

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ЗАСТРАХОВКА ЗЛОПОЛУКА**I. Дефиниции**

1.1. По смисъла на настоящите Общи условия, посочените по-долу термини имат следното значение:

1.1.1. Застраховател - „Фи Хелт Застраховане” АД, със седалище и адрес на управление: град София 1700, Столична община - район „Студентски”, ул. „Проф. Александър Фол” № 2, вх.Б, ЕИК: 200103397, притежаващо лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

1.1.2. Договорител (Застраховач) - юридическо или физическо лице, което сключва застрахователен договор за застраховка със Застрахователя и поема задължение да плаща определената в застрахователния договор застрахователна премия. Договорителят и Застрахованият могат да бъдат едно и също лице.

1.1.3. Застрахован - физическо лице, на което се предоставя застрахователно покритие по сключен застрахователен договор. Застрахователният договор се сключва срещу събития, свързани с живота, здравето и телесната цялост на Застрахования.

1.1.4. Ползващо се лице - друго лице, посочено от Застраховачия в застрахователния договор, като имащо право да получи пълния размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователната сума. Ползващото се лице може да бъде лице, различно от Застрахования.

1.1.5. Застраховка (Застрахователен договор) е застрахователната полица, писменото искане за сключване на застраховката на Договорителя (в случаите, в които приложимо), общи условия, всички останали писмени изявления на Договорителя или Застрахования, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения към нея и останалите приложения и писмени съглашения. Застраховката може да бъде предоставена и при условията на Закона за предоставяне на финансови услуги от разстояние и чл.332, ал.1, т.2 от Кодекса за застраховането, като се сключи на хартиен носител. В проведен и записан телефонен разговор със Застраховачия, на последния може да бъдат оферирани условията по застраховката.

1.1.6. Застрахователна премия - сумата, която Договорителят заплаща на Застрахователя срещу поетите от последния рискове по застрахователния договор.

1.1.7. Злополука - внезапно и неочаквано събитие, причинено случайно, неумишлено, в резултат на внезапни и непредвидими въздействия от външен произход и довело до телесно нараняване на Застрахован.

1.1.8. Предходно състояние - всяко състояние на Застрахован в резултат на заболяване, Злополука или телесно увреждане, възникнало или причинено преди издаване на застрахователния сертификат за индивидуално застрахователно събитие, независимо дали е диагностицирано преди началото на застрахователното покритие.

1.1.9. Срок на застраховката - период от време, започващ от посочената в Застрахователната полица начална дата на застраховката и завършващ на или преди крайната дата на застраховката, посочена в Застрахователната полица. Застраховката може да се сключи и за неопределен срок.

1.1.10. Застрахователен период - период от време, за който се дължи застрахователната премия. Първият застрахователен период започва от датата, посочена в застрахователната полица. Всеки следващ застрахователен период започва на датата, следваща изтичането на предходния, при условие че е платена застрахователната премия или съответната вноска от нея.

1.1.11. Период на застрахователното покритие - периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката. Периодът на застрахователните покрития по застраховката съвпада със застрахователния период.

II. Общи положения

2.1. Застрахователят, съгласно настоящите Общи условия и на основание сключен застрахователен договор, срещу заплащане на застрахователна премия, поема рискове и осигурява покритие, при настъпване на застрахователни събития, свързани с живота и работоспособността на застрахованите лица.

2.2. Застрахователният договор може да се сключи и в полза на трети ползващи се лица.

2.3. Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования.

2.4. Предоставянето на застрахователно покритие, съгласно тези Общи условия, се извършва на основание сключен застрахователен

договор (индивидуален, семеен, корпоративен / групов) с Договорител.

2.5. Застрахователните покрития по тази застраховка се предоставят за рискове, настъпили на територията на Република България, освен ако не е уговорено друго.

III. Покрити рискове. Изключени рискове

3.1. Застрахователят носи риска и изплаща застрахователно обезщетение при настъпване на някои от следните покрити рискове, съобразно избраното от Застраховачия и посочените в застрахователната полица като покрити рискове, а именно:

- Смърт на Застрахования, в резултат на злополука;
- Трайно намалена работоспособност в резултат на злополука.
- Временна неработоспособност в резултат на злополука;
- Медицински разходи в резултат на злополука;
- Болничен престой;
- Разходи за транспортиране и репатриране наложени в резултат на злополука.

3.2. Отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не носи риска от настъпване на застрахователно събитие, в следните случаи:

3.2.1. Застрахованият съзнателно причини собствената си смърт, включително при състояния на невменяемост;

3.2.2. при умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от Застрахования;

3.2.3. уврежданията, загубата на работоспособността или смъртта последвала при извършване или опит за извършване от застрахования на престъпление или общ характер;

3.2.4. синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или други заболявания, свързани със СПИН, или вируса на ХИВ, както и други болести, предавани по полов път, освен в случаите, когато същите са причинени в следствие на медицински манипулации;

3.2.5. уврежданията са настъпили в резултат на злополука по време на пътуването на застрахованото лице с въздухоплавателно превозно средство, различно от пътуването с билет на регистрирана авиокомпания за превоз на пътници по редовни и предварително определени маршрути;

3.2.6. при участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинична и научно-изследователска цел;

3.2.7. увреждания, в резултат на психични заболявания; психиатрични и еуфорични състояния, депресии и душевни болести;

3.2.8. за фертилитет, in vitro или асистирана репродукция - диагностика, подготовка, лечение, както и други дейности, свързани с диагностика и лечение на безплодие;

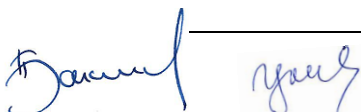
3.2.9. при прилагане на методи на нетрадиционна медицина, психотерапия, акупунктура;

3.2.10. при увреждания, следствие на остра и/или хронична алкохолна интоксикация, или на хронична употреба на алкохол, или следствие на употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;

3.2.11. при увреждания в резултат или при участие във война, военни действия или военни операции (независимо дали са обявени или не); нашествие; вражески акт срещу Застрахован във връзка с неговата националност - или в страната, или по отношение на страната, където е осъществен този акт; гражданска война; бунт; размирици; метеж; революция; преврат; граждански безредици добиващи размерите на бунт; експлозия на военни оръжия; използване на оръжия за масово поразяване; убийство или покушение; терористични действия;

3.2.12. при увреждания следствие на практикуване на екстремни спортове и занимания, включително но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, соло пещерно спускане, пещерно гмуркане или изследване на понори, спускане по каньони, гмуркане с акваланг до 30 м, надбягвания, планинско катерене, делтапланеризъм, хелиски, скокове във вода, лов/стрелба, конен лов, прескачания с коне, поло, конни надбягвания, жокейство или конни състезания от всякакъв род, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски и сноуборд извън пистите и определените за това места, парасейлинг, параски, парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бнджи скокове, летене или участие в други въздушни дейности, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, професионално спортуване, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, яхтинг извън териториални води или всякакви други опасни занимания или активност;

3.2.13. при увреждания, следствие на бременност (вкл. извънматочна), раждане, аборт, както и произтичащите от тях усложнения, заболявания или медицинско лечение, освен ако не са настъпили в резултат на злополука;



„Фи Хелт Застраховане” АД

3.2.14. при увреждания в резултат на извършване от Застрахования на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или от деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато Застрахованият реализира административно-наказателен или наказателен състав в състояние на невменяемост;

3.2.15. когато Застрахованият е лишен от свобода и/или изтърпява присъда;

3.2.16. при задържане на Застрахован от компетентните правоохранителни органи, както и при настъпили увреждания на здравето по време на задържането в затвор или друго специализирано заведение за принудително задържане;

3.2.17. при увреждане на здравето следствие на земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;

3.2.18. при симулиране на увреждане на здравето от Застрахован или извършване на действия от Застрахования или други лица, с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя за наличието на реализиран се покрит риск и извършени разходи за лечение на увреждане на здравето;

3.2.19. при укрито заболяване, както и възможни негови последици, които са настъпили в срока на застрахователния договор, при известност на което Застрахователят не би сключил застрахователния договор;

3.2.20. увреждания, настъпили вследствие на температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар);

3.2.21. при неизвършване на преглед/освидетелстване на застрахованото лице от Застрахователно-медицинската комисия на Застрахователя, в случаите когато Застрахователят е изискал прегледа/освидетелстването.

3.2.22. Увреждания, в резултат на виновно поведение на застрахования при управление на МПС, както и при липса на документи за правоспособност;

3.2.23. увреждания в резултат на Предходни състояния (заболявания или злополуки), настъпили преди сключването на застраховката, също директните и индиректните последици от тях. Независимо дали са декларирани пред Застрахователя (ако са декларирани Предходни състояния и Застрахователят се е съгласил да ги покритие, то това се посочва в Застрахователния сертификат).

3.2.24. Не се включват в обхвата на покритието следните разходи:

3.2.24.1. разходи, свързани с преглед, лечение и хирургическа намеса, които не са извършени от правоспособен лекар или лицензирано лечебно заведение;

3.2.24.2. разходи, свързани с медицински преглед и изследвания, при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице,

3.2.24.3. разходи, свързани с венерически болести, лечение на стерилитет, промяна на пола или имплантиране;

3.2.24.4. разходи за рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия и курортно лечение;

3.2.24.5. всякакви разходи, свързани с предварително съществуващо заболяване или състояние на Застрахования;

3.2.24.6. разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства, хронични заболявания и вродени заболявания или дефекти;

3.2.24.7. разходи за ефективна или козметична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито при условията на застраховката;

3.2.24.8. всякакви разходи за експериментални или изследователски услуги;

3.2.24.9. всякакви разходи за медицинско наблюдение или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване или проверка на здравето, включително ваксинации, витамини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, помощни средства за рехабилитация, издаване на удостоверения и др.;

3.2.24.10. разходи за личен комфорт при стационарно болнично лечение като: телевизор, радио, фризьорски услуги;

3.2.24.11. разходи за продукти за отслабване или продукти за контрол върху теглото; тонизиращи продукти, медицински вина, хранителни добавки; слабители средства; козметични

продукти;

3.2.24.12. протези, ортези, патерици, изправителни средства и медицински уреди, които не са необходими вътрешно – оперативно, в т. ч. очила, контактни лещи, слухови апарати, зъбни протези и стоматологични уреди;

3.2.24.13. всякакъв вид потребителски такси, регламентирани в действащото българско законодателство, както и дарения в полза на медицински заведения;

3.2.24.14. всяка част от разходите, която надхвърля обичайно необходимите и присъщи разходи, които са покрити съгласно настоящите Общи условия.

3.2.24.15. разходи за бременност, /вкл. и извънматочна/, раждане, аборт, както и произтичащите от тях усложнения, заболявания или медицинско лечение, освен ако не са предизвикани от настъпила застрахователна злополука, изкуствено оплождане;

3.2.24.16. разходи за закупуване на консумативи, медицинска козметика, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата.

3.2.25. Всякакви епилептични състояния, протичащи с генерализирани тонично-клонични пристъпи с или без абанси, независимо от причината, дори когато е прието, че са възникнали в периода на застрахователно покритие;

IV. Сключване, действие и прекратяване на застрахователния договор. Видове

4.1. Застрахователният договор се сключва за договорен между страните срок, във формата на застрахователна полица между Застрахователя и Договорителя. Със застрахователния договор се определят покритието от Застрахователя рискове, при реализиране на които Застрахователят изплаща застрахователна сума, дължимата застрахователна премия, както и сумата на начисления данък върху застрахователната премия, когато такъв се дължи. Застраховката е в сила след подписване на застрахователния договор от двете страни, при условие наличен застрахователен интерес, платена застрахователна премия, съгласно договореното.

4.2. В застрахователната полица се вписват данните за Договорителя, както и данни за Застрахования/те – име и ЕГН (или други персонализиращи данни). Допълнително Застрахователят може да изиска писмено и друга информация, която според него има значение за оценката на риска по застраховката.

4.3. Корпоративен (групов) застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане на Договорителя, като персонализиращите данни (име и ЕГН) на Застрахованите не се посочват в застрахователната полица, а към искането се прилага и списък на лицата, по образец на Застрахователя. По преценка на Застрахователя, на основание решение на неговия управителен орган, в зависимост от броя на Застрахованите, Застрахователят може да изиска и прилагане на персонална здравна декларация/заявление за застраховане на кандидатите за застраховане (по образец).

4.4. Индивидуален или семеен застрахователен договор се сключва въз основа на писмено искане, към което, при поискване от Застрахователя, се прилагат:

4.4.1. здравна декларация/заявление за застраховане на кандидата за застраховане, по образец на Застрахователя; Здравната декларация/заявление за застраховане на лицата под 18 годишна възраст се попълва и подписва от Договорителя или от законен представител (ако Договорителят не е такъв) на кандидата за застраховане;

4.4.2. становище на оторизирано от Застрахователя лице, за здравословното състояние на кандидата въз основа на данните от здравната декларация/заявление за застраховане и проведен предварителен медицински преглед (за сметка на кандидата за застраховане) в определено от Застрахователя лечебно заведение (при определен лимит и изричното изискване от Застрахователя);

4.4.3. списък на лицата, по образец на Застрахователя.

4.5. Съгласно условията на застраховката се застраховат физически здрави лица на възраст от 18 до 65 навършени години в началото на срока на застраховката. За лица, при които, по преценка на Застрахователя, е налице завишен здравен риск, Застрахователят може да откаже сключване на застрахователен договор.

4.6. В случаите, когато Застрахователят изисква писмено искане за сключване на застрахователен договор, то същото е по образец на Застрахователя, като включва данни на Договорителя /Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, други идентификационни данни и списък на Застрахованите.



„Фи Хелт Застраховане” АД

4.7. При попълване на здравната декларация/ заявление за застраховане, В случаите, когато Застрахователят изисква, лицата съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на здравния риск, и за които писмено е поставен въпрос, като лицата носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.

4.8. Ако лице, при сключване на застраховката, съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати застрахователния договор. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. При прекратяване на договора, Застрахователят задържа платената част от застрахователната премия и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

4.9. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Договорителят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договърът се прекратява едностранно от Застрахователя с последиците по т.4.8.

4.10. Когато в случаите по т.4.8 или т.4.9 застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично застрахователно обезщетение, само ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието.

4.11. Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелство, имащо съществено значение за определяне на застрахователния риск, не е било известно на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна.

4.12. Ако договърът бъде прекратен съгласно т.4.11, Застрахователят възстановява частта от платената застрахователна премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.

4.13. При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на застрахователния договор съгласно т.4.12, Застрахователят не може да откаже изплащането на съответното застрахователно обезщетение/сума, но може да го намали, съобразно съотношението между размера на платената застрахователна премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

4.14. По време на действието на застрахователния договор всеки Застрахован, попълнил здравна декларация/ заявление за застраховане, е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно, но не по-късно от 7 дни след узнаването им.

4.15. Застрахователният договор влиза в сила на датата, отбелязана за начало на застрахователната полица, но само при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска, в случай на разсрочено плащане, освен ако не е уговорено друго. Ако плащането се извършва по банков път, договърът влиза в сила на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Застрахователя, освен ако не е уговорено друго.

4.16. Промени в застрахователния договор се извършват с допълнително споразумение между страните.

4.17. Застрахователният договор се прекратява:

4.17.1. с изтичане срока на договора;

4.17.2. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;

4.17.3. едностранно, с едномесечно писмено предизвестие от някоя от страните;

4.17.4. едностранно, без предизвестие в случаите на т.4.9, т.4.11 и т.4.8 от тези Общи условия;

4.17.5. при извършено застрахователно плащане, равно на максималния размер на застрахователната сума;

4.17.6. при неплащане на застрахователната премия или съответна вноска от нея;

4.17.7. при смърт на Застрахования.

4.18. Застрахователят прекратява застрахователния договор без предизвестие и отказва изплащането на застрахователно обезщетение/сума при: измама, извършена от Договорителя / Застрахован или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна при настъпването на застрахователен риск, покрит по застрахователния договор.

4.19. При предсрочно прекратяване поради смърт на Застрахован, Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия.

V. Лимит на отговорност

Отговорността на Застрахователя по застрахователния договор е до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор (полица).

VI. Застрахователна премия

6.1. Размерът на застрахователната премия се определя от Застрахователя съобразно покритите рискове и се посочва в застрахователната полица.

6.2. Застрахователната премия се плаща при сключване на застрахователния договор в пълен размер, освен в случаите когато е уговорено друго. По договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в приложение към нея, премията може да бъде заплащана на разсрочени вноски през срока на застраховката.

6.3. Застрахователната премия се плаща по банков път, като за дата на внесената премия се приема денят, в който е заверена банковата сметка на Застрахователя, освен ако не е уговорено друго.

6.4. В случаите, когато е договорено разсрочено плащане, при неплащане на вноската от разсрочената премия, застраховката се прекратява след изтичането на 15 (петнадесет) дни от датата на падежа на разсрочената вноска.

6.5. Застрахователят не дължи връщане на застрахователна премия при смърт на Застрахован.

6.6. Когато застраховката се сключва за срок по-кратък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя.

VII. Застрахователни плащания.

7.1. В случай на събитие, представляващо покрит риск и при представени редовни документи от Застрахования, Застрахователят заплаща застрахователно обезщетение /сума/, съгласно условията на застрахователния договор.

7.2. При смърт на застрахованото лице:

7.2.1. Се изплаща застрахователна сума, съгласно сключения застрахователен договор;

7.2.2. Застрахователят удържа от дължимата застрахователна сума изплатените суми за трайно намалена работоспособност или временна неработоспособност, ако са в причинно-следствена връзка със злополуката, причинили смъртта.

7.2.3. Когато смъртта е настъпила, без да е в причинна връзка със злополуката или е настъпила след изтичане на една година от същата, се извършва плащане на застрахователната сума, независимо от плащанията за трайна неработоспособност;

7.2.4. В случай, че Застрахователят има вземания срещу Застрахования или правоимащите лица, той удържа всички свои вземания от застрахователната сума, преди нейното изплащане;

7.3. При трайно намалена работоспособност в резултат на злополука:

7.3.1. Се изплаща застрахователно обезщетение, съгласно сключения застрахователен договор, като изплащането на застрахователни суми по злополука се извършва:

7.3.1.1. Когато заболяването или злополуката са регистрирани за първи път в срока на застраховката;

7.3.1.2. Когато Застрахованият бъде освидетелстван за първи път през срока на действие на застрахователния договор;

7.3.1.3. Когато от сумата се приспадат по-рано изплатените обезщетения за временна загуба на работоспособност във връзка със същото застрахователно събитие.

7.3.1.4. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.


7.4. При временна неработоспособност и болничен престой, Застрахователят извършва посочените в полицата плащания,

7.5. Медицинските разходи в резултат на злополука :

7.5.1. Възстановяват се направените разходи по лекарско предписание, във връзка с последиците от застрахователна злополука за срок, посочен в застрахователната полица;

7.6. Разходи за транспортиране/репатриране

7.6.1. Възстановяват се разходите за превозването на Застрахования със специализиран медицински транспорт, от местонахождението му при настъпване на застрахователното събитие, до местоживеенето му или до здравно заведение. Необходимостта от транспортиране трябва да бъде във връзка с настъпило по настоящите Общи условия



„Фи Хелт Застраховане” АД

застрахователно събитие и отразена в амбулаторния лист или епикризата, издадена от лечебното заведение, провело лечението.

7.6.2. Възстановяват се направените разходи за транспортиране с цел оказване на първа помощ и извеждане на Застрахования до състояние извън опасност за живота му.

7.7. Застрахователят извършва плащания за временна неработоспособност до два пъти за едно застрахователно събитие през срока на застраховката.

7.8. Не се изплаща обезщетение за временна неработоспособност в случаите, когато Застрахованият е получил обезщетение за трайно намалена работоспособност

7.9. Не се изплаща обезщетение за дните на физиотерапия и рехабилитация.

7.10. Не се изплаща обезщетение при преосвидетелстване, независимо от времето, в което е извършено;

7.11. Процентът на трайно намалена работоспособност се установява след окончателното и пълно стабилизиране на получените от злополуката увреждания, но не по-рано от 3 месеца и не по-късно от една година от датата на настъпването на злополуката, освен при загуба на очи и ампутация на крайници, при които освидетелстването може да се извърши и в по-кратък срок.

7.12. Определянето на процента трайно намалена работоспособност се извършва от ТЕЛК/НЕЛК, съгласно Наредбата за медицинската експертиза. Застрахователят може да изиска Застрахования да бъде прегледан от застрахователно-медицинска комисия, независимо от освидетелстването на Застрахования от ТЕЛК/НЕЛК. Лекар, който е оторизиран от Застрахователя, трябва да има право на достъп до Застрахования, който се намира в състояние на неработоспособност, така че да има възможност да провери сериозността на неговото здравословно състояние. ;

7.13. При определяне размера на плащането за неработоспособност, освен при загуба на крайници или други органи, Застрахователят може да предвиди срок за стабилизиране на неработоспособността, който не може да надхвърля една година от датата на настъпване на застрахователното събитие. В този случай Застрахователят изплаща обезщетение в срок 15 работни дни от представяне на доказателствата за установяване на настъпилото застрахователно събитие, в предварително определен размер, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането;

7.14. В случай, че лечението не е завършило до една година от злополуката, освидетелстването се извършва независимо от стабилизирането на неработоспособността, като се определя процент, отговарящ на състоянието на Застрахования към края на едногодишния срок от датата на злополуката.

7.15. По изключение Застрахованият може да бъде преосвидетелстван и след едногодишния срок, като процентът на трайно намалена работоспособност следствие злополуката се определя за състоянието му към края на годината от датата на злополуката.

7.16. Професията на Застрахования не оказва влияние при определяне процента на трайно намалена работоспособност.

7.17. При настъпване на покрито застрахователно събитие, Застрахованото лице или неговите наследници са длъжни да уведомят Застрахователя в срок от 30 работни дни от узнаването за настъпило застрахователно събитие, освен ако могат да докажат, че е не са били способни да предявят застрахователна претенция. Застрахователят има правото, предвид невъзможността на Застрахования да предяви претенция, да определи началната дата на неработоспособността към датата на уведомяването за претенция до Застрахователя. Застрахователят във всички случаи ще счита ненавременното уведомяване за действие насочено към създаване на пречки и/или осуетяване установяването на обстоятелствата, при които е настъпило твърдяното застрахователно събитие.

7.18. Съгласно разпоредбите на Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска от Застрахования представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на обстоятелствата и размера на предявената към него претенция.

7.19. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

7.20. В случай, че представените с искането за изплащането на застрахователно обезщетение документи са непълни или са необходими допълнителни доказателства съгласно т.7.20., Застрахователят уведомява Застрахования за това в срок до 45 дни от датата на представяне на доказателствата по Раздел VIII, изискани при завеждане на искането за плащане на застрахователно обезщетение.

7.21. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Договорителя и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.

7.22. Застрахователят, в срок 15 (петнадесет) работни дни, от предоставяне от Застрахования на всички доказателства, установяващи основанието на настъпилото застрахователно събитие, и включително и на допълнителните доказателства, изискани от Застрахователя съгласно Кодекса за застраховането, изплаща застрахователно обезщетение или мотивирано отказва плащане, като уведомява Застрахования относно причините за отказа за цялостно или частично плащане.

7.23. Ако претенцията по застраховката е измамлива, всички плащания по застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.

VIII. Необходими документи за изплащане на застрахователни суми и обезщетения

8.1. За изплащане на застрахователни суми и обезщетения се представя искане към Застрахователя, придружено от следните документи, които са в оригинал или заверено по съответния ред, също и декларация за застрахователно събитие във форма на Застрахователя:

8.2. При смърт на Застрахования:

8.2.1. Съобщение за Смърт

8.2.2. Акт за смърт /препис-извлечение/ от акта за смърт;

8.2.3. При настъпила смърт в болнично лечебно заведение - копие на епикризата, съставена от лекуващ лекар, както и всички предходни епикризи, свързани със здравословното състояние на Застрахования;

8.2.4. В случай на извършена аутопсия – протокола от аутопсията или съдебно-медицинска експертиза;

8.2.5. В случай на битова злополука - документ, издаден от съответните компетентни органи за констатиране на настъпилото събитие.

8.2.6. При трудова злополука – копие на декларацията на трудова злополука, съгласно изискванията на приложимите нормативни актове, както и разпореждането на НОИ, съгласно КСО;

8.2.7. При образувано досъдебно или съдебно производство, се представя документ от съответните компетентни органи, удостоверяващи резултата от производството;

8.2.8. Когато няма определено конкретно ползващо се лице, удостоверение за наследници.

8.2.9. За установяване на степента на работоспособност преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска и допълнителни документи като - справка от работодателя за реално отработени дни, справка за изплатено трудово възнаграждение, болнични листове, амбулаторни листи от прегледи при лекар, епикризи, изследвания и други.

8.3. При трайно намалена работоспособност:

8.3.1. Медицинските документи, свързани със заболяването и/или злополуката:

8.3.1.1. Лична амбулаторна карта;

8.3.1.2. Амбулаторен лист за преглед при лекар;

8.3.1.3. Епикриза;

8.3.1.4. Резултати от изследвания;

8.3.2. Експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК, издадено съгласно Наредбата за медицинската експертиза;

8.3.3. Разпореждането на НОИ, съгласно КСО, за квалифициране на злополуката като трудова.

8.4. При временна загуба на работоспособност:

8.4.1. Медицински документи, епикризи, резултати от медицински изследвания, издадени от лицензирани лечебни заведения;

8.4.2. Болнични листове и протоколи, издадени от ЛКК.

8.5. При възстановяване на извършени разходи в зависимост от направените разноси:

8.5.1. Болнични листове, документи, доказващи направените медицински разноси,



„Фи Хелт Застраховане” АД

- 8.5.2. Медицинска форма, попълнена от лекаря, осъществил лечението;
- 8.5.3. Рецепти за предписаните лекарства;
- 8.5.4. Фактури за извършените разходи;
- 8.5.5. Епикризи от болнично заведение.
- 8.5.6. Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разноси.

IX. Съобщения

9.1. Всяко съобщение от Застрахования / Договорителя, свързано със застраховката трябва да бъде изпратено на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахователя и/или адрес на електронна поща (e-mail), освен ако Застрахователят писмено не се съгласи друго.

9.2. Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Договорителя се изпраща на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахования / Договорителя. При сключване на застраховката Застрахованият / Договорителят заявяват и адрес на електронна поща (e-mail), на който ще получават съобщения, включително за промени в условията на застраховката, относно размера на застрахователната премия и други. Застрахованият / Договорителят е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес или в заявления e-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/e-mail. До получаване на съобщението за промяна на адрес/e-mail на Застрахования / Договорителя от страна на Застрахователя, съответните съобщения се изпращат до адреса/e-mail, посочени в застрахователния договор, като същите се смятат за връчени и получени от Застрахования / Договорителя с всички предвидени в закона или договора правни последици.

X. Лични данни

С настоящото, съгласно приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Договорителя / Застрахования, че:

- 10.1.** Застрахователят е администратор на лични данни, като връзка със Застрахователя и определеното от него Длъжностно лице по защита на данните може да бъде осъществена на посочения в т.1.1.1. адрес на управление;
- 10.2.** Предоставените от Застрахования / Договорителя лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договор; и за целите на директния маркетинг, като правното основание за обработването им може да бъде или изрично съгласие на Застрахования / Договорителя, или изпълнението на застрахователния договор, или ако обработването е необходимо за спазването на законово задължение на Застрахователя, или ако обработването е необходимо целите на легитимните интереси на Застрахователя. Обработването на личните данни е за срок, който е съобразен с целите на обработването, без да нахвърля минимално необходимия срок за обработване на данните;
- 10.3.** При наличие на основанията за законосъобразно обработване, личните данни могат да бъдат разкрити на трети лица, в това число, но не само, на следните категории получатели: лица, имащи качеството “обработващ лични данни”; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба или е свързано с изпълнението на застрахователния договор; на трети лица за статистически цели;
- 10.4.** предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер, но е от съществено и обуславящо значение за предоставянето на застрахователна услуга. Отказът за предоставянето лични данни е основание Застрахователят да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси или възпрепятства изпълнението на застрахователния договор;
- 10.5.** Застрахованият / Договорителят има право на достъп до личните си данни, както и право да иска коригирането им или заличаването им по реда и условията на приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни;
- 10.6.** Всяко лице, има право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг, като с настоящото е уведомено, че личните му данни могат да бъдат разкрити на трети лица или използвани от тяхно име за целите на директния маркетинг. Лицето има възможност да възрази срещу такова разкриване или използване посредством изявление, изпратено на адреса на Застрахователя.
- 10.7.** С полагането на подпис за сключване на настоящата застраховка, Застрахованият Договорителят потвърждава, че е уведомен за това, че предоставени от него лични данни ще бъдат обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния

маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка, включително чрез извършването на всяка операция или съвкупност на операции с предоставените лични данни или с набора от лични данни, включващ предоставените от данни по време на процеса по сключване на застрахователния договор, чрез автоматични или други средства, които операции по преценка на Застрахователя се изразяват в събиране, записване, организиране, структуриране, съхранение, адаптиране или промяна, извличане, консултиране, употреба, разкриване чрез предаване, разпространяване или друг начин, по който данните стават достъпни, подреждане или комбиниране, ограничаване, изтриване или унищожаване. Обработването на лични данни може също така да включва и предоставяне на лични данни на трети лица (включително на лице, установено в държава, която не е държава - членка на Европейския съюз и държава - членка на Европейското икономическо пространство) за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка. Подписването на застраховката също така означава потвърждение на факта, че Застрахованият / Договорителят е уведомен за Политиката за конфиденциалност на Застрахователя, която е публикувана на www.fihealth.bg.

XI. Приложимо право и подсъдност

11.1. Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби пред Застрахователя относно застрахователното правоотношение. Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби и пред Комисията за финансов надзор.

11.2. Споровете между страните се решават с преговори и по взаимно съгласие между тях, както и съгласно установеното във “Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „Фи Хелт Застраховане” АД. Уреждането на претенциите по реда на вътрешните правила на „Фи Хелт Застраховане” АД не ограничават правото на Застрахования да предяви претенцията си и пред съд. Всички спорове, нерешени по взаимно съгласие, породени от тази застраховка или отнасящи се до нея, включително споровете, породени или отнасящи се до нейното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в застраховката или приспособяването ѝ към нововъзникнали обстоятелства, ще бъдат разрешавани от компетентния съд по седалището на Застрахователя. Ползвателят на застрахователни услуги, който има качеството на потребител по смисъла на §13, т.1 от Допълнителните разпоредби на Закона за защита на потребителите, може да отнесе спора за извънсъдебно разрешаване и до Секторна помирителна комисия за разглеждане на спорове в областта на застраховането и застрахователното посредничество, включително и при предоставянето на финансови услуги от разстояние в тези сектори при Комисията за защита на потребителите. Формите за извънсъдебно разглеждане на спорове, които са на разположение на ползвателя на застрахователни услуги в Република България са: преговори между страните, медиация и арбитраж.

11.3. Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на Застрахователя и Правилата за уреждане на претенции по чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховането, са обявени на интернет страницата на застрахователя: <http://www.fihealth.bg/>.

11.4. За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство.

XII. Допълнителни разпоредби

12.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство.

12.2. По решение на Застрахователя застрахователно обезщетение може да се плаща и след изтичане на давностния срок.

12.3. За погрешно или неправилно внесени застрахователни премии, както и за несвоевременно получени застрахователни обезщетения, Застрахователят не дължи лихви.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Фи Хелт Застраховане” АД на заседание, проведено на 30.05.2014 год. и са в сила от 30.05.2014 година. изменени с решение от 15.03.2017 год., в сила от 15.03.2017 год., изменени с решение от 23.05.2018 год., в сила от 23.05.2018 год.

За Застрахователя:

Договорител:

