ДЗИ – Общо застраховане" ЕАД
гр. София 1000
бул. „Витоша" №89Б
тел.: (02) 902 70 00
факс: (02) 987 45 33

ДЗИ

Национален номер 0700 16 166
www.dzi.bg

З А С Т Р А Х О В А Т Е Л Н А П О Л И Ц А
№ 7115 20 271 000007
ЗАДЪЛЖИТЕЛНА ЗАСТРАХОВКА „ТРУДОВА ЗЛОПОЛУКА"

Днес, 28.01.2020 г. между
"ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД, Гл.агенция Шумен с адрес: гр. Шумен, Разрешение № 3 и № 77 на НСЗ, ФД № 5215/1998 г. СГС, Идент. № 121718407, Идент. № по ЗДДС: BG121718407, представлявано от Катя Свещарова – Управител , наричано по-нататък "**ЗАСТРАХОВАТЕЛ**" и

"СИДП" ДП ТП "ДГС Провадия" с адрес гр. Провадия, кв.Север, **ЕИК** 2016174120111, представлявано от инж. Здравко Сълтанов Директор, наричан по-нататък "ЗАСТРАХОВАЩ", се сключи настоящата застрахователна полица за следното:

I . ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА
„ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД застрахова работниците и служителите на Застраховащия, съгласно „Наредба за задължително застраховане на работниците и служителите за риска „Трудова злополука", заповед **№..... .** на работодателя и Общите условия на застраховка „Злополука и заболяване" Редакция 7 от 30.07.2018 г. в сила от 17.09.2018 г.

Брой застраховани лица по приложен списък: **28** (двадесет и три).

Период на застрахователно покритие: 1 (една) година

СРОК на застраховката 1 год., считано от 00.00 ч. на 29.01.2020г. до 24.00 ч. на 28.01.2021 г .

Период на застрахователно покритие: 1 (една) година

Застрахователен период - периодът, за който се определя застрахователната премия по полицата: 1 (една) година

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ

2.1. Застрахователната сума за риска смърт и трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане от трудова злополука е 7-кратният размер на годишната брутна заплата на работниците и служителите към момента на сключване на застраховката.
2.2. Застрахователната сума за риска временна неработоспособност от трудова злополука е размерът на месечната брутна заплата на работниците и служителите към момента на сключване на застраховката.
2.3. Общата застрахователна сума (по т.2.1.) за групата е **3 476 205.60 лв.**
2.4. Индивидуалните застрахователни суми са съгласно поименен списък на застрахованите лица, с посочени ЕГН и брутни месечни работни заплати към момента на сключване на застраховката, неразделна част от полицата.

III. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

При настъпване на следните събития „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД се задължава да изплати:
3.1. **Смърт от трудова злополука** - на законните наследници се изплаща застрахователната сума (по т.2.1.)
3.2. **Трайно загубена или намалена работоспособност, или определен вид и степен на увреждане от трудова злополука** - на застрахования се изплаща процент от застрахователната сума (по т.2.1.), равен на процента загубена работоспособност, определен от ТЕЛК/НЕЛК, ЦЗМК при „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД.
3.3. **Временна неработоспособност от трудова злополука** - на Застрахования се изплаща процент от месечната брутна работна заплата на работника или служителя, при която е сключена застраховката, за всеки започнат месец временна неработоспособност в зависимост от продължителността на загубената работоспособност:

ДЗИ – Общо застраховане" ЕАД
гр. София 1000
бул. „Витоша" №89Б
тел.: (02) 902 70 00
факс: (02) 987 45 33

- над 10 до 30 дни - 3%;
- над 30 до 60 дни - 5%;
- над 60 до 120 дни - 7%;
- над 120 дни - 10%.

Застрахователят изплаща обезщетение за всеки започнат период от 30 дни на непрекъсната временна неработоспособност, считано от началото на първия болничен лист.
Дължимият процент от застрахователната сума за всеки период се определя от общата продължителност на неработоспособността, съгласно представените болнични листове.

IV. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. **Трудова Злополука** е понятието по чл.55, ал.1 от КСО, това е всяко внезапно увреждане на здравето, станало през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило неработоспособност или смърт.

Трудова е и злополуката, станала с осигурен по чл. 4, ал. 1 и чл. 4а по време на обичайния път при отиване или при връщане от работното място до:
1) основното място на живеене или до друго допълнително място на живеене с постоянен характер;
2) мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден;
3) мястото за получаване на възнаграждение.

4.2. Когато застрахованото лице е имало определен процент трайна загуба на работоспособност преди настъпването на трудовата злополука, този процент не се отчита при определяне на процента трайна загуба на работоспособност в резултат на злополуката.
4.3. В случай на изплатено обезщетение за „временна неработоспособност" в резултат на трудова злополука и последваща трайно намалена работоспособност на застрахованото лице до една година от датата на злополуката, дължимото обезщетение за трайна загуба на работоспособност се намалява с размера на изплатеното обезщетение за временна неработоспособност.
4.4. В случай на изплатено обезщетение за „временна и/или трайна неработоспособност в резултат на трудова злополука" и последваща смърт на застрахованото лице до една година от датата на злополуката, дължимата застрахователна сума за смърт се намалява с размера на изплатените обезщетения.
4.5. Дължимите застрахователни обезщетения по задължителната застраховка „трудова злополука" се изплащат в 15-дневен срок след представянето на всички, посочени в договора документи.
4.6. За изплащане на застрахователната сума или на съответна част от нея на Застрахователя се представят следните документи:
а) писмено искане;
б) служебна бележка от работодателя;
в) препис от акт за смърт и удостоверение за наследници;
г) декларация на работодателя и разпореждане от териториалното поделение на НОИ за призната трудова злополука;
д) други документи, имащи значение за определяне на обезщетението.
4.7. При промяна в списъка на лицата, застраховащият уведомява писмено Застрахователя. Застрахователят издава анекс в случай на промяна на броя на застрахованите лица.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

5.1. Застрахователната премия за срока на застраховката за 28 /Двадесет и осем/ лица е **625.72** лева.
Данък 2% върху ЗП: 12.51 лева.
Обща дължима сума (Дължима застрахователна премия + данък 2% върху ЗП): **638.23** (Шестстотин тридесет и осем 0.23) лева.

5.2. Дължимата застрахователна премия се превежда по сметката на „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД – Главна агенция Шумен в ОББ IBAN: **BG03 UBBS 8888 1000 2935 40** , BIC: **UBBSBGSF** не по-късно от 28.01.2020г.

VI. Изменения и прекратяване
6.1. За новопостъпилите лица в групата на застрахованите през времетраене на застраховката, отговорността на застрахователя започва автоматично от 24.00 часа на деня на постъпване на лицето на работа. За напусналите групата на застрахованите лица, отговорността на застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.

ДЗИ – Общо застраховане" ЕАД
гр. София 1000
бул. „Витоша" №89Б
тел.: (02) 902 70 00
факс: (02) 987 45 33

ДЗИ

Национален номер 0700 16 166
www.dzi.bg

Застраховащият предоставя месечни справки на Застрахователя за новопостъпили и напуснали работници и служители по застрахователната полица.
В края на срока на полицата, се прави изравняване на застрахователната премия в съответствие с настъпилите промени в броя на застрахованите лица и застрахователните суми през времето на действие на полицата.
Застрахователната полица влиза в сила след плащането на цялата дължима премия или на първата вноска от нея при разсрочено плащане.

При неплащане на разсрочена вноска от застрахователната премия, договорът се прекратява в 24:00ч. на 15 (петнадесетия) ден от датата на падежа на неплатената разсрочена вноска (чл. 368 ал. 3 от КЗ). Настоящото се счита за писмено предупреждение за прекратяване на договора по смисъла на Кодекса за застраховането.

Неразделна част от настоящата полица са Общите условия по застраховка „Злополука и заболяване" на „ДЗИ - ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ" ЕАД и поименен списък на застрахованите лица.
Декларирам, че Застрахователят ми е предоставил и съм запознат с преддоговорната информация съгласно КЗ преди сключване на настоящия договор. Получил съм Общите условия на застраховки „Злополука и заболяване" и ги приемам. Информиран съм за обстоятелствата по чл. 19 и чл. 20 от ЗЗЛД. Предоставям доброволно личните данни на Застраховащия и Застрахованите лица като условие за сключване на договор със Застрахователя и във връзка с изпълнението на задълженията му като страна по възникналото правоотношение. Давам изричното си съгласие Застрахователят в качеството му на администратор на лични данни да обработва предоставените лични данни (включително лични данни, които се отнасят до здравето), да изисква и получава от трети лица лични данни на Застрахованите лица, обработвани от третите лица в качеството им на администратори, да предоставя личните данни на категориите трети лица, посочени в Общите условия на застраховки „Злополука и заболяване".
Декларирам, че Застрахованите лица, за които предоставям лични данни в качеството си на Застраховащ по групова застраховка, са дали своето изрично съгласие за предоставянето и обработването им от страна на Застрахователя като условие за сключване на договор със Застрахователя и във връзка с изпълнението на задълженията му като страна по възникналото правоотношение, както и за правото на Застрахователя да изисква и получава от трети лица техни лични данни, обработвани от тях в качеството им на администратори, да предоставя личните им данни на категориите трети лица, посочени в Общите условия на застраховки „Злополука и заболяване".

Настоящата полица е изготвена в два еднообразни екземпляра по един за всяка от страните.

ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ:
.....
заличено на основание чл. 59 от ЗЗЛД

ЗА „ДЗИ – ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ" ЕАД:
.....
заличено на основание чл. 59 от ЗЗЛД

ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ" ЕАД
ШУМЕН
3

"ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД
ЕИК: 121718407
София 1000, бул. "Витоша" 89Б
Главна Агенция (Агенция):Главна агенция Шумен

ДЗИ

Денонощен контактен център 0700 16 166
www.dzi.bg

СМЕТКА № **20012840334294** / 28.01.2020 16:39
за платена застрахователна премия/вноска/такса по полица № **711520271000007** / 28.01.2020

Застрахован / Застраховащ: СИДП ДП ТП - ДГС - ПРОВАДИЯ
ЕГН/ЕИК: 2016174120111
Данни за обекта: Групов. Застр.

Основание	Поредност на вноската	Дата от	Дата до	Дължима сума в лв. по вноска/ застрахователна премия	ДЗП 2% лв.	ОБЩО лв.
Вноска	1	29-01-2020	28-01-2021	625.72	12.51	638.23
				Общо дължима сума по сметката в лева:		638.23
				Словом: шестстотин тридесет и осем и 0.23, лева		

Начин на плащане: по банков път/ПОС

Дата на плащане: 28.

За

За Застрахования / З

По

Заличено на основание чл. 59 от ЗЗЛД

Заличено на основание чл. 59 от ЗЗЛД

СИДП ДП ТП - ДГС - ПРОВАДИЯ
ЕГН/ЕИК: 2016174120111

Посредник: АЙ ЕНД ДЖИ ИНШУРЪНС БРОКЕРС ООД Участък: 27112912
Издал: ВК00657

Сметката е отпечатана на: 28.01.2020, 16:39 часа от потребител: ВК00657

„ДЗИ – Общо застраховане" ЕАД
Република България
гр. София 1463
бул. „Витоша" № 89 Б

ДЗИ

Денонощен контактен център 0700 16 166
e-mail: clients@dzi.bg
www.dzi.bg

ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ"

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

Предлаганите продукти предоставят финансови средства, необходими за покриване на високите разходи, свързани с претърпяна злополука или заболяване. При настъпване на застрахователно събитие, ние ще изплатим суми в случай на временна неработоспособност, инвалидност или фатално събитие, престой в болница или претърпяна операция, както и ще възстановим направените от Вас медицински разходи.
Нашата основна цел е да осигурим защита от различни неблагоприятни събития, с помощта на нашите гъвкави покрития, обединени в различни продукти, от които можете да изберете най-подходящия за Вас, Вашите служители или близки, в зависимост от тяхната възраст, занимание или хоби - индивидуална или групова застраховка „Злополука", „Злополука" за спортисти, за учащи и деца от детски градини и ясли, както и Задължителна застраховка „Трудова злополука". Можете да сключите застраховка за срок от 1 година или друг договорен срок, да изберете различни нива на защита - застрахователни суми и покрити рискове, в съответствие със сумата, която сте готови да отделите за застраховката. Начините за плащане на дължимата сума (застрахователна премия) също са гъвкави - еднократно или разсрочено на вноски.

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

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

Преддоговорна информация съгласно изискванията на Кодекса за застраховането

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

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

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка със застрахователната дейност пред Комисията за финансов надзор и/или други компетентни държавни органи.
На територията на Република България споровете свързани с предоставянето на застрахователни услуги могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове /АРС/ пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.

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

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

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

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

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

ОБЩИ УСЛОВИЯ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ"

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

I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

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

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2. Застраховат се здрави лица на възраст от 16 до 69 години.
3. Не се застраховат лица:
3.1. с инвалидност над 50 %;
3.2. навършили 70 години;
3.3. малолетни или лица, поставени под запрещение, с покритие за случай на смърт.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)

4. Основни покрити рискове;
4.1. Смърт от злополука;
4.2. Инвалидност от злополука;
5. Допълнителни покрити рискове;
По желание на Застрахованото и срещу заплащане на допълнителна премия, в застрахователните полици могат да се включат и следните допълнителни рискове:
5.1. Смърт;
5.2. Инвалидност;
5.3. Временна неработоспособност;
5.4. Медицински разходи;
5.5. Дневни пари за болничен престой;
5.6. Суми за оперативно лечение на органи и системи;
5.7. Разходи за медицинско транспортиране;
5.8. Разходи за репатриране;
5.9. Разходи за погребение;
5.10. Разходи за спасяване;
5.11. Разходи за транспортиране на тлении останки и/или погребение;
5.12. Фрактури и изгаряния.
6. По отношение на застрахователните събития, покритията може да са от:
6.1. злополука (трудова или битова)
6.2 общо, акутноили професионално заболяване;
7. Застрахователят има право да включва и други рискове.
Комбинацията от рискове, които конкретната застраховка покрива се посочват в застрахователната полица.
8. По покрити рискове вследствие злополука, Застрахователят е в отговорност за събития, настъпили на територията на Република България и чужбина, а по рискове вследствие общо, акутно или професионално заболяване, само на Република България.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

9. Застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в следните случаи:
9.1. Самоубийство или опит за самоубийство, и всякакви други умишлени действия на Застрахованото, довели до телесни увреждания или смърт (с изключение на случаите при опит за спасяване на човешки живот);
9.2. Умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер;
9.3. Смъртта е настъпила, вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда;
9.4. Война, военни действия, Граждански размирици или терористични актове;
9.5. Земетресения;
9.6. Радиоактивни аварии;
9.7. Употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинг и други психотропни вещества и породените от тях увреждания на здравето (включително злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания);
9.8. Температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар), доколкото не са наложени от овладяване на последствията от злополука;
9.9. Други събития, настъпили вследствие на умишлено предизвикано от Застрахованото сбиване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;
9.10. СПИН;
9.11. Умишлени действия срещу застрахованото лице от страна на лице, което би имало права да получи застрахователно плащане;
9.12. Бременност - нормална и патологична, спонтанен и предизвикан аборт, стерилитет, раждане, както и породените от тях усложнения; освен ако е в причинена връзка със злополука;
9.13. Заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката;
9.13.1. При групови договори за сметка на работодателя, подновени/сключени без прекъсване, отговорността на Застрахователя обхваща и заболявания, възникнали/ диагностицирани по време на действието на предходните договори.
9.14. Неспазване на лекарските предписания за лечение; дните болничен отпуск не са ползвани реално;
9.15. Медицински разходи заплащани от НЗОК;
9.16. Закупуване на лекарства 7 дни след тяхното назначаване;
9.17. Разходи за консумативи, включително и медицински изделия, използвани за лапароскопски и артроскопски операции, остеосинтезни материали, импланти, изкуствени стави, вътреочни лещи;
9.18. Профилактика, балнеолечение и рехабилитационни услуги;
9.19. Събития, настъпили вследствие на упражняване на опасни спортни занимания или хобита: алпинизъм или скално катерене, лов, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и др.
9.20. Пътувания с въздушен транспорт, когато не са изпълнени изискванията застрахованият да бъде редовен пътник с билет, на борда на лицензирана авиокомпания, извършваща редовни въздушни превози по установени маршрути или пътуване с чартърни въздухоплавателни средства на лицензирани въздушни превозвачи, оперирани от професионален екипаж между установени и поддържани летища.
10. При специално договаряне и платена допълнителна застрахователна премия, Застрахователят може да поеме отговорност за някой от рисковете по раздел IV.

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

11. Всяко лице, което желае да сключи индивидуална застраховка е необходимо да попълни и подпише, в присъствието на представител на Застрахователя, предложение за сключване на застраховката
12. Групова застраховка се сключва на група лица за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя, въз основа на попълнено предложение и/или с издаване на застрахователна полица.
12.1. Когато работодател сключва за своя сметка застраховка на свои работници и/или служители в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласието на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква.
12.2. Застрахованите се сключват с поименен списък (по списъчна форма), когато застраховката е:
а) с различна застрахователна сума за лицата в групата;
б) за сметка на застрахованите лица;
в) за сметка на работодателя и групата е до определена от Застрахователя численост;
г) за сметка на работодателя и не са обхванати всички лица от групата.
Списъкът се заверява от Застраховащия и Застрахователя, и става неразделна част от застрахователната полица.
13. При случаите на покрити рискове от общо или професионално заболяване при индивидуална застраховка и групи до 30 лица, кандидатите за застраховане попълват и лична декларация за здравословно състояние.
Личната декларация за здравословно състояние се проверява от доверен лекар на Застрахователя.
13.1. На база отговорите в личната декларация за здравословно състояние, довереният лекар дава писмена препоръка относно сключването на застраховката:
а) да се сключи при нормален риск;
б) посоченото заболяване да бъде изключено от покритието;
в) да се сключи с покритие само от злополука.
По своя преценка Застрахователят има право да изисква прилагане на списък, попълване на декларации за здравословно състояние и/или финансов въпросник и в други случаи.
14. Преди сключване на застрахователния договор кандидатът за застраховане е длъжен да отговори писмено на поставените му въпроси в Предложението и/или в други допълнителни документи. Отговорите на тези въпроси съдържат обстоятелствата, които са му известни и са от съществено значение за оценката на риска и условията, при които ще се сключи застраховката.
15. След сключване на застрахователния договор, Застраховащият е длъжен да съобщи на Застрахователя незабавно след узнаването за всички промени в обстоятелствата, които е декларирал, които са възникнали по време на действието на договора или за които е узнал по време на на действието на договора.
15.1. В случай на неизпълнение на тези задължения, Застрахователят може едностранно да прекрати договора или да предложи изменения в условията му, а при настъпване на застрахователно събитие да намали размера на застрахователното обезщетение или изцяло да откаже изплащането му.
16. Застраховащият е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, предоставени на Застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застраховащия, последно обявен пред Застрахователя, се смята за връчено и получено от Застраховащия с всички предвидени в закона или в договора правни последици.
17. Застрахователният договор се сключва писмено, под формата на застрахователна полица или на друг писмен акт. Неразделна част от договора са настоящите Общи условия, предложението за сключване, както и личните здравни декларации и списъка на застрахованите лица. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, валиден е текстът на застрахователната полица.

VI. НАЧАЛО, СРОК, ПРОМЯНА И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

18. Застрахователният договор може да бъде сключен за определен или за неопределен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.
18.1. Началото и краят на срока се посочват в застрахователната полица.
19. Период на застрахователното покритие е периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25.1. Едностранно от Застрахващия 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 Застрахващия;

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

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

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

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

25. 3. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

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

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

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

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

28. Застрахователната сума се избира от Застрахващия.

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

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

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

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

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

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

б) редуцира плащането пропорционално на платената премия.

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

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

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

VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

А/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪЛВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

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

37.1. При всяко събитие: писмена застрахователна претенция до Застрахователя (по образец), в която посочва пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на Застрахователя и застрахователна полица, а при групови застраховки - Служебна бележка от Застраховащия;

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

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

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

37.3. При инвалидност:

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

б) от заболяване - Експертно решение на ТЕЛКНЕЛК;

37.4. При временна неработоспособност:

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

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

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

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

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

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

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

37.9. Разходи за репатриране - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - оригинални фактури и фискални бонове или платежен документ при безкасово плащане;

37.10. Разходи за погребение - оригинални фактури и фискални бонове;

37.11. Разходи за спасяване - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - оригинални фактури и фискални бонове или платежен документ при безкасово плащане;

37.12. Разходи за транспортиране на тлении останки и/или погребение - цялостна медицинска документация, както и документи, доказващи реално извършените разходи - оригинални фактури и фискални бонове или платежен документ при безкасово плащане.

37.13. Фактури и изгаряния вследствие на злополука - документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатираните травматични увреждания и проведеното лечение.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

42.1. Процентът инвалидност се определя от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК) на „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД, въз основа на следните нормативни документи, налични на интернет сайта на Застрахователя www.dzi.bg:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

54. Застрахователят изплаща дължимите суми не по-късно от 15 работни дни след представянето на всички поискани документи. В същия срок 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.

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

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

IX. ЖАЛБИ

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

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

- на телефона на Денонощния контактен център на „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД: 0700 16 166
- във всяко структурно звено „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД (ЦУ, т.п. агенция, агенция или офис) в писмен вид
- на официалния имейл на „ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД: clients@dzi.bg

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

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

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

X. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

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

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

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

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

XI. ДЕФИНИЦИИ

По смисъла на тези Общи условия:

ЗАСТРАХОВАТЕЛ - ДЗИ - Общо застраховане" ЕАД.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

НЕ СЕ 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 последствията от злополука;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ИНВАЛИДНОСТ (ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ИЛИ ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ)

- **трайна неработоспособност** е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване
- **вид и степен на увреждане** е състояние на хронично травматично или нетравматично увреждане (болест), при които лицето в нетрудоспособна възраст е с траен функционален дефицит на съответен увреден орган или система.

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

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

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

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

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

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

АКУТНО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване с остро начало и прогресиращ 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, волвулус, остър апендицит, остър перитонит, остра бъбречна колика, остра жълчна колика, остър кръвоизлив от органи на храносмилателния тракт (без устна кухина и хемороидален плексус), анурия, макрохематурия, пресен исхимичен или хеморагичен мозъчен инсулт, нетравматична (спонтанна) субарахноидна хеморагия, остър енцефалит или менингит (бактериален, вирусен), руптура на аортна аневризма, остър гноен отит, отлепване на ретината.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дата: .....

За ДЗИ - Общо за

.....

Декларирам, че

застраховане" Е

Застраховащ: .....

.....

заличено на основание чл. 59 от ЗЗЛД

заличено на основание чл. 59 от ЗЗЛД