закон, предвиждащ подобни мерки.

Член 6. НАЧАЛО, СРОК, ПРОМЯНА И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА.

6.1. Застрахователният договор се сключва за определен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.

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

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

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

6.5. При всяка промяна в състава на застрахованите лица, Застраховачият следва своевременно да уведоми Застрахователя в писмена форма. Началото на периода на индивидуалното застрахователно покритие за новопостъпилите лица започва от 00:00 часа на деня, следващ получаването на уведомлението. Въз основа на декларираните промени Застрахователят издава Удостоверение за актуален списък на застраховани лица. Калкулираните премии за всяка една промяна са дължими в случай на щета и/или преди изтичане на застрахователния период.

6.6. Възможно е договаряне на различни условия на уведомяване при настъпили промени в състава на застрахованите лица, които се вписват в полицата.

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

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

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

6.10. Периодът на индивидуалното застрахователно покритие за всеки от групата на застрахованите се прекратява с настъпване на края на периода на застрахователното покритие, посочен в застрахователната полица или в добавък.

6.11. Периодът на индивидуалното застрахователно покритие за конкретния застрахован се прекратява предсрочно в следните случаи:

6.11.1. При напускане на групата от застрахования - от 24:00 часа на датата на напускането;

6.11.2. При получаване от застрахователя на писмено възражение от застрахования срещу застраховането му - от 24:00 часа на датата на получаване на възражението;

6.11.3. При неплащане на застрахователната премия в определения гратисен период;

6.11.4. При прекратяване на застрахователния договор – от 24:00 часа на датата на прекратяване на застрахователния договор;

6.11.5. В случай че застрахованият е субект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Република България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки в списък за санкции на ЕС, България или САЩ – от датата на узнаване на това обстоятелство от застрахователя;

6.11.6. За всички рискове, с изключение на допълнителен пакет „Критични заболявания“ - с навършване на 70 години на Застрахования – от 24:00 часа на датата на навършването, освен ако е уговорено друго;

6.11.7. За допълнителен пакет „Критични заболявания“ - с навършване на 65 години на Застрахования – от 24:00

часа на датата на навършването, освен ако е уговорено друго;

6.11.8. С настъпване на смъртта на Застрахования;

6.11.9. В други случаи, предвидени в закона или в застрахователния договор.

6.12. Отлагателен период:

Прилагат следните отлагателни периоди, освен ако в застрахователната полица не е дефинирано друго:

6.12.1. За събития вследствие на злополука - не се прилагат отлагателни периоди;

6.12.2. За събития вследствие на заболяване - отлагателният период е 30 (тридесет) дни от началото на индивидуалното застрахователно покритие; При подновяване на договора за застраховка при Застрахователя, без прекъсване на застрахователното покритие за Застрахования, изискването по предходното изречение за отлагателен период не се прилага.

6.13. Промяна в застрахователния договор:

6.13.1. Страните по застрахователния договор не могат едностранно да внасят промени в него, освен в предвидените в застрахователния договор случаи;

6.13.2. Застрахователят може във всеки един момент да поиска промяна на застрахователния договор. Искането за промяна се предявява писмено пред застрахователя. Промяната се извършва чрез изготвяне и подписване от страните по застрахователния договор на добавък към него.

6.14. Прекратяване на застрахователния договор:

6.14.1. Застрахователният договор се прекратява с настъпване на края на периода на застрахователното покритие или с изтичане на срока на договора, посочен в застрахователната полица или в добавък.

6.14.2. Застрахователният договор може да бъде прекратен предсрочно в следните случаи:

6.14.3. При неплащане на дължимата премия / първа разсрочена вноска, индивидуалното застрахователно покритие не влиза в сила. Застрахователният договор се прекратява без предизвестие от застрахователя;

6.14.4. При неплащане от застрахователя на разсрочена вноска от застрахователната премия, застрахователният договор се счита за прекратен от датата на изтичане на 15-дневен срок след датата на падежа на разсрочената вноска, като допълнително изрично писмено изявление от страна на застрахователя до застрахователя не е необходимо;

6.14.5. По взаимно съгласие между страните по застрахователния договор;

6.14.6. В случай че Застрахователят е субект на санкция, забрана или рестрикция, произтичащи от резолюции на ООН и/или на икономически или търговски санкции, закони или наредби на Европейския съюз, Република България, Съединените американски щати, или национален закон, предвиждащ подобни мерки в списък за санкции на ЕС, България или САЩ, то застрахователят

има право едностранно и без предизвестие да прекрати застрахователния договор;

6.14.7. В други случаи, предвидени в застрахователния договор или закона.

6.14.8. Предсрочното прекратяване на застрахователния договор прекратява предсрочно периода на застрахователното покритие.

Член 7. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

7.1 Размерът на застрахователната сума се определя по договаряне между Застрахователя и Застрахователя в лева или в евро и се посочва в застрахователната полица.

7.2 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.

7.3 Застрахователната премия се заплаща от Застрахователя, еднократно при сключване на застраховката. 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.

7.4 При неплащане на разсрочена вноска, Застрахователят може да прекрати застрахователната полица не по-рано от 15 дни от датата, на която Застрахователят е получил писмено уведомление. Писменото уведомление 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.

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

Член 8. ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПОКРИТИТЕ РИСКОВЕ. НАЧИНИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ.

8.1. При застрахователно събитие, настъпило със Застрахованото лице в периода на индивидуалното му застрахователно покритие по договора и определено като покрит риск по настоящите Общи условия, Застрахователят се задължава да извърши плащания по условията на застрахователния договор, както следва:

8.1.1. Смърт вследствие на Злополука: Застрахователят изплаща на законните наследници на Застрахованото лице, договорената застрахователна сума по този риск. Злополуката следва да е настъпила в периода на

индивидуалното застрахователното покритие на лицето по договора. Смъртта на Застрахования трябва да е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и да е в пряка причинно – следствена връзка със злополуката. Застрахователното плащане по този риск се намалява с всички вече изплатени обезщетения за трайна и/или временна неработоспособност, в резултат от същата злополучка, ако има такива.

8.1.2. Смърт вследствие на Трудова злополучка: Застрахователят изплаща на законните наследници на Застрахованото лице удвоения размер на застрахователната сума, договорена по основния риск – Смърт в резултат на злополучка. Злополуката следва да е настъпила в периода на индивидуалното застрахователното покритие на лицето по договора. Смъртта на Застрахования трябва да е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и да е в пряка причинно – следствена връзка със злополуката. Застрахователното плащане по този риск се намалява с всички вече изплатени обезщетения за трайна и/или временна неработоспособност, в резултат от същата злополучка, ако има такива.

8.1.3. Смърт вследствие на Заболяване: Застрахователят изплаща на законните наследници на застрахованото лице, договорената застрахователна сума по този риск. Смъртта трябва да е в пряка причинно-следствена връзка със Заболяване, диагностицирано за първи път в периода на застрахователното покритие по договора и смъртта да е настъпила най-късно до една година от датата на първото диагностициране. Застрахователното плащане по този риск се намалява с всички вече платени обезщетения за трайна и/или временна неработоспособност, в резултат от същото Заболяване, ако има такива.

8.1.4. Трайна неработоспособност вследствие на злополучка: Застрахователят изплаща на Застрахованото лице процент от Застрахователната сума по този риск, равен на процента загубена работоспособност, определена от ЕР на ТЕЛК / НЕЛК. Злополуката следва да е настъпила в периода на индивидуалното застрахователното покритие по договора за конкретното Застраховано лице.

За дата на настъпване на трайно намалената или загубена работоспособност се счита датата на постановяване на първото поред влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК, във връзка със същата злополучка, която дата трябва да бъде най-късно до една година от датата на злополуката. Застрахователят изплаща обезщетение само за процента загубена/намалена работоспособност, който е в пряка връзка с настъпилото събитие. Ако увреждането засяга орган или крайник, увреден по-рано, Застрахователят изплаща застрахователно плащане, съответстващо на увеличението на трайната неработоспособност. Прилага се методът на последователно и пропорционално сумиране, като се вземе предвид определения процент на Трайно намалена работоспособност за предишните травматични увреждания.

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

Застрахователното плащане по този риск се намалява с всички вече изплатени обезщетения за временна неработоспособност, в резултат от същата злополучка, ако има такива.

8.1.5. Пълна трайна неработоспособност над 70 % в резултат на Заболяване: Застрахователят изплаща на Застрахованото лице процент от Застрахователната сума по този риск, равен на процента загубена работоспособност, определена от ЕР на ТЕЛК / НЕЛК. Застрахователно събитие е налице в случаите, при които на застрахования е медицински установено увреждане вследствие на заболяване, настъпило и диагностицирано за пръв път през срока на застраховката и довело до освидетелстване на пълна трайна неработоспособност със степен над 70%, при условие че ПТН настъпи и бъде освидетелствана до една година от датата на диагностициране на заболяването.

Не се счита за застрахователно събитие ПТН на Застрахования, която е последствие на увреждания от заболявания, които са настъпили и диагностицирани преди началото на индивидуалното застрахователно покритие по застрахователния договор, независимо от факта дали освидетелстването е станало в срока на застрахователния договор, освен ако изрично е договорено друго в застрахователната полица.

Процентът на Трайно намалена работоспособност 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.

Застрахователят изплаща суми за Трайно намалена работоспособност от общо или професионално заболяване само за първо решение на ТЕЛК/НЕЛК в срока на застраховката. Не се изплащат суми в случаите на преосвидетелстване на Застрахованото лице.

Ако заболяването засяга орган или крайник, увреден по-рано, Застрахователят изплаща застрахователно плащане, съответстващо на увеличението на трайната неработоспособност. Прилага се методът на последователно и пропорционално сумиране, като се вземе предвид определения процент на Трайно намалена работоспособност за предишните увреждания.

Застрахователното плащане по този риск се намалява с всички вече изплатени обезщетения за временна неработоспособност, в резултат от същото заболяване, ако има такива.

8.1.6. Временна неработоспособност, вследствие злополучка или заболяване:

Застрахователят изплаща на Застрахованото лице процент от договорената застрахователна сума по този риск.

Уврежданията на Застрахования от настъпилата в периода на застрахователното покритие по договора злополучка,

довели до временната му неработоспособност, следва да са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката. Застрахователно плащане при повторна проява на увреди вследствие същата злополука се извършва, само ако временната неработоспособност е настъпила до 3 месеца от датата на злополуката.

Първоначалното Диагностициране на заболяването, довело до временната неработоспособност, следва да е в периода на застрахователното покритие по договора.

Началото на временната неработоспособност (началната дата на първичния болничен лист, съответно посочената в медицинското удостоверение начална дата) следва да е в периода на застрахователното покритие по договора. Следващите болнични листове за временна неработоспособност трябва да са издадени в продължение на първия, без прекъсване и за същото заболяване.

Болничният лист трябва да бъде издаден съгласно Наредбата за медицинската експертиза.

По преценка на Застрахователя, могат да бъдат изискани допълнителни доказателства за установяване на реалното използване на болничен лист съгласно Наредба за паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване.

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

Обстоятелството, че за лицето не се издава болничен лист (за безработни, самоосигуряващи се лица, студенти, пенсионери, при събитие настъпило извън територията на България) се удостоверява с официални медицински документи.

Застрахователното обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие злополука, се заплаща за всяко събитие настъпило в периода на застрахователното покритие по договора.

Застрахователно обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие на заболяване, се заплаща за едно събитие в рамките един застрахователен период, освен ако в договора е уговорено друго.

Продължителността на временната неработоспособност се обезщетява според условията на договора въз основа на реално ползваните дни от болничния лист за временна неработоспособност (дните на отсъствие от работа) в периода на застрахователното покритие по договора. За лицата, за които болничен лист не се издава, се ползват данните от издаденото им медицинско удостоверение по образец.

Застрахователно обезщетение за временна неработоспособност, настъпила вследствие злополука или заболяване, не се дължи, ако Застрахованият е получил

суми за трайна загуба на работоспособност от същите злополука или заболяване.

8.1.7. Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване: Застрахователят възстановява на Застрахования извършените в периода на застрахователното покритие необходими, обичайни и разумни медицински разходи за лечение на последиците от злополука или заболяване, настъпила, съответно диагностицирано за първи път, в същия период. На Застрахования се възстановяват реално направени разходи за извънболнично (амбулаторно) и болнично (стационарно) лечение до лимита на отговорност на Застрахователя за това покритие, определен в застрахователната полица.

Възстановяват се само медицинските разходи до размера на лимита на отговорност на Застрахователя, въз основа на представени от Застрахования финансови документи – фактури и фискални бонове, издадени от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки и съставени съгласно изискванията на българското законодателство.

Медицинските разходи следва да са извършени до 3 месеца от злополуката или заболяването, а в случай на закупени медикаменти за болнично или извънболнично лечение по лекарско предписание, в срок до 10 дни от деня на предписването; Застрахователят възстановява извършените медицински разходи до изчерпване на определения в полица на лимит на отговорност.

8.1.8. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука или заболяване: В случай на хоспитализация, продължила над 3 дни в резултат на злополука, общо или професионално заболяване, Застрахователят изплаща на Застрахования фиксирана сума на ден, уговорена в полицата, за всеки ден болничен престой, след третия, но не повече от 20 дни за едно събитие и 30 дни общо за всички събития за един застрахователен период (една застрахователна година). Застрахователното плащане по този риск започва от 4-тия ден след началото на хоспитализацията. Застрахователят изплаща обезщетение за дневни пари за болничен престой само ако периодът на хоспитализацията е в периода на застрахователното покритие на договора.

8.1.9. Възстановяване след хоспитализация, вследствие злополука или заболяване: В случай на хоспитализация, продължила над 3 дни в резултат на злополука, общо или професионално заболяване и назначено последващо домашно лечение, Застрахователят изплаща на Застрахования фиксирана сума на ден, уговорена в полицата, за всеки един ден домашно лечение, назначено и доказано с епикриза/болничен лист при изписване от болницата, издадени на името на Застрахованото лице. Размерът на дължимото застрахователно обезщетение се определя на база реално използвани дни за възстановеното. Фиксираното застрахователно обезщетение се изплаща за не повече от 20 дни за едно събитие и 30 дни домашно лечение за една застрахователна година.

8.1.10. Обезщетение при Хирургическо лечение (хирургически операции) вследствие на злополука или заболяване: Застрахователят изплаща на Застрахования Застрахователната сума по този риск, уговорена в полицата. В случай че Застрахованият претърпи хирургично лечение или операция, вследствие злополука или заболяване настъпили, съответно диагностицирани за първи път в периода на застрахователното покритие, Застрахователят изплаща договорената застрахователна сума, посочена в застрахователния договор;

Две или повече хирургични интервенции, извършени едновременно – с един и същ коремен разрез се считат за една хирургическа операция.

При хирургическа намеса, извършена под пълна или спинална анестезия, назначена от лекар и проведена през периода на застрахователното покритие в лечебно заведение с разкрити клиника, отделение или сектор за хирургическо лечение по съответната профилна специалност, изградени и работещи съгласно действащата нормативна уредба и извършена в присъствието, под ръководството и контрола на лекар-специалист по профилната специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти и действащата нормативна уредба. Операцията трябва да е извършена с цел хирургическо лечение на последиците от претърпяна Злополука, Общо или професионално заболяване, настъпили през периода на застрахователното покритие. Застрахователно обезщетение се заплаща за едно събитие в рамките един застрахователен период.

8.1.11. Счупване/фрактура: В случай, че Застрахованият претърпи фрактура (счупване), вследствие злополука, Застрахователят изплаща застрахователна сума, уговорената в полицата. Застрахователно обезщетение се заплаща за едно събитие в рамките един застрахователен период.

Ако вследствие на една злополука са причинени повече от една фрактури, Застрахователят изплаща еднократно договорената по този риск застрахователна сума. Не се изплащат обезщетения във връзка с остеопороза, патологична фрактура или друга болест на костите, както и при счупване на зъб. Патологична фрактура означава фрактура на място, където дадено заболяване е причинило предварително промени на костната структура.

8.1.12. Изгаряне: Застрахователят изплаща договорената по този риск застрахователна сума, уговорена в полицата, в случай, на претърпяна в периода на застрахователно покритие злополука, вследствие на която застрахованият получи термично, химическо, електрическо или радиационно изгаряне втора или по-висока степен, засегнало участък/ци над 4,49% от тялото Застрахованото лице. Застрахователно обезщетение се заплаща за едно събитие в рамките един застрахователен период.

8.1.13. Спешна стоматологична помощ в резултат на злополука: Застрахователят възстановява на Застрахованото лице, разходите за проведено дентално лечение, до лимита на застрахователната сума за това покритие, определен в застрахователната полица,

извършени не по късно от 10 дни от датата на настъпила злополука. Разходите трябва да са извършени в периода на застрахователното покритие по договора и от правоспособен дентален лекар.

Не се покриват разходи за дентална помощ, извършени по повод злополука, настъпила по време на хранене.

Не се считат за спешна дентална помощ стоматологичните услуги свързани с: изграждане на зъб, зъбопротезиране, естетично протезиране, премахване на зъбен камък / избелване на зъби, лечение на пародонтоза, физиотерапевтични и ортодонстки услуги, всички видове профилактични дентални услуги. Застрахователно обезщетение се заплаща за едно събитие в рамките на един застрахователен период.

8.1.14. Разходи за медицински транспорт, извършени по повод настъпила злополука или заболяване: на Застрахования се възстановяват реално направени разходи за транспортиране със специализиран транспорт от мястото на злополуката до най-близкото лечебно заведение с право да предоставя спешна медицинска помощ до размера на застрахователната сума, договорена в полицата за това покритие.

8.1.15. Второ медицинско мнение: Застрахователят организира консултация по документи с лечебно заведение, посочено от него. Застрахованият има право да се възползва от покритието „Второ медицинско мнение“, до два пъти в периода на индивидуалното му застрахователно покритие, за събития вследствие заболяване или злополука, диагностицирани/настъпили за първи път в срока на застраховката. За една диагноза покритието може да се използва един път.

8.1.16. Възстановяване на разходи за придружител, по време на хоспитализация или по време на възстановителен период, вследствие на злополука или заболяване: Застрахователното покритие включва възстановяване на извършени от Застрахования разходи за придружител - в болница или при възстановяване след хоспитализация, наложими се поради настъпила Злополука или заболяване:

- сестринско наблюдение и рутинни сестрински грижи при хоспитализация - Медицинска необходимост от индивидуален сестрински пост по време на болнично лечение се определя от завеждащия отделението.

- Подпомагане на болен с тежък физически недостатък в период на домашно лечение извършено от медицинско лице.

Застрахователят възстановява на Застрахования разходи до определена сума на ден, уговорена в полицата, за всеки един ден, през който лицето е имало необходимост и е получило допълнителна медицинска грижа за наблюдение или подпомагане в болнично заведение или в домашни условия, не повече от 10 дни за едно застрахователно събитие и общо до 20 дни за всички събития в една застрахователна година.

8.1.17. Диагностициране на критични заболявания: Застрахователят изплаща на Застрахованото лице застрахователната сума по този риск.

Застрахователят поема този риск при специални условия, дефинирани в допълнителен пакет „Критични заболявания“ неделима част от застрахователния договор.

8.1.18. Разходи за погребение при смърт вследствие злополука или заболяване – на ползващите се лица/законните наследници се изплащат действително направените разходи до размера на застрахователната сума за покритието и 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.

Член 9 ПОЛЗВАЩИ СЕ ЛИЦА

Ползвачи се лица са Застрахования или неговите законни наследници в зависимост от настъпилия риск.

Член 10 ЗАДЪЛЖЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ПОКРИТ РИСК

10.1. При настъпване на покрит риск Застрахованото лице или ползващите лица трябва да уведомят Застрахователя, както и да предоставят всички изискуеми от Застрахователя документи съгласно чл. 106 от Кодекса за Застраховането, необходими с цел определяне на основателността и размера на претенцията.

Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) предявява пред Застрахователя писмена претенция за изплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение, чрез попълнена бланка „Заявление за плащане“ – образец на Застрахователя по един от следните начини:

- лично или чрез пощенска услуга – на адреса на централното управление на Застрахователя;

- по електронна поща, на посочения в застрахователния договор или интернет-страницата на Застрахователя имейл адрес или чрез друга предоставена от него електронна платформа;

10.2. Претенциите за временна неработоспособност се предявяват след изтичане срока на реално ползвания заради нея отпуск, указан в болничния лист или поредицата болнични листове, до пълното възстановяване на работоспособността, а ако отпусъкът поради неработоспособността надвишава лимита на отговорност по договора – след указания в него максимален срок на неработоспособността.

Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) е длъжен да оказва пълно съдействие на Застрахователя за установяване на застрахователното събитие и размера на дължимите застрахователни суми или обезщетения, като предостави пълна и точна информация за обстоятелствата, довели до възникването на застрахователното събитие и за размера на претърпените вреди. В противен случай, Застрахователят има право частично или изцяло да откаже изплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение.

10.3. Застрахованият (съответно законните наследници на Застрахования) набавя за своя сметка необходимите и изискани от Застрахователя документи за доказване на основанието и размера на претенцията си.

Застрахованото лице или законните наследници на Застрахования трябва да представят следните документи в зависимост от вида на настъпилия риск, освен ако не е посочено друго

Във всички случаи:

- Заявление за застрахователно плащане;
- Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай че не са описани в медицинската документация);
- Медицински документи – амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последиците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване;
- Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност и месечна брутна работна заплата, в случай че индивидуалната застрахователна сума е формирана въз основа на заплата.

При смърт, настъпила вследствие злополука или заболяване:

- Съобщение за смърт, в случай че смъртта не е настъпила в лечебно заведение;
- Епикриза, в случай че смъртта е настъпила в лечебно заведение;
- Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последиците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване;
- Съдебно медицинска експертиза и/или аутопсионен протокол (в случай че такива са извършени);
- Резултат от токсико-химичен анализ (химическа експертиза), удостоверяващ липсата или наличието, както и количеството на алкохол, наркотици или други упойващи вещества, в организма на застрахованото лице;
- Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпване на злополуката;
- Удостоверение за наследници – оригинал;
- Служебна бележка, издадена от Работодател, с посочени дата на постъпване и длъжност, месечна брутна работна заплата, в случай че индивидуалната застрахователна сума е формирана въз основа на заплата.

Смърт, настъпила вследствие на трудова злополука:

- Допълнително към посоченото в предходния параграф, Застрахователят изисква и :
- Документ от орган на досъдебното наказателно производство или съдебен акт, удостоверяващ обстоятелствата съпътстващи настъпване на

трудова злополука;

- Декларация за трудова злополука по чл.57 от Кодекса за социално осигуряване(КСО);
- Разпореждане на Национален осигурителен институт (НОИ) по чл. 60 от КСО;
- Декларация, че разпореждането на НОИ не е /е обжалвано.

Трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука или заболяване:

- Акт за злополука (служебна бележка за датата, обстоятелствата и уврежданията – в случай че не са описани в медицинската документация);
- Медицински документи – епикризи, амбулаторни листа, болнични листа, издадени във връзка с лечение на последиците от настъпила злополука или диагностицирано заболяване;
- Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайната загуба на работоспособност, заверено с гриф „Влязло в сила“ – заверено копие.

Временна неработоспособност, вследствие на злополука или заболяване:

- Болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя – заверено копие;
- За пенсионери и други лица, за които болничен лист не се издава, се представя попълнено „медицинско удостоверение“ по образец на Застрахователя.

Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване:

- Медицински документ, с отразени дата на издаване, диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени и/или проведени изследвания/ манипулации/ терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение;
- Резултати от проведените изследвания;
- Фактура, издадена на името на застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на ползваните медицински услуги - оригинал;
- Фискален бон – оригинал.

Дневни пари за болничен престой (хоспитализация) вследствие на злополука или заболяване:

- Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия;
- Болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице

и печат на работодателя – заверено копие.

Възстановяване след хоспитализация, вследствие на злополука или заболяване:

- Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия;
- Болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя – заверено копие;
- За пенсионери и други лица, за които болничен лист не се издава, се представя попълнено „медицинско удостоверение“ по образец на Застрахователя.

Възстановяване на разходи за придружител, по време на хоспитализация или по време на възстановителен период, по повод настъпила злополука или заболяване:

- Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия;
- Болнични листове, заверени с гриф „Вярно с оригинала“ и с поставен текст „Болничните са реално ползвани“, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя – заверено копие;
- За пенсионери и други лица, за които болничен лист не се издава, се представя попълнено „медицинско удостоверение“ по образец на Застрахователя;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с описание и индивидуални цени на предоставените дентални услуги;
- Фискален бон.

Счупване/Фрактура:

- Медицински документи – амбулаторни листа, резултати от образно-диагностични изследвания извършени във връзка с диагностика лечение на фрактури, възникнали вследствие злополука;
- Епикриза, удостоверяваща проведено лечение в болнични условия на фрактури, възникнали вследствие злополука.

Изгаряне:

- Медицински документи – амбулаторни листа, резултати от диагностични изследвания извършени във връзка с диагностика лечение на изгаряне, възникнали вследствие злополука;
- Епикриза, удостоверяваща проведено лечение.

Хирургическо лечение вследствие на злополука или заболяване:

- Медицински документи – амбулаторни листа, издадени във връзка с лечение на последиците от настъпила злополука или диагностицирано

заболяване;

- Епикриза удостоверяваща проведено хирургично лечение в болнични условия.

Разходи за медицински транспорт вследствие на злополука или заболяване:

- Епикриза, с подпис на лекуващ лекар, дата и печат на лечебното заведение;
- Медицински документ, с предписание за транспортиране;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с описание и индивидуални цени на предоставените дентални услуги;
- Фискален бон.

Спешна стоматологична помощ в резултат на злополука:

- Медицински документ, с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с описание и индивидуални цени на предоставените дентални услуги;
- Фискален бон.

Второ медицинско мнение по повод настъпила злополука или заболяване:

- Необходимите документи във връзка с организирането на консултация се определят от Застрахователя, в зависимост от конкретната диагноза и състояние на Застрахования.

Диагностицирано особено тежко (критично) заболяване:

- Необходимите документи се определят от Застрахователя, в зависимост от конкретната диагноза и състояние на Застрахования.

Разходи за погребение при смърт, настъпила вследствие злополука или заболяване:

- Съобщение за смърт (в случай че смъртта не е настъпила в лечебно заведение) – четливо копие;
- Епикриза (в случай че смъртта е настъпила в лечебно заведение) - четливо копие;
- Фактура, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на платените услуги и/или стоки, по вид и единични стойности - оригинал;
- Фискален бон.

10.4. Всяко задържане на информация или умишлено невярно деклариране от страна на Застрахованото лице или на негов представител / наследник или представянето на неверни или фалшиви документи с цел да удостоверят дата, обстоятелство или последствия от застрахователно събитие ще доведе до отказ за покриване на какъвто и да е риск по застраховката във връзка с тази претенция.

10.5. Датата на предявяване на претенцията е датата, на която Застрахователят е бил уведомен за нея.

10.6. В срок от 15 работни дни от получаване на всички документи, Застрахователят е длъжен да вземе решение по съответната претенция.

10.7. Когато не са представени всички доказателства по чл.106 от Кодекса за застраховането, Застрахователят ще се произнесе не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията.

10.8. Във всеки един момент Застрахователят има право да поиска представяне на всеки от документите в оригинал.

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

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

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

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

10.13. При жалба от правоимащото лице, свързана с произнасянето по предявена претенция Застрахователят е длъжен писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на решението. Произнасяне по постъпила жалба се извършва в срок от: 7 (седем) дни от получаването ѝ, когато касае размер на изплатената сума или 10 (десет) дни, когато е свързана с основанието за плащане.

Член 11 ДЕФИНИЦИИ

За целите на застрахователния договор, посочените по-долу понятия имат следното значение:

Застраховащ: лицето, което сключва застрахователния договор със Застрахователя и плаща определената в застрахователния договор застрахователна премия. Освен

ако е уговорено друго, Застраховачият е работодател - юридическо лице или юридическо лице с нестопанска цел.

Застраховател: „Групама Застраховане“ ЕАД, ЕИК 131421443, със седалище и адрес на управление в Р. България, гр. София, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, бл. В, ет. 3, притежаващо лиценз за извършване на застрахователна дейност № 01-03 от 05.05.2005 г.

Застраховано лице/Застрахован: лицето, чийто живот, здраве и телесна цялост са предмет на застрахователния договор.

Ползващо се лице: лицето, което получава застрахователното плащане – застрахованият или неговите наследници

Групов застрахователен договор: състои се от тези Общи условия, застрахователна полица, предложение за сключване на застраховката, специални условия, добавъци и Удостоверение за актуален списък на застрахованите лица. По този договор се застрахова група, състояща се от две и повече лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирана с незастрахователна цел.

Застрахователен риск: обективно съществуващата вероятност от увреждане на живота и/или здравето на Застрахованото лице, възникването на която е несигурно, неизвестно и независимо от волята на Застраховачия, Застрахования или законните наследници на Застрахования. Покритите застрахователни рискове задължително се описват в застрахователния договор.

Застрахователно събитие: настъпването на покрит по полицата риск, в периода на застрахователното покритие, вследствие на злополука или заболяване.

Застрахователна сума: е договорена и посочена в Застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования или неговите законни наследници и е основа за определяне размера на застрахователните плащания.

Застрахователна премия: сумата, която Застраховачият дължи на Застрахователя срещу поетите от Застрахователя задължения по застрахователния договор.

Период на застрахователно покритие: периодът от време, в който Застрахователят носи риска по застраховката. Началната дата и краят на периода на застрахователното покритие са определени в застрахователната полица.

Застрахователен период: периодът, за който се определя застрахователна премия. Застрахователният период е една година.

Нормално здравословно състояние / Нормален здравен статус: Здравословно състояние на Застрахования, основните показатели за което са в границите на нормалните и което не води до временна неработоспособност към текущия момент. Лице с нормално здравословно състояние, се определя като здраво лице.

Злополука: всяко телесно нараняване, което е непреднамерено от страна на Застрахованото лице, възникнало случайно, непредвидено, внезапно и с външен за Застрахованото лице произход и което е настъпило в периода на застрахователното покритие.

не се считат за злополука последиците, настъпили в резултат на или вследствие от:

а) професионални заболявания;

б) доказани налични заболявания или внезапно настъпили болестни състояния, телесни или психични;

в) телесно увреждане, причинено от температурни влияния (измръзване, слънчево изгаряне, слънчев или топлинен удар), освен в случаите при овладяване на последициите от злополука;

г) медицински манипулации (вкл. инжекции, имунизации, ваксинации), интервенции, операции, общи и локални анестезии, химиотерапия, лъчетерапия и други лечебни процедури както и увреждания на здравето вследствие провежданото лечение;

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

е) травматични увреждания получени при епилептични припадъци;

ж) травматични увреждания причинени от екстремно повишено кръвно налягане, сърдечно - съдови или мозъчно-съдови инциденти (внезапно прилошаване, замайване, световъртеж);

з) инфекциозни заболявания причинени от ухапване от отровни насекоми (малария, енцефалит и лаймска болест).

Трудова злополука: злополука, призната за такава с разпореждане на съответното териториално разпределение на НОИ и настъпила със Застрахованото лице:

- през време и във връзка или по повод изпълнение на служебните/трудовете му задължения;

- през време на работа, която не е включена в служебните/трудовете задължения на застрахования, но извършена по нареждане на работодателя му, във връзка с дейността на работодателя и в интерес на работодателя;

- през време на регламентирания почивки в работно време;

- през време, когато застрахованият отива на работа или се връща от работа, но в рамките на един час преди началото на работното време и на един час след изтичане на работното време.

Заболяване: съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

Предварително съществуващи заболявания или състояния: всяко здравословно състояние, което е последицие от някое предишно диагностицирано заболяване или настъпила злополука или което е

изисквало болнично лечение или предписани лекарствени средства преди влизане в сила на застрахователния договор по Групова застраховка злополука и заболяване.

Хронично заболяване: заболяване или съвкупност от всякакви нарушения или отклонения от нормата, които имат една или повече от следните характерни черти: персистиращи са, продължителни във времето – над 6 месеца, могат да рецидивират, предизвикани са от необратими патологични промени (нямат акутно начало) и може да доведе до инвалидност (намаляване на работоспособността)

Общо заболяване: всяка болест по критериите на Световната здравна организация, която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

Професионално заболяване: болест, настъпила изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес и която оторизиран орган е определил за професионално заболяване, отговарящо на изискващите се критерии.

Акутно заболяване: Заболяване, което възниква остро, внезапно и непредвидено, представлява опасност за живота или здравето на Застрахованото лице и в зависимост от тежестта си изисква спешна и неотложна медицинска намеса.

Неработоспособност: частично намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност. Тя може да бъде временна или трайна.

Временна неработоспособност: частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, професионално или общо заболяване, в резултат на която Застрахованият реално ползва отпуск по болест.

Трайна неработоспособност / Трайна загуба на работоспособност: дефинитивно намалена в определен процент или напълно загубена, без възможност за пълно или частично възстановяване, способност за извършване на дейност с цел получаване на доход или печалба, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване. Процентът на трайната неработоспособност се определя с експертно решение на Териториална/Национална експертна лекарска комисия ТЕЛК/НЕЛК. За дата на настъпване на трайната неработоспособност се приема датата на инвалидизиране, посочена в първото влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК.

Медицински разходи: са всички разумни и обичайни разходи за прегледи, изследвания, оперативно,

медикаментозно и физиотерапевтично лечение (апаратна физиотерапия и лазер терапия с изключение на кинезитерапия, лечебни масажи и лечебна физкултура), извършени от лекар-специалист или друго правоспособно медицинско лице и 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, направени във връзка с каквито и да е прегледи, диагностика и лечение на състояние, заболяване и/или телесно увреждане.

Разумни, обичайни и необходими разходи: разходите за медицински дейности (прегледи, изследвания, лечение, услуги или помощ), които не са по-високи от средното ниво на разходи в подобни институции в Република България за същата или подобна медицинска дейност, за сходно заболяване, състояние или нараняване. Застрахователят прилага утвърден списък с медицински дейности, съгласно който има право да редуцира претендираните от застрахованото лице разходи. Същият е публикуван на сайта на компанията.

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, био стимулаторите, ваксините, слабителните средства и медицинската козметика. Лекарствените продукти следва да бъдат предписани от лекар във връзка с диагностицираната злополука или заболяване на застрахованите лица.

Болничен престой /хоспитализация/: престой на Застрахования в лечебно заведение за болнична помощ, в резултат на застрахователно събитие, претърпяно от застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие, наложен по лекарско предписание, с цел неотложно изследване, консултация, диагностициране, лечение. Престой в болница с цел рехабилитация, физиотерапия и санаториално лечение не е хоспитализация по тези Общи условия.

Плащане за ден хоспитализация е сумата, която Застрахователят плаща за един ден болничен престой, доказан с епикриза при изписване от болницата, издадена на името на Застрахованото лице.

Ден болничен престой е периодът от поне 24 последователни часа, съответстващи на периода от приемането в болница до изписването от болницата на Застрахованото лице.

Болница е юридическо лице, медицинско лечебно заведение, в което се предоставят специализирани медицински услуги с настаняване на пациенти. Болницата

трябва да притежава всички разрешения и лицензи за извършване на дейност от съответните правителствени или законови институции. Заведения, които не се считат за болници включват, но не са лимитирани до: центрове за възстановяване, центрове за продължителни грижи, домове за грижи за възрастни хора, санаториуми или курортни заведения.

Счупване/фрактура е доказано с образно изследване, травматично нарушаване на костната цялост на Застраховано лице, настъпило през периода на застрахователното покритие в резултат на злополука.

Изгаряне е разрушаване целостта на кожата, причинено от контакт с източници на топлинна енергия, химически вещества, електричество или вещества, причиняващи ниски температури. Процентът (%) изгаряне се удостоверява със съответните медицински документи от лечебно заведение с посочени степен, процент (%) и площ на изгаряне.

Период на възстановяване: периодът, през който по лекарско предписание застрахованият трябва да продължи лечението си у дома, след извършена хоспитализация. За период на възстановяване се счита периодът, равен на дните, определени за престой в лечебно заведение за болнична помощ (хоспитализация).

Хирургическо лечение (хирургически операции): хирургическа намеса под пълна или спинална анестезия, назначена от лекар и проведена през периода на застрахователното покритие в лечебно заведение с разкрити клиника, отделение или сектор за хирургическо лечение по съответната профилна специалност, изградени и работещи съгласно действащата нормативна уредба и извършена в присъствието, под ръководството и контрола на лекар-специалист по профилната специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти и действащата нормативна уредба. Операцията трябва да е извършена с цел хирургическо лечение на последиците от претърпяна Злополука, Общо или професионално заболяване, настъпили през периода на застрахователното покритие.

Спешна стоматологична помощ в резултат на злополука: спешно зъболечение, извършено до 24 часа след злополуката, за облекчаване на остри болки в резултат на застрахователно събитие, претърпяно от застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие, при следните стоматологични услуги: изваждане на внезапно счупен или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия и разходи за медикаменти.

Медицински транспорт първоначалния медицински транспорт с линейка от мястото на застрахователното събитие, претърпяно от застрахования през периода на индивидуалното застрахователно покритие, до най-близката болница за оказване на спешна медицинска помощ, както и последващ медицински транспорт от лекаря или болницата, оказали първа помощ, до най-близката специализирана болница, в случай че

състоянието на пострадалото лице налага престой в болница.

Критично заболяване: заболяване, включено в списъка на Застрахователя на особено тежките (критични) заболявания, неразделна част от застрахователната полица;

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

Отлагателен период (изчаквателен период): Отлагателният период е периодът от време, през който застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че застрахователният договор е в сила.

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.

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

Член 11 ДАВНОСТ

Правата и задълженията, свързани със застрахователните плащания се погасяват с 5-годишна давност, считано от настъпването на покрития риск, освен ако в нормативен акт не е предвидено друго.

Член 12 УВЕДОМЛЕНИЯ. АДРЕСИ.

12.1. Застрахованият е длъжен да информира писмено Застрахователя за всяка промяна на адреса си. Ако Застрахованият се пресели извън територията на Република България, трябва да уведоми Застрахователя за адреса си за кореспонденция на територията на България.

12.2. Всички уведомления, които трябва да бъдат изпратени до Застрахования ще бъдат изпратени на последния, известен на Застрахователя адрес.

12.3. Всички съобщения до Застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса на управление на Застрахователя. При промяна на адреса на управление на Застрахователя, той уведомява Застрахования чрез информация в средствата за масова информация.

12.4. За дата на уведомяване се счита датата на получаване на уведомлението. Това условие не е приложимо в случаите, когато Застрахованият не е уведомил писмено Застрахователя за новия си адрес. В тези случаи, за дата на уведомлението се счита датата на изпращане на уведомлението от Застрахователя на последния му известен адрес на Застрахования.

12.5. Застрахованият е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, ЕГН, ЕИК,

фирма или наименование и/или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, отправени до Застрахователя. В случай че не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застрахователя, последно обявен пред Застрахователя, се счита за връчено и получено от Застрахователя с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

12.6. Застрахователят е длъжен да уведоми Застрахователя в случай на смърт на което и да е от застрахованите лица в срок до 30 дни от датата на настъпването на смъртта.

Член 13. ПРЕДОСТАВЯНЕ И ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ. ПОСЛЕДИЦИ ОТ НЕПРЕДОСТАВЯНЕ НА ПОИСКАНИ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ЛИЧНИ ДАННИ.

13.1. Ползвателите на застрахователни услуги предоставят на Застрахователя данни, които са лични по смисъла на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на ЕП и Съвета от 27.04.2016 г. Тези данни ще бъдат събирани и обработвани от Застрахователя за целите и от лицата, посочени в „Уведомление за поверителност“, неразделна част към Общите условия на застраховката и достъпни на адрес: www.groupama.bg. Без тези данни, Застрахователят не може да приеме лица за застраховане по застрахователния договор.

13.2. За установяване на правни претенции Застрахователят може да иска и да получава от здравни,

лечебни, медицински органи, институции и лица, данни, медицински и други документи относно здравословното състояние и здравно-осигурителния статус на ползвател, както и да обработват получените данни във връзка със застраховането му.

13.3. Застрахователят се задължава да използва и обработва предоставените му лични данни само във връзка със сключването и изпълнението на застрахователния договор.

13.4. При изрично съгласие на ползвателите, Застрахователят може да обработва техни лични данни и за други цели. Съгласието е отделно основание за обработване на лични данни и целта на обработката е посочена в него.

Член 14. КОМПЕТЕНТНА ЮРИСДИКЦИЯ

14.1. При възникването на спорове по застраховката е приложимо българското законодателство.

14.2. Споровете между страните се решават по взаимно съгласие - извънсъдебно чрез Медицински арбитраж по реда на настоящите Общи условия по-горе, респективно, а ако няма постигнато споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското законодателство.

Настоящите Общи условия по групова застраховка Злополука и заболяване са приети с Решение на Съвета на директорите (СД) на Застрахователя от 07.10.2024 г., в сила от 22.11.2024 г

REF.No:7205_11_24

ИМЕ НА КЛИЕНТ:

Желая застрахователна защита във връзка с група физически лица:

Покрития	За лица от 14г. до 69 г.		За лица от 14г. до 69 г.	
	Групова застраховка „Злополука и заболяване“		Групова застраховка „Злополука“	
	Защита при злополука и заболяване		Защита при трудова/битова злополука	
	Злополука	Заболяване	Трудова злополука	Битова злополука
Смърт	✓	0	✓	0
Трайна загуба на трудоспособност	0	0	✓	0
Временна неработоспособност	0	0	✓	0
Медицински разходи	0	0	0	0
Обезщетение при болничен престой	0	0	0	0
Възстановяване след хоспитализация	0	0	0	0
Изгаряне	0		0	0
Счупване/Фрактура	0		0	0
Хирургическо лечение	0	0	0	0
Разходи за медицински транспорт	0	0	0	0
Спешна стоматологична помощ	0		0	0
Придружител	0	0		
Второ медицинско мнение	0	0		
Разходи за погребение	0	0		
Диагностициране на критични заболявания		0		
Моля, отбележете Вашия избор на продукт като поставите отметка (✓) в следващото поле				
ВАШИЯТ ИЗБОР НА ПРОДУКТ:				

КОПИЕ ЗА КЛИЕНТА

 ✓ - включено покритие
 0 – покритие опция, включва се по избор на застрахователя

Допълнителна информация за горепосочените продукти можете да намерите в Стандартизирания информационен документ и Общите условия по всеки продукт.

Подпис:

Дата:

 - **указателят показва полетата за задължително попълване от клиента**

ИМЕ НА КЛИЕНТ:

Желя застрахователна защита във връзка с група физически лица:

Покрития	За лица от 14г. до 69 г.		За лица от 14г. до 69 г.	
	Групова застраховка „Злополука и заболяване“		Групова застраховка „Злополука“	
	Защита при злополука и заболяване		Защита при трудова/битова злополука	
	Злополука	Заболяване	Трудова злополука	Битова злополука
Смърт	✓	0	✓	0
Трайна загуба на трудоспособност	0	0	✓	0
Временна неработоспособност	0	0	✓	0
Медицински разходи	0	0	0	0
Обезщетение при болничен престой	0	0	0	0
Възстановяване след хоспитализация	0	0	0	0
Изгаряне	0		0	0
Счупване/Фрактура	0		0	0
Хирургическо лечение	0	0	0	0
Разходи за медицински транспорт	0	0	0	0
Спешна стоматологична помощ	0		0	0
Придружител	0	0		
Второ медицинско мнение	0	0		
Разходи за погребение	0	0		
Диагностициране на критични заболявания		0		
Моля, отбележете Вашия избор на продукт като поставите отметка (✓) в следващото поле				
ВАШИЯТ ИЗБОР НА ПРОДУКТ:				

КОПИЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

 ✓- включено покритие
 0 – покритие опция, включва се по избор на застрахователя

Допълнителна информация за горепосочените продукти можете да намерите в Стандартизирания информационен документ и Общите условия по всеки продукт.

Подпис:

Дата:

 - **указателят показва полетата за задължително попълване от клиента**

