



# Винаги заедно!

ЗПАД „ДЗИ – Общо застраховане“  
София 1000, бул. „Цар Освободител“ №6  
тел.: (02) 981 57 99  
факс: (02) 980 28 61  
e-mail: life.ins@dzi.bg  
www.dzi.bg

Разрешение № 3 и 77 на НСЗ  
Ф.д. № 5215/1998 г. на СГС  
ЕИК по Бухстат 121718407



Ние сме част от KBC group

## ОБЩИ УСЛОВИЯ

### РИСКОВИ ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“

#### I. ПРЕДМЕТ НА РИСКОВИТЕ ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“

1. По тези Общи условия ЗПАД „ДЗИ“, със седалище град София, бул. „Цар Освободител“ №6, по-нататък наричан застраховател, застрахова срещу събития свързани с живота, здравето или телесната цялост едно или повече физически лица.
2. По смисъла на тези Общи условия: Договорител/Застраховател е лицето, което сключва застраховката и се задължава да плаща премията.  
Застрахован е лицето, чийто живот, здраве или телесна цялост се застраховат.  
Договорителят и застрахованият могат да бъдат едно и също лице или различни лица.  
Договорител може да бъде физическо или юридическо лице.

#### II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

3. Застраховат се здрави лица.
4. Не се застраховат лица:
  - 4.1. с трайна загуба на работоспособност над 50 %;
  - 4.2. навършили 65 години;
  - 4.3. малолетни или лица, поставени под запрещение, с покритие за случай на смърт.

#### III. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

5. Ползващо лице е друго лице, посочено от договорителя, имащо право да получи договорената застрахователна сума или обезщетение при настъпване на застрахователно събитие.
  - 5.1. За сключване на застраховката в полза на трето лице не е необходимо съгласието на това лице.
  - 5.2. Ползващото се лице трябва да даде своето изрично писмено съгласие, ако предмет на застраховката е животът, здравето или телесната цялост на трето лице, различно от договорителя.
6. Когато ползващите се лица са няколко, те имат равни права, освен ако е уговорено друго.
7. Застрахованият има право да променя ползващото лице. Промяната се извършва чрез Добавък към застрахователната полица, който влиза в сила от 24.00 часа на деня на издаването му.
8. Ако смъртта на застрахования е настъпила вследствие умишлено деяние на ползващо лице, застрахователната сума се изплаща на останалите ползващи лица или на законните наследници, ако няма други ползващи лица. Ако ползващите лица са няколко, частта от застрахователната сума, полагаща се на извършителя на умишленото деяние, се разпределя поравно между тях.
9. По груповите застраховки за сметка на работодателя ползващи лица са законните наследници.

#### IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

10. Основни покрити рискове
  - 10.1. Смърт от заболяване или злополука.
  - 10.2. Трайна загуба на работоспособност от злополука.

#### 11. Допълнителни покрити рискове

- По желание на договорителя и срещу заплащане на допълнителна премия, в застрахователните полици могат да се включат и следните допълнителни рискове:
- 11.1. Смърт от злополука.
  - 11.2. Смърт от трудова злополука.
  - 11.3. Трайна загуба на работоспособност.
  - 11.4. Временна загуба на работоспособност.
  - 11.5. Разходи за погребение.
  - 11.6. Разходи за медицинско транспортиране.
  - 11.7. Медицински разходи.
  - 11.8. Дневни пари за болничен престой.
  - 11.9. Суми за оперативно лечение.
  12. По отношение на застрахователните събития, допълнителните покрития от т.11.3. до 11.9. може да са
    - 12.1. от злополука,
    - 12.2. от трудова злополука,
    - 12.3. от злополука или професионално заболяване,
    - 12.4. от злополука, общо или професионално,
    - 12.5. от злополука професионално или акутно заболяване.
  13. Комбинацията от рискове, които конкретната застраховка покрива са посочени в застрахователната полица.

#### V. ТЕРИТОРИАЛНО ПОКРИТИЕ

14. За покрити рискове по т. 10.1, 10.2, и от т.11.1 до т. 11.6, застраховката е валидна за събития, настъпили на територията на Р. България и чужбина.
15. За покрити рискове от т. 11.7 до т. 11.9, застраховката е валидна само за събития, настъпили на територията на Р. България, освен ако е уговорено друго.

#### VI. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

16. По тези Общи условия застрахователят не носи отговорност за събития, причинени от или дължащи се на:
  - 16.1. война или военни действия;
  - 16.2. бунтове, граждански размирици, стачки или други от подобно естество;
  - 16.3. терористичен акт;
  - 16.4. атомни и ядрени експлозии, радиоактивни продукти и замърсяване от тях, или йонизираща радиация;
  - 16.5. събития, настъпили докато застрахованият е задържан от орган на властта или се намира в затвора, умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер;
  - 16.6. самоубийство или опит за самоубийство, и всякакви други умишлени действия на застрахования, довели до телесни увреждания или смърт /с изключение на случаите при опит за спасяване на човешки живот/;
  - 16.7. умишлени действия от страна на лице, което е в правото си да получи цялото или част от застрахователното плащане;
  - 16.8. употреба на алкохол, наркотици, опиати и други упойващи вещества;
  - 16.9. температурни вълнения (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар), доколкото не са наложени от овладяване на пос-

#### ледствията от злополука;

- 16.10. други събития, настъпили вследствие на излагане на опасност, умишлено действие или груба небрежност от страна на застрахования;
- 16.11. бременност – нормална и патологична, спонтанен и предизвикан аборт, стерилитет, раждане, както и породените от тях усложнения; освен ако е в причинна връзка със злополука;
- 16.12. СПИН;
- 16.13. заболяване, лекувано през последните два месеца, преди началото на застраховката;
- 16.14. неспазване на лекарските предписания за лечение; дните болничен отпуск не са ползвани реално;
- 16.15. медицински разходи заплащани от НЗОК;
- 16.16. закупуване на лекарства 15 дни след тяхното назначаване;
- 16.17. профилактика, балнеолечение и рехабилитационни услуги;
- 16.18. разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства;
- 16.19. разходи за консултативни;
- 16.20. упражняване на опасни спортни занимания: алпинизъм или скално катерене, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и гр.
17. При специално договаряне и платена допълнителна застрахователна премия, застрахователят може да поеме отговорност за някои от рисковете по раздел VI.

#### VII. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

18. Индивидуални и групови застраховки се сключват на здрави лица на възраст от 16 до 65 години. Възрастта на застрахования се определя в цели години към началото на застраховката. По-малко от шест месеца не се взимат под внимание, а навършени шест или повече месеца се приемат за цяла година.
  - 18.1. Индивидуална застраховка се сключва въз основа на саморъчно попълнени предложение, лична декларация за здравословно състояние от кандидата за застраховане по образец на застрахователя и с издаване на застрахователна полица.
    - 18.1.1. За застрахователна сума над определен от застрахователя размер, застрахователят изисква:
      - а) саморъчно попълнена и подписана финансова декларация по образец на застрахователя;
      - б) представяне на изискуемия от застрахователя набор от изследвания, направени за сметка на застрахования.
    - 18.2. Групова застраховка се сключва на група лица.
      - 18.2.1. Група, по смисъла на тези Общи условия, е предварително формирана, с незастрахователни цели, общност от две и повече лица, чийто брой е определен или определяем.
      - 18.2.2. Груповите застраховки се сключват за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя въз основа на попълнено предложение и/или с издаване на застрахователна полица.
        - 18.2.2.1. застраховките се сключват с по-

менен списък (по списъчна форма) и саморъчно попълнени и подписани лични декларации за здравословно състояние на кандидатите за застраховане, когато застраховката е:

- а) с различна застрахователна сума за лицата в групата;
- б) за сметка на застрахованите лица;
- в) за сметка на работодателя и групата е до определена от застрахователя численост;
- г) за сметка на работодателя и не са обхванати всички лица от групата.

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

19. С индивидуални и групови застраховки при утежнен риск могат да се застраховат и лица, боледуващи или преболедували определени болести, отразени в лична декларация за здравословно състояние.

19.1. Утежненият риск се изразява в увеличаване на действителната възраст на застрахования в зависимост от възрастта и здравословното състояние, съгласно Ръководство за застрахователно-медицинската работа на ЗПАД „ДЗИ“.

20. Сключване на застраховки, изискващи лекарски преглед

20.1. Индивидуални и групови застраховки по списъчна форма се сключват с лекарски преглед на застрахованите:

- а) за застрахователна сума над определен от застрахователя размер;
- б) на лица, посочили заболявания или оплаквания в лична декларация за здравословно състояние – по преценка на поверения лекар;
- в) на лица, навършили 60 години.

20.2. Лекарският преглед се извършва от поверения лекар по процедура и документи на застрахователя, само след пълни и изчерпателни отговори на въпросите в лична декларация за здравословно състояние и допълнителни изследвания или прегледи от специалисти, ако се изискват такива, съгласно Подписваческите правила на застрахователя.

20.3. Въз основа на данните от лекарския преглед и резултатите от изискваните допълнителни изследвания или прегледи, повереният лекар дава писмена препоръка в лекарски доклад относно сключването на застраховката:

- а) да се сключи при нормален риск;
- б) да се сключи при утежнен риск;
- в) да се намали застрахователната сума;
- г) да се намали срокът на застраховката;
- д) да се откаже сключването на застраховката.

20.4. Ако застрахователят откаже да сключи застраховката, той уведомява писмено за това договорителя в срок от 15 работни дни от взимане на решението.

21. По своя преценка застрахователят има право да изисква прилагане на списък, попълване на декларации за здравословно състояние, извършване на лекарски преглед на застрахованите и в други случаи.

22. Застраховката се сключва писмено във формата на застрахователна полица или на друг писмен акт. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, валиден е текстът на застрахователната полица.

22.1. Застрахователната полица се издава от застрахователя, при наличие на предложение, при спазени изисквания на раздел VII, и при условие, че е издължена премията (първата вноска).

## VIII. ЗАДЪЛЖЕНИЯ ЗА ОБЯВЯВАНЕ

23. Преди сключване на застраховката застрахователят е длъжен да предостави на кандидата за застраховане Общите условия на Рискови застраховки „Живот“ и специалните условия (ако има такива).

24. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въ-

просите, поставени в предложението и декларациите за здравословно и финансово състояние, и да посочи всички обстоятелства, от значение за сключване на застраховката.

24.1. Писменото предложение до застрахователя за сключване на застраховката или писмените отговори на застрахования на поставените от застрахователя въпроси относно обстоятелствата, имащи значение за естеството и размера на риска, са неразделна част от застрахователната полица.

25. По време на действието на застраховката, застрахованият е длъжен да обяви пред застрахователя новонастъпни обстоятелства, за които при сключването на застраховката застрахователят е поставил писмено въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.

25.1. Застрахованият е длъжен незабавно да уведоми застрахователя за промяна на посочения в застрахователната полица адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на застрахователя, съобщенията, изпратени от него на адреса на застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.

## IX. НАЧАЛО, СРОК И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

26. Началото на индивидуални и групови застраховки е 24.00 часа на датата, посочена за начало в застрахователната полица и при условие, че застрахователната премия е платена в уговорения срок.

26.1. При групови застраховки, за новопостъпващите лица в групата на застрахованите през времетраенето на застраховката, отговорността на застрахователя започва:

- а) по груповите застраховки без поименен списък на застрахованите – от 24.00 часа на деня на постъпване на лицето на работа;
- б) по груповите застраховки с поименен списък на застрахованите – от 24.00 часа на деня, в който е издължена допълнителната премия и е презаверен списъкът;
- в) по груповите застраховки за сметка на работодателя с поименен списък на застрахованите, ако новопостъпилите заемат мястото на напуснал застрахован – от 24.00 часа на деня на постъпване на лицето, при условие, че е презаверен списъкът.

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

27. Застраховката може да се сключи за срок до 5 години.

27.1. За индивидуални застраховки, срокът е от 1 година до 5 години.

27.2. За групови застраховки, срокът е от 1 месец до 5 години.

27.2.1. Групови застраховки по списъчна форма се сключват за срок, съобразен с възрастта на застрахованите и условията на тарифите. Срокът на застраховката се определя така, че при изтичането му никой от застрахованите да не бъде по-възрастен от пределната възраст по съответната тарифа.

28. Прекратяване на застраховката:

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

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

28.2.1. едностранно от договорителя в случай, че застрахователният интерес отпадне – чрез подаване на писмено заявление до застрахователя и декларация за липса на събития до този момент. В този случай застрахователната премия се преизчислява по прилаганата от застрахователя краткосрочна тарифа и

разликата се връща на договорителя. Застрахователят не връща частта на премията за неизтеклия застрахователен период, ако по застраховката са изплащани суми или възстановявани разходи.

28.2.2. от застрахователя – седем календарни дни след като застрахования е получил мотивирано писмено предизвестие от застрахователя, в случаите когато:

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

28.2.2.2. съзнателно обявеното неточно обстоятелство е от такъв характер, че застрахователят би сключил застраховката, но при други условия, последният може да поиска изменението му в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, действието на застраховката се прекратява, а застрахователят задържа платените премии, с последиците по т. 28.2.2.1.

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

28.2.3. Ако при сключване на застраховката е имало обстоятелства, които не са били известни на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването им да предложи изменение на застраховката.

28.2.3.1. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати застраховката, като писмено уведоми за това другата страна.

28.2.3.2. Ако застраховката бъде прекратена, застрахователят възстановява частта от премията, съответстваща на неизтеклия срок.

28.2.3.3. При настъпване на събитие преди изменението или прекратяването на застраховката, застрахователят дължи намалена застрахователна сума, пропорционална на платената премия (вноска).

28.2.4. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

## X. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

29. Застрахователна сума е сумата, за която е сключен застрахователният договор за едно лице. Тя се избира от договорителя в български лева или чуждестранна валута.

30. Размерът на минималната и максималната застрахователна сума се определя от застрахователя.

## XI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

31. Застрахователната премия се определя от застрахователя в зависимост от покритиите рискове, срока на застраховката, застрахователната сума, рисковия клас и възрастта на застрахования или средната възраст на групата застраховани.

Рисковият клас се определя от застрахователя в зависимост от упражняваната професия на застрахования и характера на производството, в което участва, съгласно вътрешни документи на ЗПАД „ДЗИ“, в сила при сключване на застраховката.

32. Застрахователната премия е:

32.1. еднократна – предплаща се при сключване на застраховката за целия ѝ срок;

32.2. годишна – предплаща се в началото на всяка застрахователна година.

32.2.1. годишната застрахователна премия може да се плати разсрочено на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски. Разсрочените

вноски се утежняват и се предплащат в началото на всеки период.

32.2.2. годишната премия може да се плати за повече от една година (предплатена премия).

32.2.3. При неплащане на разсрочена вноски, застрахователят може да прекрати застрахователната полица не по-рано от 15 дни от датата, на която сключилата застраховката е получил писмено предупреждение.

32.2.3.1. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица застрахователят е посочил, че ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на 15-дневния срок от датата на падежа на вноската.

32.2.3.2. В случаите когато застрахователната премия е разсрочена и настъпи застрахователното събитие преди застрахователната премия да е изплатена изцяло, застрахователят има право да:

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

б) редуцира плащането пропорционално на плащаната премия.

33. Начин на плащане на застрахователната премия:

33.1. по касов път (в брой или с чек) премиите (вноските) се плащат срещу квитанция по образец на застрахователя, чрез легитимиран застрахователен посредник или на касата в поделенията на застрахователя.

33.2. по безкасов път премиите се плащат чрез:

а) банков превод. Премията се счита издължена, ако е заверена сметката на застрахователя;

б) пощенски превод (запис);

в) удържане от заплатата на застрахования по местоработата;

г) удържане от други редовни доходи.

33.3. Договорителят определя начина за плащане на застрахователните премии (вноски) при сключване на застраховката. Той може да промени начина на плащане на премиите (вноските), като уведоми писмено застрахователя.

33.4. По искане на някоя от страните по груповите застрахователни договори, в края на застрахователната година застрахователната премия се преизчислява в зависимост от промените в числената съставка на групата.

33.5. Застрахователните премии (вноски) са носими и договорителят е длъжен да се грижи за редовното им плащане на или преди падежа.

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

## **XII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ**

### **A) ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ**

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

34.1. При всяко събитие: Молба по образец на застрахователя, застрахователна полица, а при групови застраховки по средносписъчен състав – Служебна бележка от застрахователя.

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

34.3. При трайна загуба на работоспособност:  
34.3.1. от злополука – документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания, проведеното лечение и състоянието на уврежданията непосредствено

преди освидетелстване от застрахователно медицинска комисия (ЗМК); решение на ЗМК;

34.3.2. – от заболяване – Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК.

34.4. При временна загуба на работоспособност:

34.4.1. от злополука – документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания и проведеното лечение; реално ползвани болнични листове за продължителността на временната загуба на работоспособност;

34.4.2. от заболяване – медицински документ удостоверяващ загуба на работоспособност от професионално заболяване, реално ползвани болнични листове за продължителността на временната загуба на работоспособност, епикриза.

34.5. Разходи за погребение – оригинални фактури и касови бонове.

34.6. Разходи за медицинско транспортиране – медицински документи /становище на лекуващия лекар/, удостоверяващи необходимостта от медицинско транспортиране и придружаващ персонал, оригинални фактури и касови бонове.

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

34.8. Дневни пари за болничен престой – Епикриза от болничното заведение, с която се удостоверява броят на дните на болничното лечение.

34.9. Суми за оперативно лечение – Епикриза от здравно заведение, удостоверяваща оперативната интервенция.

35. 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.

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

37. Когато необходимите доказателства не бъдат представени на застрахователя претенцията се съхраняват от държавни органи и от трети лица (ораните 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 в чл. 106 от Кодекса за застраховането.

**Б) ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, СРОК ЗА ПЛАЩАНЕ И НАЧИН ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ.**  
Застрахователят се задължава да извърши плащания по условията на застрахователния договор, както следва:

38. Смърт на застрахования, настъпила през срока на застраховката – на ползващите лица се изплаща застрахователната сума.

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

39. Трайна загуба на работоспособност от злополука – на застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента трайна загуба на работоспособност.

39.1. Процентът трайна загуба на работоспособност от злополука се определя от застрахователно-медицинска комисия (ЗМК), която функционира към всяка главна агенция на ЗПАД „ДЗИ“, въз основа на следните нормативни до-

кументи:

• ИНСТРУКЦИЯ за застрахователно-медицинска експертиза на трайната загуба на работоспособност на пострадали при злополука лица.

• УКАЗАНИЯ за прилагане на Скалата за травматичните болести и увреди, при които се определя процент трайна загуба на работоспособност от злополука.

• СКАЛА на травматичните болести и увреди, при които се определя процент трайна загуба на работоспособност вследствие злополука.

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

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

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

39.5. Застрахователят не носи отговорност за усложнения в здравнословното състояние на застрахования, настъпили след една година от датата на злополуката.

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

39.6.1. ЗМК определя предварителен процент трайна загуба на работоспособността, който следва да отразява предполагаемото обективно състояние на пострадалия към края на едногодишния период от датата на злополуката.

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

39.6.3. Пострадалото лице задължително се преосвидетелства, за да се определи окончателният процент трайна загуба на работоспособност, въз основа на който се определя дължимата сума и се доплаща разликата.

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

39.8. Професията на застрахования не оказва влияние при определяне на процента трайна загуба на работоспособност от злополука.

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

40. Трайна загуба на работоспособност от общо или професионално заболяване – на застрахования се изплаща процент (от 1 до 100%) от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента трайна загуба на работоспособност.

40.1. Процентът на трайна загуба на работоспособност от общо или професионално заболяване се определя от ЗМК, въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, което се преценява в съвкупност с всички представени документи. При необходимост се ползва и експертно становище на независими медицински специалисти.

40.2. Застрахователят изплаща суми за трайна загуба на работоспособност от общо или професионално заболяване само за първо реше-

ние на ТЕЛК/НЕЛК в срока на застраховката.

41. Временна загуба на работоспособност от злополука, общо, професионално или акутно заболяване – на застрахователя се изплаща процент от посочената в застрахователната полица сума или фиксирана сума, в зависимост от продължителността на временната загуба на работоспособност.

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

41.2. Застрахователят изплаща суми за временна загуба на работоспособност от общо, професионално или акутно заболяване един път в застрахователната година.

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

42. Разходи за погребение – на ползващите лица се възстановяват реално направени разходи до определен процент от застрахователната сума според условията на застрахователната полица.

43. Разходи за медицинско транспортиране – на застрахования се възстановяват реално направени разходи за специализиран транспорт и придружаващия медицински персонал, до определен процент от застрахователната сума според условията на застрахователната полица.

44. Медицински разходи – на застрахования се възстановяват реално направени разходи за извънболнично/амбулаторно/ и болнично/стационарно/ лечение до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума според условията на застрахователната полица.

45. Дневни пари за болничен престой – на застрахования се изплаща процент от застрахователната сума или фиксирана сума за всеки ден престой в болница.

45.1. Покрива се болничен престой (хоспитализацията) минимум 24 часа по лекарско направление за извършване на неотложно изследване, наблюдение и лечение. Дневните пари се изплащат независимо от проведеното лечение (платено и безплатно) и разходите, свързани с него.

46. Суми за оперативно лечение – на застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента определен за извършената операция в Хирургическата таблица на застрахователя.

46.1. Застрахователят изплаща процент от застрахователната сума за всяка операция, извършена през срока на застраховката.

46.2. Общата сума на плащанията за всички извършени операции през една застрахователна година е до размера на застрахователната сума.

47. Застрахователят изплаща дължимите суми не по-късно от 15 дни след представянето на всички поискани документи.

47.1. При наличие на обстоятелства, забавящи плащането, правоимащото лице се уведомява писмено в същия срок.

47.2. В същия срок правоимащото лице се уведомява писмено, ако се отказва плащане по предявената от него претенция или ако одобрената за изплащане сума е по-малка от претендираната. В писмото подробно се излагат мотивите за отказа, съответно за редуцираното плащане.

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

### XIII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

49. Договорните отношения между застрахованите лица и застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите, Търговския закон, специалните условия на рисковите застраховки „Живот“, както и специалните условия на застрахователната полица.

50. Споровете, възникнали между застрахователя и застрахованите се разрешават от компетентен български съд.

51. Застрахователят не дължи лихви за неправилно и погрешно внесени или несвоевременно изтеглени суми.

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

### XIV. ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

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

54. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА /лимит на отговорност/ е договорената и посочена в застрахователната полица парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя към застрахования или ползващото се лице.

55. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е еднократната или месечна/годишна сума, която договорителят дължи на застрахователя срещу поемте от последния задължения по застрахователната полица.

56. ПАДЕЖ и датата за плащане на застрахователната премия.

57. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ – парична сума, която съгласно покритиите рискове застрахователят изплаща при настъпване на застрахователно събитие.

58. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА – срокът през който застрахователят покрива поемте рискове. Началото и края на срокът се посочват в застрахователната полица.

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

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

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

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

63. ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

64. ВРЕМЕННА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, общо, професионално или акутно заболяване, в резултат на които застрахованият реално ползва отпуск по болест.

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

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

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

68. АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване с остро начало и прогресивен ход, изискващо спешно изследване и лечение, поради болковия му характер и прякото застрашаване живота на болния. По смисъла на тези Общи условия, акутни заболявания са: белодробна емболия, спонтанен пневмоторакс, пресен инфаркт на миокарда, остри ритъмни и проводни нарушения на сърцето (доказани с ЕКГ запис), перфорация на дуоденална или стомашна язва, остър панкреатит, мезентериална тромбоза, обтурационен илеус, волволус, остър апендицит, остър перитонит, остра бъбречна колика, остра жлъчна колика, остър кръвоизлив от органи на храносмилателния тракт (без устна кухина и хемороидален плексус), анурия, макрохематурия, пресен исхемичен хеморагичен мозъчен инсулт, нестривматична (спонтанна) субарахноидна хеморагия, остър енцефалит или менингит (бактериален, вирусен), руптура на аортна аневризма, остър гноен отит, отлепване на ретината.

69. МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ са разходи за прегледи, изследвания, оперативно, медикаментозно и физиотерапевтично лечение, заплатени от застрахования при извънболнично или болнично лечение, които са необходими и са свързани с лечебния процес. При разходи за медикаменти, те трябва да са закупени до 15 дни от предписането им. Разходи за медикаменти във връзка с заболяване се възстановяват само след преставяне на реално ползван болничен лист.

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

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

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

73. СУМИ ЗА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ на органи и системи е определен процент от застрахователната сума, равен на процента определен в Хирургическата таблица на ЗПАД „ДЗИ“ за извършената операция.

**Настоящите Общи условия са в сила от 01.08.1994 година, изменени и допълнени с Решение на Съвета на директорите на „ДЗИ“ ЕАД от март 1998 година, одобрени с Разрешение № 2 от 13.05.1998 година на НСЗ, изменени и допълнени с Решение на Съвета на Директорите на „ДЗИ“ ЕАД от 20.10.1999 г., одобрени с писмо № 202-2482/30.12.99 г. на ДЗН, изменени и допълнени с Решение на Съвета на Директорите на „ДЗИ“ ЕАД от 05.12.2001 г., изменени и допълнени с Решение на Управителния съвет на ЗПАД „ДЗИ“ с протокол № 38 от 18.12.2006 година.**