

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКА „ЖИВЕЙ И ПЪТУВАЙ“

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО „АРМЕЕЦ“
Централно управление: 1000 София, ул. „Стефан Караджа“ №2, тел.: 0700 1 3939, www.armeec.bg

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ЕДНОЛИЧНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО „ЦКБ Живот“
Централно управление: 1000 София, ул. „Стефан Караджа“ №2, www.ccb-life.bg

ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА

Чл.1. ЗАД „Армеец“ и ЗЕАД „ЦКБ Живот“, наричани за краткост Застрахователите, заедно предлагат комбинирана застрахователна защита и финансово обезпечение, което надгражда социалното осигуряване при събития, свързани с трудоспособността, здравето и живота по време на пътуване на физически лица.

Застрахователният договор по застраховка „ЖИВЕЙ И ПЪТУВАЙ“ се сключва между застрахователите, които приемат срещу платена премия от отсрещната страна договорител, наречен застраховач, да носят отговорност за рискове върху работоспособността, здравето и живота на физическото лице и при настъпване на застрахователно събитие да заплащат на ползващо лице застрахователната сума или фиксирани парични суми в рамките на обхвата, категориите и лимитите, дефинирани в настоящите условия.

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.2.(1). Общите условия на застраховка „ЖИВЕЙ И ПЪТУВАЙ“, наричани за краткост Общите условия, представляват неразделна част от застрахователния договор, който застрахователят сключва със застрахователите.

(2). За целите на настоящите Общи условия са в сила следните понятия, които носят смисъла, определен по-долу:

1.Застрахователи:

1.1. Застрахователно акционерно дружество „Армеец“, вписано в Търговския регистър и регистър на юридическите лица с нестопанска цел на Република България, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1000, ул. „Стефан Караджа“ № 2. Лицензирано да извършва застрахователна дейност от Комисията за финансов надзор с Решение за извършване на застрахователна дейност №7/15.06.1997 г. на ДЗН

1.2. Застрахователно еднолично акционерно дружество „ЦКБ Живот“, вписано в Търговския регистър и регистър на юридическите лица с нестопанска цел на Република България, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1000, ул. „Стефан Караджа“ № 2. Лицензирано да извършва застрахователна дейност от Комисията за финансов надзор с Решение №1333-ЖЗ от 31.10.2007 г., допълнен с Решение № 545-ЖЗ от 11.07.2013 г.

2. Застраховач/договорител е лицето, което е страна по застрахователния договор. Застрахователят може, при условията на застрахователния договор, да бъде и застрахован или трето ползващо се лице.

3. Застрахован/застраховано лице е физическо лице, върху чийто живот, телесна цялост, здраве и работоспособност се сключва застраховката.

4. Ползващо лице е лицето, на което при определените в договора условия се изплаща застрахователната сума, част от нея или фиксирана парична сума. Ползващо се лице може да бъде, както застрахованият, така и застрахователят или друго, посочено от застрахователя лице/а.

5. Срок на застраховката е срокът, за който е сключен застрахователният договор. Неговото начало и край се посочват в застрахователната полица.

6. Период на застрахователно покритие е периодът, през който застрахователите носят риска по застраховката.

7. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия, който период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок. Застрахователният период може да съвпада със срока на договора. В срока на застрахователния договор може да се включва повече от един застрахователен период.

8. Застрахователно събитие е настъпването на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.

9. Покрит риск са условията, записани в застрахователния договор, при настъпване на които застрахователите дължат плащане.

10. Застрахователен интерес по смисъла на настоящите Общи условия е необходимостта от осигуряване на застрахователна защита срещу последиците от настъпване на неблагоприятни събития, свързани с живота, телесната цялост, здравето или работоспособността на застрахования.

11. Застрахователен договор - сключва се в писмена форма, като застрахователна полица или друг писмен акт. Неразделна част от застрахователния договор са: Предложение за сключване на застраховката, Общите и Специални условия (в случай че има такива), съгласно които е сключен конкретният застрахователен договор, както и всички останали писмени договорености.

12. Добавък/Анекс е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него.

13. Застрахователна сума е договорената между страните и посочена в застрахователната полица парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователите по застраховката, която застрахователите се задължават да изплащат на ползващото лице при настъпване на застрахователно събитие, съгласно условията на договора.

14. Застрахователна премия е определената в застрахователната полица парична сума, която застрахователите изискват да им бъде платена в замяна на поетите от тях задължения по договора. Премията може да бъде еднократна или годишна. Годишната премия може да бъде разсрочена на вноски с определен срок. 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.

15. Злополука по смисъла на настоящите Общи условия е събитие, настъпило в срока на застраховката, независимо от волята на застрахования, което в резултат на внезапни и непредвидени действия или причини от външен произход оказва механично или химично въздействие върху неговото тяло и в срок до една година от настъпването на събитието е причинило неработоспособност или смърт. За злополука се считат и изключване, обтягане или скъсване на ставни връзки, сухожилия и мускули вследствие на налягане на собствени сили, последствия от температурни и атмосферни влияния, както и телесна повреда или смърт, настъпили за застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.

16. Пътнотранспортно произшествие /ПТП/ е събитие, възникнало в процеса на движение на пътно превозно средство и предизвикало нараняване или смърт на хора, повреда на пътно превозно средство, път, пътно съоръжение, товар или други материални щети. За пътнотранспортно произшествие се счита всяко събитие, за което компетентните държавни органи са съставили и издали съответния документ – Протокол за ПТП, Констатилен протокол и други.

17. Трайно намалена работоспособност вследствие злополука е окончателно намалена в определен процент или изгубена способност за извършване на трудовата дейност или обичайни действия и занятия, вследствие нарушена функция на отделен орган или на целия организъм, породени от настъпила злополука. Процентът на трайно намалената работоспособност се определя съгласно действащата нормативна уредба от ТЕЛК/НЕЛК. За дата на настъпване на трайната или намалена работоспособност се счита датата на първото поред влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК във връзка със същото застрахователно събитие.

Ако преди настъпване на злополуката застрахованият има определена трайна неработоспособност, застрахователят няма задължения за плащане към това предшестващо състояние. Ако увреждането засяга орган или крайник, увреден по-рано, Застрахователят изплаща застрахователно обезщетение, съответстващо на увеличението на трайно намалената или загубена работоспособност.

18. Заболяване е съвкупност от клинични оплаквания и/или прояви, диагностицирани в здравно заведение, регистрирани в официален медицински документ, водещи до аномално според общопризнатото ниво на медицинската наука телесно или душевно състояние, и/или ограничаване работоспособността на застрахования.

19. Хронично заболяване: Означава нараняване, болест или състояние, което се характеризира с една или повече от следните характеристики:

- за него не е известно общопризнато средство за лечение;
- продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;
- изисква палиативно лечение;
- изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;
- лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено, за да се справя със заболяването;
- води до загуба на работоспособност.

20. Предшестващо/предварително съществуващо заболяване или състояние е всяко здравословно състояние, което е последствие от някое предишно установено заболяване или злополука, или което е изисквало болнично лечение, или лекарствени средства, или са провеждани изследвания преди влизането в сила на застрахователния договор, т.е. преди началото на застраховката, с което застрахованият е бил запознат към момента на сключване на застрахователния договор.

21. Трайна неработоспособност с определена от ТЕАК/НЕАК степен на увреждане над 70% вследствие заболяване е напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, която е пряк резултат на засягане на жизнени функции, породени от заболяване, настъпило със застрахованото лице през периода на застраховката. Трайна загуба на работоспособност е налице тогава, когато вследствие на полученото увреждане на жизнени функции застрахованото лице е възпрепятствано да извършва собствена/сходна професия или полагане на какъвто и да било труд срещу заплащане или печалба.

Установяването на степен на неработоспособност се извършва от ТЕАК/НЕАК, в съответствие с Наредба за медицинската експертиза. За дата на застрахователно събитие се счита началната дата на инвалидизация, посочена в решението на ТЕАК/НЕАК.

Ако преди началото на застрахователния договор застрахованият има определена трайна неработоспособност, застрахователят няма задължения за плащане към това предшестващо състояние и е в отговорност само за увреди от заболявания, настъпили в срока на договора.

22. Болнично лечение е стационарно лечение в болници (лечебни заведения), където се спазват общоприетите правила на медицинската професия и където се водят истории за всеки случай. За хоспитализация се приема всяко болнично лечение с престой в лечебно заведение от минимум 24 /двасет и четири часа.

За дата на събитие се приема датата на постъпване на застрахования в лечебно заведение за провеждане на стационарно лечение.

Болничното лечение не се счита за медицински необходимо, ако е само по причина от невъзможност за осъществяване на домашни грижи или от други лични изисквания на застрахования.

Хоспитализация поради дентално лечение ще се счита за необходима само при настъпило застрахователно събитие злополука.

За болница се счита здравно учреждение, регистрирано от съответните власти в страната, в която се намира, чиято основна цел е лечение в болничната база на болни или пострадали хора, в която всеки пациент е под постоянно наблюдение на лекар и в която се съхранява медицинска документация и история по всеки случай.

Не се считат за болници: спа центрове, клиники за хидротерапия, санаториуми, центрове за физиотерапия и рехабилитация, домове за медицински грижи и старчески домове.

23. Долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация е медицинско проследяване на възстановителния процес на застрахования, претърпял инцидент при злополука или преболедувал заболяване, настъпили в срока на договора.

24. Медицински разходи за долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация са разходите за предписани терапии и лекарства, медицински консултативи и превръзки.

25. Медицински разходи при хоспитализация са разходите за операции, предписани лекарства, медицински консултативи и помощни средства, които са над определената клинична пътека за диагностицираното състояние. Не се признават за медицински разходи при хоспитализация предлаганите допълнителни услуги в здравните заведения като например избор на екип, самостоятелна болнична стая, персонално обслужване от медицински специалист, кетъринг и други.

26. Лекарствени средства и консултативи са признатите от Министерство на здравеопазването лекарствени средства и консултативи, чието действие е насочено към лечение на последствията от злополуката или заболяването, и са включени в Списъка на Изпълнителна агенция за лекарства, разрешени за употреба.

27. Медицинско транспортиране е транспортиране на застрахован до болница по медицински съображения за болнично лечение, както и в случай на необходимо транспортиране от болницата до дома по лекарско предписание, разходите за линейка, влак или такси се възстановяват при условие, че е проведено болнично лечение.

28. Високоспециализирани изследвания са радиоизотопни и ангиографски изследвания, компютърна томография (скенер) и ядреномагнитна резонансна томография.

29. Онкологични заболявания е общо наименование на група заболявания /нар. рак/, свързани с анормален растеж на клетките с потенциал за навлизане или разпространение в други части на тялото.

Рак означава наличие в организма на хистологично определени злокачествени тумори, характеризирани се с неконтролируем растеж на клетките (хистопатологично) и проникване на злокачествени клетки с инвазия на

нормалните тъкани и околните лимфни жлези, ц/или отдалечени метастази.

Ракът включва също: злокачествени заболявания на кръвта, кръвотворните органи и лимфната система (включително левкемия), злокачествена лимфома, Болест на Ходжкин (рак на лимфните жлези), злокачествено заболяване на костите, саркома и напреднали стадии на злокачествена меланома на кожата в стадий над I А.

30. Остър инфаркт на миокарда /нар. сърдечен удар/, представлява сериозна и внезапна промяна на сърдечната дейност при спиране на достъпа на кръв (исхемия) към определена част от сърцето. Засегнатата сърдечна мускулна тъкан (миокард) се поврежда и умира (некротизира).

31. Инсулт (нар. мозъчен удар или апоплектичен удар) е остро нарушение на кръвообращението на мозъка, вследствие на което се получават увреждания на мозъчните функции.

За инсулт се приема всеки мозъчно-съдов инцидент, водещ до постоянни неврологични последици, продължаващи повече от 24 часа, включващ инфаркт на мозъчна тъкан, кръвоизлив или емболия от екстракраниален източник.

32. Разходи за планинско спасяване, осъществено от Планинска спасителна служба /ПСС/ към Български червен кръст /БЧК/, които включват разходи за издирване, спасяване, оказване на първа медицинска помощ и транспорт на застрахован до медицинско заведение при животозастрашаващи състояния.

ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

Чл.3. Видове застрахователни договори:

(1). Индивидуален застрахователен договор се сключва върху живота, здравето и работоспособността на едно определено физическо лице. При този вид застраховки, ако застрахованият и застрахованият не са едно и също лице, застрахованият следва писмено да декларира своето съгласие за застраховането му, за да е валиден сключеният договор. Ако застрахованият е непълнолетно лице, договърът се сключва с писменото съгласие на родител, настойник или попечител.

(2). Групов застрахователен договор се сключва върху живота, здравето и работоспособността на група лица, които са свързани по социален или друг съществен признак. Групата е предварително формирана, с незастрахователни цели, общност от две и повече лица, чийто брой е определен или определяем.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ И ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

Чл.4. Застрахователните договори, сключени по настоящите Общи условия, осигуряват застрахователно покритие в пакет от застрахователни рискове, предоставени от застрахователя.

(1). ЗАД „Армеец“ срещу заплащане на застрахователна премия е в отговорност за изброените в настоящата алинея рискове при следните условия:

1. Загуба на живот на застрахованото лице вследствие злополука или пътнотранспортно произшествие /ПТП/ в срока на застрахователния договор, застрахователят изплаща дължимата за този риск застрахователна сума на законните наследници съгласно условията на полицата и прекратява застраховката.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е цял свят.

2. Трайна или намалена работоспособност на застрахованото лице вследствие злополука със степен на увреждане от 0% до 100%, застрахователят изплаща на ползващото лице/застрахован процент от застрахователната сума за този риск, равен на процента определена трайна неработоспособност, определен от ТЕАК/НЕАК.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е Република България.

3. Медицински разходи при хоспитализация и транспортиране или репатриране на застрахованото лице вследствие злополука или заболяване, застрахователят възстановява реално извършени разходи срещу представяне на оригинални платежни документи до размера на избрания лимит в една застрахователна година. При репатриране на тленни останки застрахователят възстановява реално извършени разходи до размера на избрания лимит и прекратява застраховката.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е цял свят.

4. Разходи за планинско спасяване - застрахователят възстановява на БЧК реално извършени разходи от застрахования до размера на избрания лимит в една застрахователна година срещу представяне на оригинални платежни документи от ПСС към БЧК за издирване, спасяване, оказване на първа медицинска помощ и транспорт до медицинско заведение при животозастрашаващи състояния.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е Република България.

(2). ЗЕАД „ЦКБ Живот“, срещу заплащане на застрахователна премия, е в отговорност за изброените в настоящата алинея рискове при следните условия:

1. Трайна неработоспособност на застрахованото лице вследствие заболяване с определена степен на увреждане от ТЕАК/НЕАК над 70% с напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, като пряк резултат на засягане на жизнените функции, породени от заболяване, настъпило със застрахованото лице през периода на застраховката, застрахователят изплаща на ползвателя лице/застрахован процент от застрахователната сума за този риск съгласно условията на полицата и прекратява застраховката.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е Република България.

2. Разходи за високоспециализирани Изследвания при болнично лечение на онкологични заболявания, остър инфаркт на миокарда или мозъчен удар /инсулт/, които са диагностицирани за първи път в срока на застрахователния договор - застрахователят възстановява реално извършени разходи за високоспециализирани Изследвания при болнично лечение на онкологични заболявания, остър инфаркт на миокарда или мозъчен удар /инсулт/, до размера на избрания лимит в една застрахователна година. Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е цял свят.

3. Медицински разходи за долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация вследствие заболяване или злополука от минимум 3 дни, застрахователят възстановява реално извършени разходи до размера на избрания лимит в една застрахователна година. За долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация вследствие злополука от минимум 3 дни, застрахователят възстановява реално извършени разходи за всяко застрахователно събитие вследствие злополука до размера на избрания лимит за застрахователна година. За долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация вследствие заболяване от минимум 3 дни, застрахователят възстановява реално извършени разходи веднъж в една застрахователна година. Долекуването следва да бъде осъществено непосредствено след хоспитализацията.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е Република България.

4. Дневни пари за болничен престой при проведена хоспитализация от минимум 5 дни вследствие заболяване или злополука, застрахователят изплаща за всеки ден хоспитализация избраната застрахователна сума за дневни пари за болничен престой след пролежаване на минимум 5 дни и за максимум 30 дни в една застрахователна година. Застрахователят изплаща дневни пари за болничен престой от минимум 5 дни вследствие заболяване веднъж в една застрахователна година.

Териториалният обхват за този риск по настоящите Общи условия е цял свят.

ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

Чл.5.(1). По настоящите Общи условия се застраховат дееспособни лица, които са български граждани, както и чуждестранни граждани, притежаващи разрешение за дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България, на възраст от 14 до 64 навършени години към датата на сключване на застраховката, освен ако не е договорено друго в конкретния застрахователен договор.

1. Възрастта на кандидата за застраховане се определя в цели години към датата, определена за начало на застраховката, като се взема резултатът от разликата между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.

2. Застрахователният договор може да се сключи и върху живота, здравето или телесната цялост на трето лице. Този договор има сила само ако е сключен с изричното писмено съгласие на застрахованото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с писменото съгласие на родителите или настойниците/попечителите.

3. Застрахованото лице може по всяко време да прекрати застрахователния договор с едностранно писмено изявление, отправено до застрахователя.

4. Допускат се за застраховане и лица с повишен застрахователен риск, които се приемат в обхвата на застрахователното покритие при някои (или всичките) специални условия, а именно:

4.1. завишаване на премията за това лице;

4.2. намаляване на застрахователната сума за това лице;

4.3. ограничаване на застрахователното покритие за това лице, в съответствие със степента на установения риск.

Степента на повишения застрахователен риск се класифицира на база здравословното състояние на лицето, професията, спорта или хобито, които практикува чрез прилагане на методика от подписваческата политика на застрахователите при оценка на риска.

5. Не подлежат на застраховане:

5.1. лица с определена трайна загуба на работоспособност над 50%, освен ако не е договорено друго в конкретния застрахователен договор;

5.2. психично болни лица;

5.3. лица, които по подписваческа оценка на застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск;

5.4. лица, навършили 65-годишна възраст;

5.5. недееспособни лица и/или лица поставени под пълно запрещение.

6. При специални условия застрахователят може да предложи застрахователно покритие и за лица, описани в т.5.1. и т.5.4, чрез изрична писмена договореност в застрахователния договор.

(2). Застрахователният договор може да се сключи и върху живота, здравето или телесната цялост на група от две и повече лица, наричани за краткост застраховани лица, предварително формирана с незастрахователни цели.

1. Групови застрахователни договори могат да се сключват от:

1.1. Работодател за негова сметка, като същият е длъжен да предостави на застрахованите си работници и/или служители цялата информация относно сключената застраховка.

1.1.1. Подлежащи на застраховане са лица, които са в трудови правоотношения със сформирания групата работодател и които последният е подал (включил) в групата за застраховане;

1.1.2. На датата на влизане в сила на застраховката в групата на застрахованите лица се включват всички служители, които работодателят е определил за група, съгласно щатното разписание на юридическото лице и е подал за застраховане. Служител, който на тази дата е в законоустановен отпуск по болест се включва в групата на застрахованите лица от 00.00 часа на датата на връщането му на работа.

1.2. Организации с нестопанска цел върху живота, здравето, телесната цялост или работоспособността на техни членове.

1.3. Застраховани лица за тяхна сметка.

2. Груповите застрахователни договори се сключват поименно, по приложен поименен списък.

2.1. При сключване на застрахователен договор по поименен списък, застраховката е валидна само за лицата, посочени в списъка на застрахованите лица, който се подписва двустранно и е неразделна част от застрахователния договор.

2.2. Включване или изключване на застраховани лица в/от застрахователното покритие се извършва с издаване на анекс към застрахователния договор, съгласно внесено писмено уведомление от застрахователя и плащане на допълнителна премия при включване на нови лица и/или връщане на премия при изключване на лица от застрахователното покритие.

СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл.6.(1). Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение на застрахователя и декларация за здравословното състояние, възрастта, професията и дейността на застрахования, както и всяка друга информация, която застрахователите изискват за оценяване на застрахователния риск.

(2). Когато при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, застрахователите могат да предложат на застрахователя сключване на застраховката при повишен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако в срок от 7 (седем) дни от датата на получаването на писмено уведомление от застрахователите кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховка.

(3). Ако между датата на подписване на предложението и издаването на полицата застрахованият се разболеел или получи нараняване, промени професионалната си реализация или участва в дейности с повишено ниво на риск, застрахователят и/или застрахованият трябва да уведомят застрахователите своевременно за това в писмена форма, в противен случай застрахователите запазват правото си да откажат плащането на застрахователни обезщетения по индивидуалната полица. Всички уведомления трябва да бъдат изпращани в писмена форма и са валидни след получаването им в офис на застрахователите.

(4). Предложението за застраховане се обработва в срок от максимум 5 работни дни от датата на неговото получаване от застрахователите.

(5). Застрахователите имат право да откажат сключването на застраховката. При отказ те уведомяват писмено застрахователя за това в срок от 10 работни дни от получаването на предложението и другите изисквани документи, като посочат конкретните причини, обосноваващи отказа.

(6). Застрахователният договор се счита за сключен след подписването му от застрахователя и застрахователите, при условие че застрахователната премия или първата вноска от нея е заплатена в пълен размер.

(7). Ако не се стигне до сключване на застрахователен договор в посочените по-горе срокове, застрахователите се задължават да върнат авансово получената застрахователна премия, като утвържат от нея стойността на извършените медицински прегледи, експертизи и изследвания, ако са извършени такива за сметка на застрахователите.

Чл.7.(1). При сключване на договора застрахователят, застрахованият или техните пълномощници, са длъжни да обявят точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които застрахователите са поставили изрично и писмено въпрос.

(2). Ако застрахователят, застрахованият или техните пълномощници съзнателно са обявили неточно или са премълчали обстоятелство, при наличието на което застрахователите не биха сключили договора, ако са знаели за това обстоятелство, застрахователите могат да прекратят договора в едномесечен срок от узнаването му. В този случай застрахователите задържат платената част от премията и имат право да изискат плащането за периода до прекратяването на договора.

(3). Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелството не е било известно на някоя от страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи писмено изменение на договора. Ако другата страна не приеме направеното предложение в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. Приемането следва да бъде изрично и писмено адресирано до срещната страна. В противен случай се приема, че страната не го е приела.

(4). По време на действието на застрахователния договор застрахованият е длъжен да обявява пред застрахователите всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователите писмено са поставили въпроси. Обявяването трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на задължението се прилагат съответно разпоредбите на ал.2 и ал.3 на настоящия член.

Чл.8. Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни само ако са съставени в писмена форма и са подписани от страните по договора.

СРОК И НАЧИНИ ЗА ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл.9.(1). Индивидуалните застрахователни договори се сключват за срок от 1 година или до навършване на 65-години от застрахованото лице.

(2). Груповите застрахователни договори се сключват по избор на застрахователя за срок от 1 година до 3 години, като срока се избира така, че застрахованите лица да не надвишават 65 годишна възраст при изтичане на полицата.

(3). Началото на застрахователния договор е от 00:00 часа на датата, посочена в полицата за начало на застраховката и изтича в 24:00 часа на датата, посочена за край.

Чл.10.(1). Застрахователният договор влиза в сила от 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска по премията е била платена, освен ако не е договорено друго.

(2). При групови застраховки, сключени по месторабота за лицата, които

са в законоустановен отпуск по болест към датата на влизане в сила на договора, застраховката влиза в сила от 00:00 часа на датата на връщането им на работа.

(3). При групови застраховки, сключени с поименен списък, за новопостъпващите лица в групата на застрахованите през периода на застраховката, застрахователното покритие влиза в сила от 24:00 часа на датата на представяне на списък и издължаване на допълнителната премия, ако не е договорено друго. За напусналите групата на застрахованите лица, застраховката се прекратява от 24:00 часа на датата, на която застрахователите са получили писмено уведомление.

(4). Ако първата договорена премия не е била платена до датата за начало на застрахователния договор, отбелязана в полицата, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е била платена първата договорена премия в нейния пълен размер, но не по-късно от тридесет дни след началната дата, освен ако не е уговорено друго.

(5). В случай че първата договорена премия не бъде платена до 24:00 часа на тридесетия ден, следващ датата, посочена в полицата за начало на застраховката, се приема, че договорът не поражда правни последици и задължения за застрахователите. В този случай застрахователите имат право да потърсят от застрахователя възстановяване на извършени от него разходи за медицински прегледи, изследвания и експертизи, ако са осъществени такива във връзка със сключването на застраховката.

Чл.11.(1). Застрахователят има право едностранно да прекрати/да откаже индивидуален застрахователен договор в срок до 30 дни от датата на получаване на застрахователната полица, застрахователните условия и друга информация, имаща значение за съдържанието на договора, като отпрати до застрахователите едностранно писмено съобщение.

(2). В случай на едностранно прекратяване на договора от застрахователя, застрахователите връщат платената застрахователна премия или първата вноска от нея в срок до 30 дни от датата на получаване на писменото съобщение по ал. 1, ако междуременно не е настъпило застрахователно събитие, като утвържда частта, съответстваща на времето, през което застрахователите са носили риск.

(3). Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния период в следните случаи:

1. с едностранно писмено изявление от застрахователя до застрахователите, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие;

2. в случай че застрахованото лице се противопостави писмено пред застрахователите срещу действието на договора, сключен върху живота му - от датата на получаване на възражението;

3. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;

4. с едномесечно писмено предизвестие от всяка една от страните

(4). Застраховката за едно лице се прекратява в 24:00 часа на деня, когато:

1. е настъпила смъртта на застрахования;

2. с изтичане на застрахователната година, в която застрахованият навършва 65 години, освен ако не е уговорено друго в застрахователния договор.

3. е изплатена сума за трайна неработоспособност вследствие заболяване над 70% с напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, като пряк резултат на засягане на жизнените функции, породени от заболяване, настъпило със застрахованото лице през периода на застраховката.

(5). В случай, че през съответния застрахователен период нетната квота на щетимост надхвърли 120%, застрахователите имат право да предложат повишаване на застрахователната премия. Ако застрахователят не приеме предложението, застрахователите имат право да прекратят предсрочно застрахователното покритие, без да дължат неустойки.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЛИМИТ НА ОТГОВОРНОСТ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл.12.(1). Застрахователните суми и лимитите на отговорност на застрахователите са определят по договаряне, в зависимост от свободния избор на застрахователя на пакет от застрахователни рискове в съответното продуктово ниво и валута лева или евро, като избраните опции се посочват в полицата.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ В ПАКЕТ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ РИСКОВЕ, ПРЕДЛАГАНИ ОТ ЗАД „Армеец“ и ЗЕАД „ЦКБ Живот“		ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА/ЛИМИТ BGN/EUR		
		Продуктово ниво ЗАЩИТА	Продуктово ниво ЕКСТРА ЗАЩИТА	Продуктово ниво ПРЕМИУМ ЗАЩИТА
ЗЕАД „ЦКБ Живот“	Трайна неработоспособност вследствие заболяване с определена степен на увреждане от ТЕЛК/НЕЛК над 70%, с напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, като пряк резултат на засягане на жизнените функции, породени от заболяване, настъпило със застрахованото лице, в срока на застрахователния договор	10 000	20 000	30 000
ЗАД „Армеец“	Трайна или намалена работоспособност вследствие злополука със степен на увреждане от 0% до 100%, настъпила в срока на застрахователния договор	10 000	20 000	30 000
ЗАД „Армеец“	*Загуба на живот вследствие злополука, настъпила в срока на застрахователния договор **Загуба на живот вследствие ПТП, настъпила в срока на застрахователния договор	*5 000	*10 000	*15 000
		**10 000	**20 000	**30 000
ЗАД „Армеец“	Медицински разходи при хоспитализация и транспортиране или репатриране вследствие злополука или заболяване, настъпили в срока на застрахователния договор	500	1 000	2 000
ЗЕАД „ЦКБ Живот“	Разходи за високоспециализирани Изследвания при болнично лечение на онкологични заболявания, остър инфаркт на миокарда или мозъчен удар /инсулт/, настъпили в срока на застрахователния договор	500	1 000	2 000
ЗЕАД „ЦКБ Живот“	Медицински разходи за долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация вследствие заболяване или злополука от минимум 3 дни, настъпили в срока на застрахователния договор	250	500	750
ЗАД „Армеец“	Разходи за планинско спасяване, осъществено от Планинска спасителна служба /ПСС/ към Български червен кръст /БЧК/, осъществени в срока на застрахователния договор	750	1 500	2 000
ЗЕАД „ЦКБ Живот“	Дневни пари за болничен престой от минимум 5 дни вследствие заболяване или злополука, настъпили в срока на застрахователния договор	15	25	35

Чл.13.(1). Застрахователната премия се определя от застрахователите в зависимост от избрания застрахователен пакет със застрахователни суми и лимит на отговорност, срока на застраховката, вида застрахователен договор и други фактори, имащи значение за риска.

(2). В зависимост от договорените срокове за заплащане на застрахователната премия, тя се заплаща предварително преди началото на всеки застрахователен период:

1. като еднократно плащане за целия срок;
2. с годишна премия за всяка една застрахователна година/за всеки един застрахователен период;
3. разсрочена годишна премия на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски.

Дължимата застрахователна премия се посочва в полицата.

Всяка платена премия, която е по-ниска от стойността, указана в застрахователната полица, ще бъде разглеждана като недостатъчна и полицата ще изпадне в нередовност.

(3). Застрахователната премия се заплаща от застрахователя или от всяко друго лице, което има законното право за плащане на задължението в размерите, валутата и сроковете, посочени в полицата. Премията може да бъде заплатена:

1. в брой срещу документ за плащане, издаден от легитимизиран застрахователен посредник или в офис на застрахователите и при спазване на изискванията на Закона за ограничаване на плащанията в брой;
 2. по безкасов път чрез банков превод, или друг вид електронно разплащане.
- (4).** Когато премията се заплаща безкасово, плащането се счита за извършено в деня на постъпване на сумата в сметката на застрахователите, която е посочена в застрахователната полица, а когато премия е платена в брой на застрахователен посредник от датата на издадения документ за получената сума.

(5). Текущите разсрочени вноски от застрахователната премия могат да бъдат предплащани за определен период.

(6). В случай на смърт на застрахования или определяне на трайна неработоспособност вследствие заболяване на застрахования с определена от

ТЕЛК/НЕЛК степен на увреждане над 70% с напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, като пряк резултат на засягане на жизнените функции, породени от заболяване, настъпило със застрахованото лице през периода на застраховката, ако не е платена премията за текущата застрахователна година в пълен размер, застрахователят, в чиято отговорност е този риск, удържа незаплатените премии от дължимата сума при индивидуални договори.

В случай на предплатена годишна премия или част от нея, застрахователите връщат съответно цялата премия или част от нея на ползващото лице, освен ако застрахованият не е лице, различно от застрахователя, както и в случаите на групова застраховка по чл. 441 от Кодекса за застраховане.

(7). Вземането на застрахователите за застрахователна премия се погасява в срок от три години, считано от датата на съответния падеж.

ПОСЛЕДСТВИЯ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл.14.(1). Ако първата премия не бъде заплатена до 24:00 часа на датата, определена за начало на застраховката, застрахователите не носят отговорност за настъпили събития, освен ако не е уговорено друго в застрахователната полица.

(2). Ако дължима текуща вноска от разсрочената застрахователна премия не бъде платена в размера и срока, посочени в застрахователната полица, застрахователите нямат право да търсят заплащането и по съдебен ред.

(3). При неплащане на разсрочена вноска до посочената в полицата дата на падеж, полицата ще се счита за прекратена след изтичане на 15 (петнадесет) дни от тази дата, без писмено предизвестие за прекратяването от страна на застрахователите.

ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

Чл.15.(1). Застрахователните договори сключени по настоящите Общи условия определят следните ползвачи лица по рисковете, включени в пакетното застрахователно покритие:

1. При трайна неработоспособност на застрахования вследствие заболя-

ване с определена степен на увреждане от ТЕЛК/НЕЛК над 70% с напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, като пряк резултат на засягане на жизненни функции, породени от заболяване, настъпило със застрахованото лице през периода на застраховката, ползващо лице е застрахования.

2. При трайна или намалена работоспособност вследствие злополука със степен на увреждане от 0% до 100%, ползващо лице е застрахования.

3. При загуба на живот на застрахования вследствие пътнотранспортно произшествие /ПТП/, ползващи лица са законните наследници.

4. При медицинско транспортиране на застрахования вследствие злополука или заболяване, ползващо лице е застрахования.

5. При репатриране на пленните останки на застрахования, наложено от заболяване или злополука, ползващи лица са законните наследници.

6. При разходи за високоспециализирани Изследвания, осъществени по време на болнично лечение на застрахования поради онкологично заболяване, остър инфаркт на миокарда или мозъчен удар /инсулт/, ползващо лице е застрахования.

7. При медицински разходи за долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация вследствие злополука или заболяване от минимум 3 дни, ползващо лице е застрахования.

8. При разходи за планинско спасяване, ползващо лице е застрахования, като сумата се изплаща на ПСС към БЧК при осъществено спасяване и издадени разходни документи.

9. При дневни пари за болничен престой от минимум 5 дни в интензивно отделение вследствие злополука или заболяване, ползващо лице е застрахования.

(2). Ползващото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие.

(3). Ако ползващото лице е малолетно или недееспособно, застрахователната сума се заплаща по специално разкрита сметка.

ПРАВО НА ПРОМЕНИ В ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл.16.(1). Ако от началото на сключения застрахователен договор са изминали поне две години и са платени всички премии за този период, застрахователят придобива право на промени в застрахователното покритие, договорено в съответната застрахователна полица.

(2). Застрахователят може да поиска промени в избраното продуктово ниво на застрахователния пакет или динамиката на плащане на дължимата застрахователна премия. Промените се извършват по актуалните тарифи и условия на застрахователите към момента на промяната.

(3). При индивидуални застрахователни договори, когато застрахователят и застрахованият не са едно и също лице, за извършване на промяната се изисква писменото съгласие на застрахования.

(4). Промени по сключен застрахователен договор се извършват въз основа на внесено писмено искане от страна на застрахователя и съгласно правилата за подписваческа политика на застрахователите.

При застрахователни договори с неблагоприятно развитие на риска, застрахователите си запазват правото на отказ за промени в застрахователното покритие, за което са дължни да уведомят писмено застрахователя в срок от 30 дни.

(5). При промени в застрахователното покритие новите параметри на застраховката се изчисляват съобразно застрахователно-техническите правила на застрахователите.

(6). За всяка от гореизброените промени се подписва добавък от застрахователя и застрахователите.

ПРОМЯНА НА РИСКА ПО ВРЕМЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ПЕРИОД

Чл.17.(1). Застрахователят, сключил застрахователен договор, е дължен при промяна на обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователите писмено са поставили въпрос, да ги уведоми писмено.

(2). Ако поради тази промяна се увеличи рискът, застрахователите увеличават застрахователната премия. В случай на намален риск застрахователите намаляват премията, по която е приложено завишение или предлагат промяна на застрахователния пакет. Промените са валидни за остатъчния срок, като страните по договора подписват добавък към застрахователната полица.

(3). Ако застрахователят не извести застрахователите за настъпилите промени в риска или не приеме в срок от седем работни дни предлаганите от застрахователите промени в застрахователния договор, произтичащи от промяната в риска и настъпи застрахователно събитие, застрахо-

телите могат:

1. да изплатят намалена застрахователна сума, изчислена съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск;

2. да откажат плащането, ако с настъпилите промени в риска застрахователното събитие попадне в обхвата на изключените по настоящите Общи условия рискове;

3. да върнат платената в повече застрахователна премия, ако с настъпилите промени в риска в началото на застрахователната година е настъпило намаление на риска.

ОГРАНИЧЕНИЯ В ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ И ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Чл.18. Ако не са обект на специално договаряне, застрахователите не покриват събития, причинени от:

1. Земетресение;

2. Война, гражданска война, въстание, революция, употреба на военна сила или узурпиране на властта, целенасочена употреба на международна военна сила за прекратяване, предотвратяване или ограничаване на терористични актове (действителни или подозирани), тероризъм, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу действителни или очаквани терористични прояви;

3. Атомни и ядрени експлозии и аварии, радиоактивни продукти и замърсяване от тях, както и йонизираща радиация;

4. По време на управление на самолет или летателни апарати от всякакъв вид, плавателни съдове, моторни и други превозни средства без валиден документ/разрешително за управление на такъв модел и тип самолет, плавателен съд, моторно и друго превозно средство. Ще се счита, че застрахованият притежава валиден документ/разрешително за управление/експлоатация в процеса на подготовка и полагане на изпит за получаване на официален документ под прякото ръководство на лицето, което съгласно действащите разпоредби може да обучава;

5. При участие в състезание (регламентирано и нерегламентирано, например участие в гонки, улични състезания, дрифтене), организирана демонстрация или изпитание, включващи употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство;

6. При участие в опасен спорт или хоби като парашутизъм, алпинизъм, делтапланеризъм, парасейлинг, ски спускане извън пистите, бържи скокове, лов, скално катерене, пещерно дело, безмоторно летеене, каскадьорство, водомоторни спортове, подводни спортове, автомобилизъм, мотоциклетизъм на писта и други подобни екстремни спортове;

7. Съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонараняване или неспазване на медицински препоръки, навлзване във водни басейни, обозначени с изрична забрана за ползване. Действия на застрахования с цел саморазболяване;

8. Престъпление или физическа саморазправа, освен в случай на доказана неизбежна отбрана по смисъла на чл. 12 от Наказателния кодекс. Изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда. По време на подготовка, опит или извършване на престъпление от общ характер, както и при излежаване на влязла в сила присъда за тежко престъпление по смисъла на Наказателния кодекс;

9. Доказана причинно-следствена връзка с настъпилото застрахователно събитие от употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества върху застрахования към момента на настъпване на застрахователно събитие.

Ако не е доказано противното, се счита, че събитието е настъпило поради доказана причинно-следствена връзка от употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества за застрахования, както следва:

9.1. Ако към момента на настъпване на застрахователното събитие (пътно-транспортно произшествие), застрахованият, като водач е бил с над 0.5 промила (0.5 ‰) алкохол в кръвта или под въздействието на наркотици или друго упойващо вещество, или ако застрахованият се е намирал в пътено превозно средство, управлявано от лице с повече от 1.2 ‰ алкохол в кръвта;

9.2. Ако при проверката за алкохол се установи шофиране в пияно състояние и застрахованият откаже или попречи на възможността за определяне степента на неговата интоксикация;

9.3. Ако застрахователното събитие е причинено от заболяване, което е възникнало вследствие (пряко или косвено свързано с) употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества.

10. Причинно-следствена връзка с настъпилото застрахователно събитие

от доказано нарушение на Закона за движение по пътищата;

11. Събития, настъпили при борабене с оръжие или боеприпаси, за които лицето няма официално издадено разрешително или ако събитията не са настъпили при изпълнение на служебни задължения;

12. Опит за или при извършване на незаконно прекъсване на бременност/аборт;

13. Заболяване от СПИН (синдром на придобитата имунна недостатъчност) и свързаните с него усложнения, освен в случаите, когато същото е причинено от медицински манипулации в здравно заведение;

14. Всяко предшествашо или хронично заболяване, физически дефект, недъг или медицинско състояние, освен ако не са били съобщени и одобрени от застрахователя. Към предшествашите заболявания се отнасят и всички състояния, за които застрахованият не е спазил дадените медицински препоръки. Не се включват в застрахователното покритие медицински състояния, настъпили преди началото на застраховката дори ако са довели до реализиране на покрит риск в срока на застраховката;

15. Самоубийство или опит за самоубийство на Застрахования;

16. Неработоспособност, която се дължи на субективни оплаквания на застрахования, които са неустановими с лабораторни тестове, микробиологични или биохимични изследвания, преглед и/или сканиране;

17. Болки в гърба и свързани с тях състояния на неработоспособност, освен ако същите не са доказани чрез рентгенови и радиологични медицински изследвания и становище на лекар;

18. Операции за смяна на пола;

19. Козметично лечение и козметична операция и последствията от това, когато и ако тези мерки не са предназначени за заличаване на последствия от злополука. Събития, настъпили в резултат на избрана от застрахования пластична хирургия, козметични и разкрасителни процедури, както и в резултат на процедури за коригиране на тегло;

20. Имплантиране на зъби и последствията от това, освен ако не е предназначено за заличаване на последствия от злополука;

21. Събития и/или медицински усложнения, настъпили в резултат на всички форми на изкуствено оплождане (като например инвитро, инсеминация и други);

22. Разходи за: ваксини, витамини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, слабители средства, средства за отслабване, стероиди, имуностимулатори, имуномодулатори, хранителни добавки, медицинска козметика, както и всички средства за лечение, които не са регистрирани като лекарствени средства, хомеопатични лекарства, които не са предписани от лекар-хомеопат, помощни средства за рехабилитация, както и за платени потребителски такси в извънболнични и болнични заведения.

23. Застрахователите не сключват застрахователен договор, не осигуряват застрахователно покритие и не изплащат застрахователни обезщетения на лица (физически лица, юридически лица, организации и/или образувания), спрямо които има наложени санкции или на които не е разрешено да се предоставят финансови услуги, съгласно резолюции на съвета за сигурност на ООН, или регламенти и решения на ЕС, или които са включени в забранителните списъци по чл. 46 от Закона за мерките срещу финансирането на тероризма.

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

Чл.19.(1). При настъпване на застрахователно събитие лицата, които имат право да получат плащане съгласно застрахователния договор /ползващи лица или техни законни представители/, упражняват правата си по полицата, чрез подаване на писмена претенция до застрахователите /пред които и да е от застрахователите/. Застрахователите имат правото да поискат доказателства, които са необходими за определяне правата на ползващото лице.

(2). За всяко застрахователно събитие се предявява претенция в писмена форма, като се попълва формуляр - Претенция по образец на застрахователите, комплектувана с документи, установяващи настъпването на събитието и правото на претендиращия да получи обезщетение, съгласно „Вътрешни правила за дейността по уреждане на застрахователни претенции по застрахователни договори“ на застрахователите.

(3). За да се определят фактите и обстоятелствата, които са съществени за застрахователното събитие, застрахователите имат право да поискат допълнителни доказателства и документи.

Чл.20.(1). Застрахователят, в чиято отговорност е риска, по който е внесена претенция се произнася по предявените искове в срок до 15 работни

дни от представянето на всички доказателства, които установяват основанието и размера на претенцията, като застрахователят определя и изплаща размера на обезщетението или застрахователната сума, или мотивирано отказва цялото или част от претендираното плащане.

(2). Изплащането на сумите се извършва безкасово, чрез банков превод по посочена банкова сметка от ползващото лице.

(3). При изплащане на обезщетение или застрахователна сума, застрахователите имат право да удържат всички вземания, които имат спрямо застрахователя или ползващо се лице.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл.21.(1). Всички договаряния, обявявания, молби, известия и разяснения към застрахователния договор трябва да се извършват в писмена форма. Известия и волеизявления, извършени от застрахователя, застрахования или ползващите лица, влизат в сила след представянето им пред застрахователите.

(2). Изявленията на застрахователите са валидни само, ако са издадени по надлежния ред, подписани са от оправомощено лице, и са изпратени на посочения от застрахователя адрес за кореспонденция.

(3). Ще се счита, че уведомятия, декларации и други писмени волеизявления, правени от страните във връзка със сключването и изпълнението на договора са подадени в срок, ако са подадени преди изтичане на съответните срокове, определени от настоящите Общи условия.

(4). При промяна в името на застрахователя, на застрахования, ползващо лице или на посочения в застрахователната полица адрес, застрахователят е длъжен да уведоми застрахователите за настъпилата промяна.

(5). Ако застрахователят пребивава за по-дълъг период или премести местожителството/седалището си извън територията на Република България, в негов интерес е да посочи на застрахователите лице, постоянно живеещо в Република България, което да е упълномощено да получава известия.

(6). Всяко уведомление или друга писмена информация, изпратена на последния известен адрес на застрахователя и/или застрахования, така, както е определено по-горе, и неполучени по причина извън контрола на застрахователите ще се считат за валидно получени от адресанта на петия ден от изпращането им, от който момент волеизявлението е действително.

Чл.22. Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на застрахователя или ползващото се лице в зависимост от естеството им.

Чл.23. ЗАД „Армеец“ и ЗЕАД „ЦКБ Живот“ обработват предоставените от застрахователя/застрахования лични данни в качеството си на администратори на лични данни и в съответствие с Общия регламент за защита на данните (ЕС) 2016/ 679 и действащото българско законодателство.

С подписване на настоящите Общи условия, застрахователят декларира:

1. запознат съм с Информацията за защита на личните данни, която е публикувана на: www.ccb-life.bg и www.armeec.bg;

2. информиран съм, че пълният текст на Политиката за защита на лични данни на дружеството, е публикувана на: www.ccb-life.bg и www.armeec.bg;

3. информиран съм за правата ми и как мога да ги упражня;

4. информиран съм какви са основанията за обработване на предоставените лични данни, а именно предприемане на действия по сключване на застрахователен договор, изпълнение на законови изисквания, защита на легитимен интерес и за защита на правни претенции;

5. информиран съм за получателите на които личните данни могат да бъдат предоставяни от ЗАД „Армеец“ и ЗЕАД „ЦКБ Живот“ в предвидените от закона случаи;

6. предоставени са ми информация и данни за контакт на длъжностните лица по защита на данните на застрахователите;

7. информиран съм, че предоставянето на данни (включително лични данни) има изцяло доброволен характер и че отказът за предоставянето им е основание застрахователите да откажат сключването на застрахователната полица или да предприемат други действия, в случай че липсата на тези данни не им дава възможност да извършат обективна оценка на риска или застрашават реализацията на законните им интереси;

8. със сключване на застраховката застрахователите се считат упълномощени да получават цялата необходима информация във връзка със застрахователното събитие от трети лица (полицийски органи, медицински заведения и специалисти, личен лекар и други), включително и от личен характер, за случаите, когато се касае за получаване на информация, предста-

вляваща служебна или професионална тайна.

Чл.24.(1). Жалби срещу решения или действия на застрахователите или техни служители, както и във връзка с предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения се подават в писмена форма на адрес: ул. „Стефан Караджа“ № 2, гр. София 1000, или по електронната поща на адрес: **office@ccb-life.bg**, или на интернет страниците на компаниите **www.ccb-life.bg** и **www.armeec.bg**. Застрахователите не разглеждат анонимни сигнали и жалби поради невъзможността за тяхната проверка. Всяка постъпила жалба или сигнал се разглежда и решава обективно, като се извършва необходимата проверка по нея. Срокът, в който дружествата разглеждат жалбите и сигналите и изпращат отговор по тях, е 7 /седем/ дни от получаването на жалбата, когато същата се отнася до размера на определеното застрахователно обезщетение, и до един месец от датата на постъпването на жалбата или сигнала за всички останали случаи.

(2). Политиките на ЗАД „Армеец“ и ЗЕАД „ЦКБ Живот“ за управление на жалбите са публикувани на интернет страниците на компаниите **www.armeec.bg** и **www.ccb-life.bg**.

Чл.25.(1). Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на пет години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

(2). За грешно изчислени от застрахователя или неправилно внесени от него

вноски от застрахователната премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения, застрахователите не дължат лихви.

(3). Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователите, от една страна, и застрахователя, застрахования, или ползващите лица от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд. Искове във връзка със спорове между страните се предявяват пред компетентният съд.

(4). За неуредени в настоящите Общи условия въпроси се прилага българското законодателство.

Чл.26. Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, като промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато същите са били представени на застрахователя и последният писмено се е съгласил с тях.

Настоящите Общи условия за застраховка „ЖИВЕЙ И ПЪТУВАЙ“ са приети с решения на Управителния съвет на ЗАД „Армеец“ от 31.10.2022 г. и Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ ЕАД от 18.08.2022 г. и влизат в сила от 01.12.2022 г.

Приложение №1

към Общи условия за застраховка „Живей и пътувай“

СПИСЪК С НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИЯ ОТНОСНО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ ПО ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Искове за застрахователни плащания се подават в ЗАД „Армеец“ и ЗЕАД „ЦКБ Живот“ чрез попълване на формуляр – Претенция по образец на застрахователите, към който се прилагат съответни документи, в зависимост от настъпило то застрахователно събитие, както следва:

По риск „Трайна неработоспособност на застрахованото лице, определена в срока на договора вследствие заболяване“	По риск „Трайна или намалена работоспособност на застрахованото лице, определена в срока на договора вследствие злополука“
1. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК с определен процент трайна загуба на работоспособност – задължително. Експертното решение трябва да бъде заверено с гриф „Няма основания за обжалване“; 2. Епикризи от болнично лечение; 3. Лична амбулаторна карта; 4. Рентгенови снимки; 5. Резултати от проведени специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и други); 6. Медицинско свидетелство от Личен лекар за здравословното състояние на застрахования в последните 5 години преди настъпването на събитието; 7. Болнични листове за временна загуба на работоспособност; 8. Протоколи от заседание на Лекарска комисия; 9. Удостоверение за банкова сметка на ползващото лице; 10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.	1. Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК с определен процент трайна загуба на работоспособност. Експертното решение трябва да бъде заверено с гриф „Няма основания за обжалване“; 2. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова и ПТП е по време на изпълнение на служебни задължения; документ от органите на МВР или Следствените органи и други); 3. Фиш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава); 4. Епикризи от болнично лечение; 5. Лична амбулаторна карта; 6. Рентгенови снимки; 7. Резултати от проведени други специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и други); 8. Протоколи от заседание на Лекарска комисия; 9. Удостоверение за банкова сметка на ползващото лице; 10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.
По риск „Дневни пари за болничен престой от минимум 5 дни, проведен от застрахованото лице в срока на договора вследствие злополука или заболяване“	По риск „Смърт вследствие злополука или ПТП“
1. Епикризи за проведено болнично лечение; 2. Фактури с приложен касов бон за проведено болнично лечение; 3. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.	1. Съобщение за смърт; 2. Препис - извлечение от Акт за смърт; 3. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и други); 4. Съдебно-медицинска експертиза или Аутопсионен протокол - задължително, при неизяснени обстоятелства за настъпване на злополуката; 5. Фиш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава); 6. Резултат от химическа експертиза за наличието на алкохол и други упойващи средства в кръвта и урината на застрахования - задължително при ПТП, ако пострадалият е водач на автомобил; 7. Удостоверение за наследници; 8. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.
По риск „Медицински разходи, осъществени от застрахованото лице в срока на договора за долекуване в домашни условия след проведена хоспитализация вследствие заболяване или злополука от минимум 3 дни“	По риск „Медицински разходи при хоспитализация и транспортиране или репатриране вследствие заболяване или злополука“
1. Амбулаторни листове за проведени прегледи; 2. Медицински направления за провеждане на диагностични процедури; 3. Епикризи за проведено болнично лечение; 4. Резултати от направени и заплатени изследвания; 5. Рецепти за предписано лечение; 6. Фактури с приложен касов бон за: - преглед, диагностика, медикаменти, кръвни проби, инфузионни разтвори, превързочни материали, обезболяващи средства, манипулации, инструментални и лабораторни изследвания, извършена рехабилитация, издаване на медицински документи и други; 7. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.	1. Медицински направления за осъществяване на медицинско транспортиране или репатриране; 2. Медицински документи с диагностицираното състояние, заболяване или увреда; 3. Фактури с приложен касов бон за осъщественото медицинско транспортиране или репатриране; 4. Амбулаторни листове за проведени прегледи; 5. Медицински направления за провеждане на диагностични процедури; 6. Епикризи за проведено болнично лечение; 7. Резултати от направени и заплатени изследвания; 8. Рецепти за предписано лечение; 9. Фактури с приложен касов бон; 10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.
Всички платежни документи за направени медицински разходи трябва да бъдат оригинални и задължително комплектовани с касов бон. На фактурата се изписва точно оказаната медицинска услуга или закупения медикамент. Не се признават фактури, на които е отбелязано само „медицинска услуга“ или „лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на касовия бон, придружаващ фактурата, са изброени предписаните медикаменти.	

По риск „Разходи за високоспециализирани Изследвания при болнично лечение на онкологични заболявания, остър инфаркт на миокарда или мозъчен удар /инсулт/“	По риск „Разходи за планинско спасяване“
1. Фактури с приложен касов бон за: - проведени специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и други); 2. Епикризи; 3. Оперативен протокол; 4. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на застрахователя.	1. Фактури на ПСС към БЧК за: - планинско издирване; - планинско спасяване; - оказване на първа медицинска помощ в планината; - транспортиране до медицинско заведение при животозастрашаващи състояния; 2. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.

Настоящият Списък с необходими документи за завеждане на претенция относно застрахователно плащане по покрити рискове е приет с решения на Управителния съвет на ЗАД „Армеец“ от 31.10.2022 г. и Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ ЕАД от 18.08. 2022 г. и влизат в сила от 01.12.2022 г. Застрахователите предоставят на застрахователя екземпляр от настоящите Общи условия и Приложение №1 към тях.

Застрахователи: _____
/погнус и печат/

Долуподписаният, _____,

декларирам, че получих екземпляр от настоящите Общи условия и Приложенията към тях, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Дата: _____

Погнус: _____