

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ“

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, наричана за краткост застраховател, по тези Общи условия за застраховка „Злополука и заболяване“ сключва застраховки срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост на физически лица, за рисковете и при условията, посочени по-долу. Общите условия на застраховка „Злополука и заболяване“ наричани за краткост Общи условия, представляват неразделна част от застрахователния договор, който застраховащият сключва със застрахователя.

(2) Съгласно договора за застраховка „Злополука и заболяване“ застраховащият или всяко друго лице, което има законово право, заплаща договорената премия на застрахователя, а застрахователят, при настъпване на застрахователно събитие, заплаща на ползващото лице застрахователната сума или част от нея.

(3) Застрахователният договор по тези Общи условия е валиден за територията на Република България и чужбина, с изключение на покритие „Медицински разходи“, което е валидно на територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

(4) Застрахователната полица се сключва в евро

ДЕФИНИЦИИ

(5) За нуждите на настоящите Общи условия са в сила следните определения:

1. Застраховател: Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, гр. София 1000, бул. „Тодор Александров“ № 18, ЕИК 831626729, оторизирано от Националния съвет по застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност № 27/10.08.1998 г., с лиценз за застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд № 915/18.07.2007 г. и допълнителен лиценз № 1034-ЖЗ/24.10.2012 г., което издава застрахователната полица и поема риска при настъпване на застрахователно събитие да заплати застрахователната сума или част от нея.

2. Застрахован/Застраховано лице: Физическо лице, за което се носи риск със застрахователния договор.

3. Застраховащ: Физическо или юридическо лице, както и всяка друга организация, която от името на и в интерес на застрахования и/или от свое име сключва договор за застраховка „Злополука и заболяване“ със застрахователя и която поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия.

4. Ползващо лице: Лице, посочено в застрахователната полица, което има право да получи суми и обезщетения при настъпване на застрахователно събитие.

5. Застрахователен договор: Състои се от тези Общи условия, застрахователна полица, предложение за сключване на застраховката, Застрахователни/Специални условия, добавъци и списък на застрахованите лица, ако има такива.

6. Индивидуален застрахователен договор: По този договор се застрахова едно физическо лице. По индивидуалния застрахователен договор застраховащ може да бъде застрахованото лице или друго физическо или юридическо лице.

7. Семейен застрахователен договор: По този договор се застраховат всички членове на едно семейство. Застраховащ може да бъде член на семейството или друго физическо или юридическо лице.

8. Групов застрахователен договор: По този договор се застрахова група лица, които са свързани по социален или друг признак, предварително формирана с незастрахователни цели.

9. Ново застраховано лице: Лице, което е включено в обхвата на застраховката през срока на действие на застрахователния договор.

10. Срок на застрахователния договор: Периодът от 12 (дванадесет) месеца, считано от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор

11. Застрахователна сума: Посочената в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя по застраховката, която застрахователят се задължава да изплати на ползващото лице при настъпване на застрахователно събитие съгласно условията на договора.

12. Застрахователна премия: Определената в застрахователната полица парична сума, която застрахователят изисква да му бъде платена в замяна на поетите от него задължения по договора. Застрахователната премия или начинът на определянето ѝ се посочва в застрахователната полица.

13. Предложение за застраховане: Писмено предложение от кандидата за застраховане до застрахователя за сключване на застрахователен договор.

14. Здравна декларация: Писмен въпросник за здравословното състояние на застрахования.

15. Застрахователна полица: Част от договора, която съдържа имената на страните по застрахователния договор, адреси, застрахователни покрития, лимити и условия, застрахователна премия, срокове по застраховката, както и подписи на страните по договора.

16. Добавък: Документ, неразделна част от договора, удостоверяващ извършени промени по него.

17. Застрахователен период: Периодът от 12 (дванадесет) месеца, считано от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор. Когато периодът е по-кратък от 12 месеца, той съвпада със срока на застраховката, посочен в застрахователната полица.

18.Застрахователен риск: Обективно съществуваща вероятност от увреждане на живота и/или здравето на застрахования, настъпването на която е несигурно, неизвестно и независимо от неговата воля. Покритите застрахователни рискове са посочени в застрахователната полица.

19. Застрахователно събитие: Събитие, настъпило със застрахования, вследствие злополука или заболяване, през срока на застрахователното покритие, което води до реализиране на покрит риск по настоящите условия и застрахователния договор (полица), при настъпване на който за застрахователя възниква задължение за плащане на застрахователна сума или част от нея.

20. Злополука: Събитие, настъпило всроча на застраховката, независимо от волята на застрахования, което в резултат на внезапни и непредвидени действия или причини от външен произход внезапно оказва механично или химично въздействие отвън върху неговото тяло и в срок до една година от настъпването е причинило смъртта му. За злополука се счита и смърт, настъпила за застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.

21. Заболяване: Съвкупност от клинични оплаквания и/или прояви, на структурни и функционални увреждания на организма, диагностицирани в здравно заведение и регистрирани в официален медицински документ, водещи до смърт или ограничаване на работоспособността на застрахования.

22. Общо заболяване: Всяка болест по критериите на Световната здравна организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.

23. Предварително съществуващо заболяване: Означава всяко здравословно състояние, което е последствие от някое предишно установено заболяване или злополука или което е изисквало болнично лечение, или лекарствени средства 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 и/или не е спазил медицински препоръки за установяване на медицинско състояние.

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

24.1. за него не е известно общопризнато средство за лечение;

24.2. продължава за неопределено време и може да се характеризира с ремисии;

24.3. изисква палиативно лечение;

24.4. изисква продължително наблюдение, консултации, прегледи и изследвания;

24.5. лицето трябва да бъде рехабилитирано или специално обучено за да се справя със заболяването;

24.6. води до загуба на работоспособност.

25. Трайна неработоспособност (ТНР) Частично или напълно загубена способност за упражняване на трудова или друга дейност, която е пряк резултат на засягане на жизнени функции, породени от злополука, професионално и/или общо заболяване, претърпени от застрахования през периода на застраховката.

25.1. Пълна трайна загуба на работоспособност е налице тогава, когато вследствие на получено телесно нараняване, увреждане или заболяване застрахованият е възпрепятстван да упражнява собствената си професия или друго занятие, или полагане на какъвто и да било труд срещу заплащане или печалба.

25.2. Частично загубена работоспособност е налице тогава, когато вследствие на получено телесно увреждане или заболяване застрахованият е получил пълна или частична загуба, или невъзможност за функциониране на орган, или система на човешкото тяло, но е в състояние да упражнява своята професия, или друго занятие или работа срещу заплащане или печалба.

26. Временна неработоспособност (ВНР) е частично намалена или напълно загубена способност за упражняване на трудова дейност за определен период, която е пряк резултат на злополука или заболяване, претърпени от застрахования през периода на застраховката, и поради която застрахованият ползва ефективно отпуск по болест, чието начало е в срока на застраховката.

27. Трудова злополука (по чл. 55, ал. 1 от КСО) е всяко внезапно увреждане на здравето, станало през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието.

28. Трудова злополука (по чл. 55, ал. 2 от КСО) е злополука, станала по време на обичайния път при отиване или при връщане от работното място до:

а) основното място на живеене или до друго допълнително място на живеене с постоянен характер;

б) мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден;

в) мястото за получаване на възнаграждение.

29. Отлагателен период представлява периода от началото на застрахователния договор, през който застрахователят не предоставя покритие.

30. Медицинско лечение или медицинска терапия е всякаква медицинска или хирургическа процедура, която отговаря на общоприетите норми на медицинската наука и е подходяща за облекчаване на симптомите на заболяване, подобряване на здравето или предотвратяване влошаване на здравето, или лечение на заболяване и телесно увреждане от злополука с цел възстановяване на здравето.

31. Медицински разходи са разходи, направени във връзка с медицинско или хирургическо лечение на медицинско състояние, оказано от лекар-специалист, към когото застрахованото лице е било насочено, извършени в срока на застрахователното покритие на договора.

32. Лекарствени средства и консумативи са признатите от Министерство на здравеопазването лекарствени средства и консумативи, 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.

За нуждите на настоящите застрахователни условия не се считат за лекарства: витамини, билки, слабителни средства и лекарства за отслабване, противозачатъчни средства, нерегистрирани в Република България лекарства, медицинска козметика, специализирани храни, както и лечебна и хранителни добавки и тонизиращи средства.

33. Болнично лечение/Хоспитализация е непрекъснат минимум 24 (двадесет и четири) часов престой на застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, лечение или наблюдение.

Еднодневна хоспитализация е прием за диагностика и лечение в болнични условия до 24 (двадесет и четири) часа, при който не е нужно пренощуване в лечебното заведение за болнична помощ. Еднодневната хоспитализация се приема за извънболнично лечение по смисъла на настоящите застрахователни условия.

34. Хирургическа операция (интервенция) е лечение, назначено от лекар и проведено в болница с разкрита клиника, отделение или сектор за хирургическо лечение по съответната профилна специалност, извършено под ръководството и контрола на лекар специалист по профилната специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти, при което се нарушава анатомичната цялост на тялото и/или лекувания орган. Интервенцията трябва да е извършена с цел лечение на последиците от злополука или заболяване и да е документирана с оперативен протокол и епикриза/и.

35. Хирургическа таблица за вида на операциите и максималния процент на обезщетение е оценъчна таблица на застрахователя, която служи за изчисляване на застрахователното обезщетение. Хирургическата таблица се издава от застрахователя, който си запазва правото да я променя и допълва.

36. Фрактура на кост е медицинско състояние, при което има прекъсване на целостта на костта.

37. Второ медицинско мнение: Услугата второ медицинско мнение предоставя възможност на застрахования при диагностициране на заболяване, неизискващо спешно лечение, да получи експертна препоръка за най-подходящото лечение от водещи световни специалисти.

38. Тероризъм: Тероризъм са всички действия на лица или на групи от лица за постигане на политически, етнически, религиозни, идеологически или други подобни цели, предназначени за всяване на страх или ужас сред населението или на части от населението, като по този начин бъде упражнено влияние върху правителство или държавен орган. За целите на застраховката, акт на тероризъм означава включително, но не само, използването на сила или насилие и/или заплахата от който и да било човек или група/и хора, независимо дали действат сами и/или от името на, или във връзка с каквато и да било организация/и, или правителство/а, обвързани с политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включително намерение за

въздействие върху което и да било правителство и/или поставянето на обществото или част от него в позиция на страх.

39. Упойващо вещество/психотропно вещество: Упойващо/психотропно вещество е всяко вещество, природно или синтетично, включено в Списъка на Конвенцията на обединените нации за борба срещу незаконния трафик на упойващи и психотропни вещества от 1988 г., известна още и като Виенската конвенция (1988).

ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Член 2. (1) Застраховките, сключени по тези Общи условия, покриват основен риск смърт на застрахования, вследствие злополука.

(2) Към застраховка „Злополука и заболяване”, сключена по тези Общи условия, е възможно срещу заплащане на допълнителна премия да се включат и допълнителни застрахователни рискове.

(3) По отделните застрахователни продукти е възможна различна комбинация от застрахователните рискове посочена в тарифата или специалните условия към застраховката.

(4) Застрахователят е в риск само за тези рискове, които са посочени в застрахователната полица.

1. Смърт на застрахования

1.1. Смърт на застрахования вследствие на злополука - Застрахователно събитие по този риск е налице при смърт на застрахования вследствие на увреждания от злополука, претърпяна през срока на застраховката, при условие че смъртта настъпи до 365 (триста шестдесет и пет) дни след датата на злополуката, причинила смъртта.

1.2. Смърт на застрахования вследствие заболяване - Застрахователно събитие по този риск е налице при смърт на застрахования вследствие на заболяване, диагностицирано за пръв път в срока на застраховката, при условие че смъртта настъпи до 365 (триста шестдесет и пет) дни след датата на диагностициране на заболяването, причинило смъртта.

1.3. Не се приема за застрахователно събитие смърт на застрахования, която е следствие на увреждания от злополуки или заболявания, които са настъпили/ диагностицирани преди началото на застрахователното покритие по застрахователния договор, освен ако изрично е договорено друго в застрахователната полица.

1.4. При настъпване на застрахователно събитие по този риск застрахователят изплаща договорената, за съответния застрахован, застрахователна сума.

2. Трайна неработоспособност вследствие злополука или заболяване (ТНР)

2.1. Застрахователно събитие по смисъла на настоящите застрахователни условия е налице в случаите, при които на застрахования е медицински установено увреждане вследствие на злополука, претърпяна през срока на застраховката или заболяване, диагностицирано за първи път в срока на застраховката и довело до освидетелстване на пълна трайна неработоспособност или частична загуба на работоспособност, при условие че ТНР настъпи и бъде освидетелствана до 365 (триста шестдесет и пет) дни след датата на злополуката или диагностициране на заболяването.

2.2. Не се приема за застрахователно събитие ТНР на застрахован, която е следствие на увреждания от злополука/заболяване, които са настъпили/диагностицирани преди началото на застрахователното покритие по застрахователния договор, независимо от факта дали освидетелстването е станало в срока на застрахователния договор, освен ако е договорено друго в застрахователната полица.

2.3. При настъпване на застрахователно събитие, довело до трайна пълна

неработоспособност над 90%, на застрахования вследствие на злополука или заболяване, се изплаща застрахователната сума. Освидетелстването за определяне процента трайна неработоспособност се извършва от експертни комисии на Министерството на здравеопазването след окончателно стабилизиране на уврежданията от злополука, но не по-рано от 3 (три) месеца и не по-късно от 1 (една) година от датата на злополуката.

2.4. При настъпване на застрахователно събитие довело до частична неработоспособност вследствие злополука, независимо от процента неработоспособност или заболяване, ако определеният процент неработоспособност е над 75%, на застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента неработоспособност.

Освидетелстването за определяне процента трайна неработоспособност се извършва от експертни комисии на Министерството на здравеопазването не по-късно от 1 (една) година от датата на диагностициране на заболяването.

3. Смърт вследствие на трудова злополука

3.1. За застрахователно събитие по този риск се приема, ако смъртта на застрахования е причинена от трудова злополука, призната за такава с разпореждане на съответно Териториално поделение на НОИ.

3.2. Застрахователната защита е в сила за събития, причинени от трудова злополука, настъпила при условията на чл. 55 ал. 1 и чл. 55 ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.

3.3. Ако смъртта на застрахования е в резултат на трудова злополука, застрахователят изплаща договорената застрахователна сума по застрахователния договор в двоен размер.

3.4. Не се счита за застрахователно събитие:

3.4.1. трудова злополука, настъпила в следствие груба небрежност допусната от страна на застрахования или при неспазване на предписанията и правилата за безопасност и охрана на труда от страна на застрахования. По настоящите Общи условия всички нарушения на условията за безопасност на труда ще се считат за проявена груба небрежност от страна на застрахованите лица;

3.4.2. всички злополуки, които не са регистрирани по надлежния ред от Национално осигурителния институт като трудови по смисъла на КСО и за които не е издаден протокол за трудова злополука.

3.5. за това покритие се прилагат разпоредбите на т.1.1. и 1.3. от настоящите застрахователни условия.

4. Временна неработоспособност

4.1. Застрахователно събитие по смисъла на настоящите застрахователни условия е налице в случаите, при които на застрахования е медицински установена временна неработоспособност, вследствие на която не може или е възпрепятстван да работи поради: общо заболяване, злополука или професионална болест.

4.2. Ако не е изрично договорено в застрахователната полица, не се счита за застрахователно събитие:

а) временна неработоспособност в случай на: санаторно-курортно лечение; належащ медицински преглед или изследване; карантина, отстраняване от работа по предписание на здравните органи; гледане на болен или карантинен член на

семейството; належащо придружаване на болен член от семейството за медицински преглед, изследване или лечение в страната и чужбина; гледане на здраво дете, върнато от детскозаведение/ училище поради карантина в заведеието;

б) временна неработоспособност на застрахования, която е следствие на увреждания от заболявания и/или злополуки, които са настъпили и диагностицирани преди началото на застрахователното покритие по застрахователния договор, независимо от факта дали освидетелстването е станало в срока на застрахователния договор, както и временна неработоспособност, започнала преди началото на застрахователния договор и продължила след неговото начало;

в) временна неработоспособност с начало след края на застрахователния договор, независимо дали е във връзка със злополука или заболяване, настъпило всроча на договора. Тази разпоредба не се прилага, ако застрахователният договор е продължен/подновен, както и когато временната неработоспособност е започнала в срока на договора и е продължиласлед неговия край.

4.3. При реализиране на застрахователно събитие, довело до временна неработоспособност на застрахованото лице вследствие на заболяване или злополука, се изплаща процент от предварително договорена застрахователна сума или фиксирана парична сума на ден. Размерът на обезщетението се определя в зависимост от продължителността на ползвания отпуск поради временна неработоспособност. Начинът на определяне на дължимото обезщетение изрично се посочва в застрахователната полица.

4.4. Застрахователят има задължение за изплащане на застрахователно обезщетение за риска временна неработоспособност, свързана с усложнения при бременност, само когато е проведено стационарно лечение за минимум 3 (три) дни.

4.5. Не се покрива временна неработоспособност поради бременност и раждане за следните периоди:

а) 45 календарни дни преди раждането

б) 42 календарни дни, непосредствено след раждането

4.6. Временната неработоспособност се документира съгласно нормативната уредба на законодателството на страната, в която е настъпило застрахователното събитие, а за Република България, с регламентиран болничен лист на основание Наредба за медицинската експертиза.

4.7. Продължителността на неработоспособността се изчислява на база реално ползвани болнични листа, издадени последователно и без прекъсване с една и съща диагноза или с различни, но в причинна връзка с първата. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор. За реално ползвани болнични листа се приемат такива, които са представени за изплащане от НОИ.

4.8. За лица, за които съгласно българското законодателство не се издава болничен лист, определянето на продължителността на временната неработоспособност се определя от застрахователя въз основа на всички представени документи. Решението на застрахователя е окончателно.

4.9. Застрахователно обезщетение за временна неработоспособност се изплаща само, когато тя е за повечедни от определената минимална продължителност.

4.10.Застрахователят покрива общо до две застрахователни събития за ВНР, в това число до едно събитие от заболяване, за всеки застрахован, в една застрахователна година, като изплаща сумата намалена със самоучастието, ако има договорено такова.

5. Медицински разходи при настъпила временна или трайна неработоспособност

5.1. Застрахователно събитие по смисъла на тези застрахователни условия е налице в случаите, когато са направени разходи за медицинско лечение на застрахован вследствие злополука или заболяване, настъпили в срока на застраховката и довели до неговата временна или трайна неработоспособност при следните условия:

а) медицинските разходи са извършени за медицинско лечение, което отговаря на общоприетите норми на медицинската наука, проведено от правоспособен медицински персонал;

б) лечението е наложено от злополука и/или заболяване, настъпили и диагностицирани за пръв път след началото на застрахователното покритие, които са причинили временна или трайна неработоспособност на застрахования признати за застрахователно събитие;

в) медицинските разходи са извършени за лечение, което е започнало и продължило през срока на неработоспособността.

5.2. При реализиране на застрахователно събитие, застрахователят възстановява действително извършени от застрахования разходи за лечение на последиците от злополука и/или заболяване, намалени с процента самоучастие, ако има договорено такова, до общия годишен лимит, в агрегат за всички събития в една застрахователна година за:

5.2.1. разходи за извънболнично и болнично лечение;

5.2.2. физиотерапия и рехабилитация - покриват се разходи за физиотерапия и рехабилитация по медицински показания, предоставена на застрахованото лице под формата на извънболнично или болнично лечение, като се спазват следните условия:

а) Необходимостта от физиотерапия и рехабилитация се установява от лекар-специалист, провеждащ лечението на основното заболяване, като лечението се извършва по предписан от лекар-специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина” физиотерапевтичен курс на лечение.

б) лечението трябва да е проведено в рамките на шест седмици от назначаването му;

в) физиотерапевтичният курс при извънболнично лечение включва първоначален преглед от лекар специалист по Физикална и рехабилитационна медицина с назначен общ брой процедури от всички групи, както и заключителен вторичен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение;

г) застрахованият има право на максимум 10 (десет) броя физиотерапевтични процедури в една застрахователна година;

д) болничното покритие включва разходи за физиотерапия, рехабилитация и санаториално лечение по лекарско предписание, което е продължение на възстановителния процес след проведено интензивно болнично лечение.

Лечението, трябва да е назначено в епикризата за проведеното болнично лечение при изписването на застрахованото лице и трябва да е започнало не по-късно от три месеца след приключване на интензивното лечение.

5.2.3. разходи за лекарствени средства - Възстановяват се разходи за лекарствени средства за лечение на застрахованото лице, отпускани по лекарско предписание, закупени не по-късно от 10 (десет) дни след датата на издаване на рецептата;

5.2.4. медицински консумативи - покриват се разходи за медицински консумативи, контрастни вещества и медицински материали, изписани във връзка с лечение на застрахованото лице. Не се покриват луксозни аналози, предназначени за удобство на пациента;

5.2.5. помощни средства - възстановяват се разходите за предписани от лекар медицински

помощни средства (терапевтични средства) като например за: ортези, патерици, бастуни, катетри, колекторни торбички, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични корсети, бандажи и корсети.

Не се покриват разходите за медицински съоръжения и помощни средства (средства за обслужване и обгрижване) като например за: иригатори, инхалатори, торбички за лед, помпи за кърма, орални душове, електрически възглавници, медицински термометри, апарати за измерване на кръвно налягане, тест ленти за кръвна захар, както и апарати и помощни средства, служещи за грижа за тялото и обгрижване на болния.

Ако застрахователят е възстановил разходи за медицински помощни средства, нова претенция за обезщетения може да се направи едва след изтичане на обичайния срок на износване, освен ако по-ранното закупуване се налага по медицински причини;

5.2.6. разходи за медицинско транспортиране - необходим от медицинска гледна точка транспорт с линейка за транспортиране на хоспитализиран болен във връзка с провежданото лечение при преместване за хоспитализиране в друга болница, за провеждане на специализирани медицински процедури в болница, различна от тази, в която е бил хоспитализиран, както и за транспортиране до дома, когато състоянието му изисква транспортиране със специализиран медицински транспорт.

5.3. Застрахователят възстановява разликата от сумата, която се реимбурсира по линия на задължителното здравно осигуряване или друго нормативно основание, и заплатената от застрахованото лице сума до размера на лимита.

5.4. В случай на застрахователно събитие, ако съществува покритие по същия риск и от друг застраховател или осигурител, отговорността на застрахователя е пропорционална на отношението между договорения в полицата на ЗК „УНИКА Живот“ АД лимит и общия лимит за същия риск по всички застрахователни и осигурителни договори. В този случай застрахованият е задължен да уведоми застрахователя за съществуващите договори, за да може застрахователят да координира плащанията с другите застрахователи и/или осигурители.

5.5. Не се считат за застрахователно събитие лечения и направените за тях медицински разходи, освен ако е изрично договорено друго в застрахователната полица:

5.5.1. поети от задължителното или доброволно здравно осигуряване/застраховане;

5.5.2. за медицински съоръжения и помощни средства, включително за терапевтични такива (като например, но не само, за очила, контактни лещи, бандажни колани за херния, протези на крайниците, слухови апарати, ортопедични принадлежности и други);

5.5.3. за дентално лечение;

5.5.4. контролни прегледи и изследвания с цел наблюдение на здравния статус след завършване на лечението, както и изследвания в здравно заведение по желание на застрахован, без медицинска необходимост;

5.5.5. разходи за лекарствени средства и медицински консумативи, закупени след 10 (десет) дни от тяхното изписване;

5.5.6. услуги или терапии в хидро и СПА заведения, клиники за отслабване и/или природосъобразен живот, здравна ферма или други подобни институции, както и стационарни заведения, специализиращи рехабилитация (spa центрове), санаториуми и други, които не са регистрирани като лечебни заведения;

5.5.7. медицинско-технически средства от типа на други помощни средства и санитарни уреди за постоянна употреба по време на амбулаторно лечение, като: инсулинови помпи, електрически инвалидни колички или легла за инвалиди, болнични легла с трапецовидни рамки, допълнителни

колела, подеминици в болнични стаи, антидекубитални дюшеци, колани, предмети с цел осигуряване на по-добър комфорт (като поставки за телефони и таблички за хранене над леглото), предмети, използвани за промяна на качеството на въздуха или температурата (като климатици, овлажнители, изсушители на въздуха и уреди за прочистване на въздуха), материали за еднократна употреба, велоергометри, кварцови лампи или нагревателни лампи, нагревателни торбички, бидета, тоалетни чинии, места за сядане по време на къпане, сауни, асансьори, джакузита, оборудване за тренировки и сходни продукти;

5.5.8. профилактични прегледи;

5.5.9. болести предавани по полов път;

5.5.10. административни такси, включително и такива за издаване на документи и преписи от документи, за получаване на записи за извършени изследвания (CD, DVD), издавани от лечебните заведения.

5.5.11. за лечение, продължило след изтичане срока на неработоспособността, както и лечение продължило след изтичане срока на застраховката, независимо от това дали е в срока на неработоспособност. Това условие не се прилага в случай, че застраховката е продължена/подновена без прекъсване.

5.5.12. закупени лекарствени средства, изписани за поддържащо лечение при хронични заболявания.

6. Дневни пари за болничен престой

6.1. Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква при болнично лечение, при което застрахованият в срока на застраховката е хоспитализиран за лечение вследствие заболяване, злополука или раждане, включително и медицинско лечение по време на бременност при следните условия:

а) болничното лечение е извършено от правоспособен медицински персонал в болница за активно лечение, регистрирана и получила разрешение за извършване на дейност в съответствие с българското законодателство;

б) лечението е наложено от злополука и/или заболяване, настъпили и диагностицирани за пръв път след началото на застрахователния договор;

в) болничният престой е започнал и продължил през срока на застраховката;

6.2. Ако не е изрично договорено в застрахователната полица, не се счита за застрахователно събитие лечение и хоспитализация на застрахования в:

а) болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация;

б) здравни заведения за извънболнична помощ;

в) едnodневна хоспитализация (дневен стационар) в здравни заведения за болнично лечение;

г) заведения за лечение на зависимости;

д) психиатрични болници;

е) почивни станции, домове със специален хранителен режим, санаториуми и СПА центрове;

домове за медико-социални грижи и хосписи.

6.3. При стационарен болничен престой застрахователят изплаща фиксирано обезщетение за всеки ден, в който застрахованият е бил хоспитализиран след настъпване на застрахователното събитие, с обща продължителност за всички събития до 90 (деветдесет) дни в една застрахователна година.

6.4. Не се дължат суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане срока на застраховката. Това условие не се прилага в случай, че застраховката е продължена/подновена без прекъсване.

6.5. Размерът на дължимото застрахователно обезщетение се определя на база реално пролежани пълни дни в болнично заведение. При определянето на продължителността на болничния престой не се включва денят на изписването.

7. Обезщетение за Хирургическо лечение по време на болнично лечение

7.1. Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква при болнично лечение, при което застрахованият в срока на застраховката е хоспитализиран и му е проведено хирургическо лечение поради заболяване или злополука при следните условия:

а) хирургичното лечение да е извършено от правоспособен медицински персонал в многопрофилна болница за активно лечение или специализирана болница, при условията на хоспитализация на застрахования;

б) хирургическото лечение да е било наложително от медицинска гледна точка;

Прекъсване на бременност по медицински причини след петия лунарен месец и спешно родоразрешение по медицински показания (Цезарово сечение) също се считат за застрахователно събитие, наложено от заболяване.

7.2. Не се счита за застрахователно събитие, освен ако изрично е договорено друго в застрахователната полица:

а) пластична или козметична хирургия, както и когато хирургическата интервенция е извършена по желание на застрахования без медицинска необходимост;

б) хирургически интервенции, които са изпълними в рамките на амбулаторно лечение, за които не е необходимо стационарно лечение в болница;

в) лазерни операции за коригиране на зрението.

7.3. При болнично лечение, при което застрахованият е подложен на хирургическа интервенция, застрахователят изплаща обезщетение под формата на фиксирана еднократна сума, която се определя като процент от предварително договорена застрахователна сума.

7.4. Процентът на обезщетението се определя от застрахователя в зависимост от сложността на извършената операция по Хирургическата таблица за видана операцията и максималния процент на обезщетение, валидна към датата на сключване на застрахователната полица. Изплащането се ограничава до посочения в таблицата максимален процент.

7.5. Ако извършената операция не фигурира в хирургическата таблица за оперативно лечение, приложена към договора, застрахователят определя процента на обезщетение на база, включена в Таблицата операция с подобен характер и сложност.

7.6. Обезщетение за хирургическо лечение на един и същ орган или система, в резултат на едно и също заболяване или злополука, се изплаща само един път в рамките на една застрахователна година.

7.7. Когато една хирургическа операция засяга няколко органи или части на тялото, застрахователят плаща обезщетение за онази оперативна интервенция, на която се полага най-висока сума от обезщетението.

7.8. Ако при непрекъснат болничен престой, поради последици от една и съща злополука или болест, или по време на анестезия се извършат няколко операции, застрахователят изплаща

обезщетение за онази оперативна интервенция, на която се полага най-висока сума от обезщетението.

8. Фиксирана сума при счупвания (фрактури) на кости

8.1. Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква, ако през периода на застраховката застрахованият претърпи злополука, в резултат на която получи травматична фрактура/и на една или повече кости.

8.2. Не се счита за застрахователно събитие:

а) откъсване на сухожилие от заглавното място на костта, включително с отделяне на частици от костта;

б) патологични фрактури – счупване на костта през зона, която е отслабена поради въздействие на заболяване;

в) фрактури на зъби.

8.3. Ако през периода на застраховката застрахованият претърпи злополука, вследствие на която получи травматична фрактура на кост/и, застрахователят изплаща обезщетение под формата на фиксирана сума. Тя се определя в зависимост от вида и тежестта на фрактурата и проведеното лечение. За целта се обособяват три групи фрактури:

8.3.1. леки фрактури на кости, включително фрактури на лицевия череп. За леки фрактури се приемат такива, чието лечение е било консервативно;

8.3.2. средно тежки фрактури на кости. За средно тежки фрактури се приемат:

а) счупвания на кости, при които е извършено оперативно лечение с остеосинтеза от всякакъв вид (плаки, винтове, пирони импланти и др.);

б) фрактури, при които е проведено консервативно болнично лечение за период по-дълъг от 10 (десет) дни.

8.3.3. тежки фрактури на кости. Като тежки фрактури на кости се считат:

а) счупвания на кости, при които е извършено оперативно лечение, включващо протезиране на тазобедрена става, коляно, глезена става, рамо, лакът или китка, както и фрактури на прешлени на гръбначния стълб, които са лекувани хирургически с остеосинтеза от всякакъв вид или протезиране;

б) фрактури на черепа с черепно-мозъчна травма.

8.4. При няколко костни счупвания вследствие на една и съща злополука – независимо от броя на счупените кости, фиксираната сума се изплаща еднократно. При няколко едновременно настъпили костни счупвания от различен вид и различна тежест, водеща за изчислението на фиксираната сума за костни счупвания е най-високо категоризираната фрактура.

8.5. При костни счупвания, причинени от различни злополуки, настъпили по различно време, фиксираната сума за костни счупвания се изплаща отделно за всяка една злополука, като гореизложеното е валидно по аналогичен начин.

9. Изгаряния в резултат на злополука

9.1. Застрахователно събитие по смисъла на това покритие възниква, ако през периода на застраховката застрахованият претърпи злополука, в резултат на която получи термично, химическо, електрическо или радиационно изгаряне втора или трета степен, засегнало участък/ци над 4,49% от тялото.

9.2. Не се счита за застрахователно събитие изгаряне, причинено от слънчеви лъчи или при ползване на солариум.

9.3. Ако през периода на застраховката застрахованият претърпи злополука вследствие, на която получи изгаряне, застрахователят изплаща обезщетение под формата на фиксирана сума.

9.4. При изгаряния на различни части на тялото и/или органите на човека вследствие на една и съща злополука обезщетението се изплаща еднократно. За изчисляване размера на обезщетението се прилага изгарянето категоризирано с най-висока тежест.

9.5. При изгаряния, причинени от различни злополуки, настъпили по различно време, обезщетение се изплаща отделно за всяка една злополука.

10. Второ медицинско мнение

10.1. Услугата включва:

а) потвърждение, отхвърляне или промяна на вече поставена диагноза;

б) оценка на назначения курс на лечение с препоръки за продължаването му или предложение за алтернативни лечения;

10.2. Застрахователното покритие „Второ медицинско мнение“ може да се ползва от застрахования за поставена му диагноза и план за лечение.

10.3. Застрахованият има право да се възползва от покритието „Второ медицинско мнение“ толкова често, колкото е необходимо, включително и за заболявания, диагностицирани за първи път преди сключване на застраховката на застраховката. За една диагноза покритието може да се използва един път.

10.4. Ползването на услугата Второ медицинско мнение се извършва при спазване на следната последователност:

а) Лице, което е застраховано с настоящата застраховка, е диагностицирано със заболяване включено в списъка за „Второ медицинско мнение“ и диагнозата е отразена в официален медицински документ;

б) Ако застрахованият желае да получи второ мнение, лекуващият го лекар или друг негов представител, трябва да се свържат с MediGuide на безплатен телефон 00800 118 1134, за да заявят „Второ медицинско мнение“;

в) MediGuide определя 3 /три/ водещи световноизвестни медицински клиники, които могат да дадат мнение и да изготвят доклад и предоставя имената им на застрахованото лице/негов представител;

г) Застрахованият и/или неговият представител избират, измежду предложените им, медицинската клиника, от която желаят да получат второ медицинско мнение;

д) Пациентът и MediGuide събират медицинската документация за застрахования и я изпращат до избраната медицинска клиника;

е) В срок до 10 работни дни от изпращането на медицинската документация, застрахованият/негов представител ще получат писмен доклад относно диагнозата и плана на лечение от медицинската клиника.

10.5. MediGuide спазва всички приложими закони за защита на личните данни при предаване на медицинска документация и информация. Всички разговори и текуща кореспонденция остават строго конфиденциални.

10.6. Когато полученото второ медицинско мнение се различава от първоначалната диагноза или

план за лечение, MediGuide ще предостави всички възникнали допълнителни въпроси за разглеждане от медицинската клиника, която е предоставила доклада. В определени случаи MediGuide могат да осигурят допълнително второ мнение от друга водеща медицинска клиника.

10.7. ЗК „УНИКА Живот“ АД не участва в процеса по осигуряване на второ медицинско мнение и няма достъп до медицинската документация и предоставеното второ медицинско мнение от MediGuide. Застрахователят не носи отговорност за точността или валидността на второто медицинско мнение или за неправилното ползване и грешна интерпретация на същото, не е отговорен за имуществените и финансови или неимуществените нефинансови последици от късно или неприложено второ мнение.

ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

Член 3. (1) Застраховката се сключва върху живота на здрави лица на възраст до:

1. при покритие само от злополука максималната възраст при сключване е 69 години. При изтичане на застраховката максималната възраст на застрахованите лица не трябва да надвишава 70 години;

2. при включено покритие и за заболяване максималната възраст при сключване е 64 години (69 години за групови застраховки), като при изтичане на застраховката максималната възраст на застрахования не трябва да надвишава 65 години при индивидуални застраховки, съответно 70 години при групови застраховки;

3. възрастта на застрахования се определя в цели години като разлика между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.

(2) Лица, боледуващи или преболедували от определени болести или лица с увреждания, както и лица, които практикуват професии, спортове и/или имат хоби, които увеличават риска, могат да бъдат застраховани при условия за увеличен риск или специални условия. Степента на увеличения риск се установява въз основа на здравословното състояние на лицето, професията, спорта и/или хобито, които практикува, с прилагане на процедура за оценка на риска.

(3) Не се застраховат лица:

1. с определена загуба на работоспособност над 50% при индивидуални и семейни договори;

2. недееспособни лица и лица, поставени под пълно запрещение, както и малолетни лица под 14 години за риска Смърт.

При специални условия застрахователят може да предложи застрахователно покритие и за тези лица, като това бъде изрично договорено в застрахователния договор.

(4) Застрахователният договор може да се сключи върху живота, здравето и телесната цялост на лице, различно от застрахования.

(5) С един договор за застраховка „Злополука и заболяване“ (групова застраховка) могат да се застраховат групи от две или повече лица, предварително формирани с незастрахователни цели, чиито брой е определен или определяем.

ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА УВЕДОМЯВАНЕ

Член 4. (1) При сключване на застрахователния договор застрахователят и застрахованият са длъжни да дадат вярна информация за възрастта и здравословното състояние на застрахования и да обявят точно и изчерпателно всички обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат само обстоятелствата, за които застрахователят писмено е поставил въпрос.

(2) В случай че ще бъде застрахован животът и здравето на лице, различно от застраховащия, то е длъжно лично да отговори пълно, точно и вярно на поставените въпроси и да подпише лична здравна декларация и/или предложение за застраховане. Когато лицето е непълнолетно, здравната декларация и предложението се подписват от законните му представители.

(3) Ако при сключване на застраховката застрахованият е дал неверни данни за възрастта си, застрахователят има право:

1. когато действителната възраст превишава лимита, до който застрахователят сключва застраховка „Злополука и заболяване“ съгласно своите условия и тарифи, застрахователният договор се прекратява. Застрахователят задържа част от платената премия съответстваща на периода, за който е носил риска. В случай на застрахователно събитие, настъпило преди прекратяване на договора, застрахователят намалява застрахователното плащане, като преизчислява застрахователната сума, според действителната възраст на застрахования.

2. когато действителната възраст е по-висока от обявената, но позволява сключване на застраховка, застрахователят преизчислява размера на застрахователната сума съобразно действителната възраст.

3. да прекрати едностранно договора само, ако не би сключил договора при вярно посочване на възрастта.

(4) Ако се установи, че застраховащият или застрахованият съзнателно са обявили неточно или са премълчали обстоятелство, при наличието на което застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, последният има право:

1. да прекрати договора в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството, като задържи платената част от премията и иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора;

2. при настъпване на застрахователно събитие да откаже изцяло или частично плащане на застрахователната сума или обезщетение, ако неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на събитието;

(5) Ако укритото обстоятелство, е от такъв характер, при известността на който застрахователят би сключил договора, но при други условия, той има право:

1. в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството да предложи промяна на договора в частта му за размер на премията, застрахователно покритие или срок. В случай че застраховащият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява едностранно от застрахователя, който задържа платената част от премията и има правото да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора;

2. при настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на договора да изплати намалена застрахователна сума, изчислена съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

(6) Ако при сключване на договора е имало обстоятелства, които не са били известни на страните, всяка от тях има право в двуседмичен срок от узнаването им да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването на предложението, предложителят може да прекрати договора, като писмено уведомява за това другата страна. Ако договорът бъде прекратен застрахователят възстановява частта от платената застрахователна премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор. При настъпване на застрахователно събитие преди изменението или прекратяването на договора застрахователят дължи намалена застрахователна сума, изчислена съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

(7) По време на действието на застрахователния договор застрахованият/застраховачият е длъжен да обявява пред застрахователя, веднага след узнаването, всяка промяна в обстоятелствата при сключване на застрахователния договор, както и всички нови обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос или изискал данни. При неспазване на това изискване се прилагат разпоредбите на ал. 3,4,5 и 6.

(8) Разпоредбите на ал. 3, 4, 5 и 6 не се прилагат, когато премълчаването или неточно обявеното обявяване е довело до несъществуващо увеличаване на риска или когато е било договорено, че това увеличаване на риск подлежи на застраховане.

СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Член 5. (1) Сключване на индивидуален и семеен договор по застраховка „Злополука и заболяване“

1. Индивидуален и семеен застрахователен договор се сключва въз основа на писмено предложение за застраховане.

2. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с писменото съгласие на родителите или настойниците/попечителите.

3. Предложението за застраховане се окомплектова с:

3.1. декларация за здравословното състояние на лицето, върху чиито живот се сключва застраховката. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители;

3.2. в случай на застраховане над определени от застрахователя лимити, предложението се окомплектова със специален въпросник и финансова декларация по образец на застрахователя, както и с други документи, необходими за определяне на риска.

4. Застрахователят има право да изиска:

4.1. медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката;

4.2. финансови документи за оценка на финансовото състояние на кандидата за застраховане;

4.3. други документи.

(2) Сключване на групов договор по застраховка „Злополука и заболяване“

1. Групова застраховка „Злополука и заболяване“ се сключва на група лица за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодател (организация), въз основа на попълнено предложение за застраховане, поименен списък на застрахованите лица или по средносписъчен състав до определен от застрахователя лимит. При застраховките по средносписъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и чиито длъжности са посочени в поименното щатно разписание към момента на сключване на застрахователния договор и за които е платена дължимата застрахователна премия. За лицата, чиято застрахователна сума е по-висока от определеният от застрахователя лимит, застраховачият предоставя поименен списък с индивидуалните застрахователни суми на тези лица. В застраховката могат да бъдат включени и лица, които не попадат в средносписъчния състав. В този случай към застрахователния договор се прилага поименен списък за тези лица. При застраховките по приложен поименен списък застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия.

2. Когато работодател сключва за своя сметка застраховка на свои работници и/или служители в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласие на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква.

3. Предложението за застраховане се окомплектова с документи, както следва:

3.1. списък на застрахованите лица в случаите на поименно застраховане;

3.2. декларация за здравословно състояние на застрахованите лица, в случай че застрахователят изисква такава в зависимост от числеността на групата и/или размера на застрахователната сума;

3.3. други документи.

(4) Когато при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, застрахователят може да предложи на застрахователя сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако в срок от 10 (десет) дни от датата на получаването на писмено уведомление от застрахователя кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховка.

(5) Ако между датата на подписване на предложението и издаването на полицата застрахованият се разболее или получи нараняване, промени длъжността си или участва в дейности с повишено ниво на риск, застрахователят и/или застрахованият трябва да уведомят застрахователя своевременно за това в писмена форма. В противен случай застрахователят запазва правото си да прекрати застрахователната полица или да откаже плащането на застрахователни обезщетения, ако премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на събитието. Всички уведомления трябва да бъдат изпращани в писмена форма и са валидни след получаването им в офис на застрахователя.

(6) Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката. При отказ той уведомява писмено застрахователя за това в срок от 30 (тридесет) дни от получаването на предложението и другите изисквани документи, като посочи конкретните причини, обосноваващи отказа.

(7) Форма на застрахователния договор

1. Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя или друг писмен документ. Неразделна част от застрахователния договор са настоящите Общи условия. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица валиден е текстът на застрахователната полица.

2. Предложението за застраховане, декларацията за здравословно състояние, евентуални медицински заключения и резултати от медицинските изследвания, застрахователната полица, общите условия, избраната тарифа, добавъците, застрахователните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към застраховката, са неразделна част от договора за застраховка.

3. Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са сключени в писмена форма.

4. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица или писмото за покритие са подписани от застрахователя и застрахователя.

СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Член 6. (1) Застрахователният договор се сключва за определен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.

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

Член 7. (1) Застрахователният договор и периодът на застрахователно покритие влизат в сила от 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица за начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска от премията е платена, освен ако е договорено друго. Ако първата договорена премия не е платена до датата, отбелязана в полицата, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е платена първата договорена премия в нейния пълен размер.

(2) При групови застраховки, сключени по месторабота за лицата, които са в законоустановен отпуск към датата на влизане в сила на договора, застрахователното покритие влиза в сила от 00:00 часа на датата на връщането им на работа. Това условие не се прилага при подновяване на застрахователния договор, без прекъсване.

(3) След като застрахователният договор влезе в сила, в състава на застрахованите и обхвата на застрахователното му покритие може да се включи ново лице, само ако новото лице придобие статут на нов служител или ако лицето промени условията на работа със застрахователя, потребител на услуги или стане член на дружеството на застрахователя

(4) Лицата по предходната алинея се включват автоматично в групата на застрахованите лица, като застрахователят им предоставя застрахователно покритие от 00:00 часа на деня на назначаването им на работа.

(5) Застрахователят е длъжен да предоставя на застрахователя уведомление под формата на справка за включените в застраховката нови лица и за отпадналите от застраховката лица, в сроковете определени в застрахователната полица , която следва да съдържа следните задължителни реквизити:

- три имена на напуснал/новопостъпил служител;
- ЕГН на включен/отпаднал от застраховката служител;
- брутна работна заплата на служителя, ако застрахователната сума е формирана на тази основа;
- дата на напускане, постъпване на работа или промяна на трудовия договор за съответния служител.

(6) При липса на промени в състава на групата на застрахованите по договора лица, застрахователят не е длъжен да предоставя справка.

(7) Застрахователят не носи отговорност и не дължи изплащане на обезщетение в случай на застрахователно събитие за лица, за които застрахователят не е изпратил уведомление-справка в сроковете определени в застрахователната полица.

(8) Договорът може да бъде прекратен от застрахователя и/или застрахователя без неустойки или други разноси с едномесечно писмено предизвестие. Прекратяването на договора влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

(9) Независимо от срока на действие на застрахователния договор, застраховката ще бъде прекратена за всеки застрахован в случай на:

1. смърт на застрахователя или обявяване на несъстоятелност или ликвидация на юридическото лице, когато то се явява страна по договора, ако в срок от 30 (тридесет) дни след смъртта/несъстоятелността на застрахователя, застрахованите лица не са уговорили със застрахователя продължаване на застраховката чрез определяне на нов застраховател, с изключение на застрахованите лица по договори, за които премията за оставащата част от срока на действие на застрахователния договор е била платена;

2. смърт на застраховано лице по отношение на това лице;

3. с изтичане на застрахователната година, в която застрахованото лице навършва 65 години, по отношение на индивидуални и семейни застраховки и с навършване на 70 години за застрахованите с групови застраховки;

4. прекратяване на трудовите правоотношения или членството на застрахования при застрахования или ако спре да бъде потребител на услугите, предоставяни от застрахователя, когато това е било основанието за получаване на статут на застраховано лице към групова застраховка;

5. настъпване на други събития, определени съгласно условията на договора.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА И ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Член 8. Размерът на застрахователната сума се определя по договаряне между застрахователя и застрахователя и се посочва в застрахователната полица.

Член 9. (1) Застрахователната премия се определя от застрахователя в зависимост от възрастта и здравословното състояние на застрахования, избраната тарифа, застрахователната сума, срока на застраховката практикуваната професия, спорт или хоби 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;
3. с разсрочена годишна премия на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски.

При разсрочване на премията застрахователят има право да увеличи разсрочената премия, като същата се посочва в полицата.

(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. Еднократната застрахователна премия или първата разсрочена вноска се плащат най-късно до датата, определена за начало на застрахователния договор:

1. в брой - срещу електронна разписка от приложна система на застрахователя, издадена от легитимиран застрахователен посредник или в офис на застрахователя;
2. по безкасов път чрез банков превод, картово плащане през корпоративния сайт на компанията, Е-рау или друг вид електронно разплащане.

(4) Когато премията се заплаща безкасово, плащането се счита за извършено в деня на заверка на сметката на застрахователя или на застрахователния посредник, който е сключил полицата. Таксите за преводи са за сметка на застрахователя. За всеки ден забава след договорената в полицата дата за падеж застрахователят може да начисли лихва за просрочие.

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

(6) При предсрочно прекратяване на застраховката съгласно Член 7:

1. застрахователят има право на цялата годишна премия за това лице, в случай че са изплатени застрахователни обезщетения и/или са предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения за текущия застрахователен период за покритията „Смърт“ и „Трайна загуба на работоспособност“;

2. застрахователят има право на премия, до датата на прекратяване на застраховката, в случай

че не са изплатени застрахователни обезщетения и/или не са предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения за текущия застрахователен период за покритията „Смърт“ и „Трайна загуба на работоспособност“.

(7) При индивидуални и семейни застраховки, случай на смърт на застрахования в срока на застраховката, ако не е платена премията за текущата застрахователна година в пълен размер, застрахователят удържа незаплатените премии от застрахователната сума.

(8) Застрахователят си запазва правото да актуализира застрахователната премия или условията на договора към началото на всеки нов застрахователен период:

1. в съответствие с променената възраст на застрахованото лице, като актуализирането на премията се извършва спрямо валидната за тази възраст премия;
2. като се отчитат промените в честотата на изплащаните обезщетения и разходите по тях;
3. при настъпване на законодателни промени, които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователната защита.

(9) При актуализация на премията застрахователят е длъжен да предостави на застрахования новите договорни условия най-малко 30 (тридесет) дни преди изтичането на текущия застрахователен период:

1. в рамките на един месец, следващ месеца, в който е извършено писменото уведомление, застрахованият има право да откаже в писмена форма изменението на премията. В този случай застраховката ще бъде прекратена с изтичането на текущия застрахователен период;
2. ако застрахованият приеме и плати премията, застраховката се продължава за нов едногодишен застрахователен период;
3. ако застрахованият не приеме и не плати променената застрахователна премия, договорът се прекратява от датата, на която изтича текущият застрахователен период.

ПОСЛЕДСТВИЯ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ПРЕМИЯ

Член 10. (1) Ако дължимата първа застрахователна премия не бъде заплатена до датата на падежа, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития. Ако дължимата премия не бъде заплатена до 24.00 часа на тридесетия ден от датата на падежа, договорът не поражда действие.

(2) Ако не бъде заплатена дължимата застрахователна премия до 00:00 часа на датата, определена за начало на новия застрахователен период, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития от началото на новата застрахователна година. Ако премията не бъде заплатена до 24:00 часа на тридесетия ден от датата на падежа, договорът се прекратява.

(3) Ако дължима текуща вноска от разсрочена премия не бъде платена до 24:00 часа на петнадесетия ден от датата на падежа на вноската или не бъде постигната договореност между страните за удължаване срока за плащането ѝ, застрахователят прекратява договора без допълнително писмено уведомяване на застрахования от застрахователя.

(4) Ако настъпи застрахователно събитие в периода на изчакване плащането на премията по чл. 10 ал. 1 и премията все още не е платена към датата на настъпване на застрахователното събитие, ще се счита, че договорът не поражда действие или не е влязъл в сила и застрахователят не дължи изплащане на обезщетение.

(5) Ако премията не е платена своевременно, застрахователят има право да начисли лихва за забава.

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

ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД

Член 11. (1) Ако не е дефинирано друго в застрахователната полица, се прилагат следните отлагателни периоди:

1. за събития вследствие на злополука – не се прилагат отлагателни периоди;

2. за събития вследствие на заболяване:

- при индивидуални, семейни и групови застраховки с численост до 10 (десет) застраховани лица отлагателният период е 30 (тридесет) дни;

- при групови застраховки с численост на застрахованите от 11 (единадесет) и повече лица – не се прилага отлагателен период.

3. за събития вследствие бременност и раждане - отлагателният период е 9 (девет) месеца от началната дата на влизане в сила на отговорността на застрахователя. При събития (преждевременно раждане или аборт и други), свързани с бременност, която е щяла да приключи с нормално раждане след изтичане на отлагателния период от 9 (девет) месеца, застрахователят носи отговорност.

4. За покритие „Второ медицинско мнение“ не се прилага отлагателен период.

ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

Член 12. (1) При настъпване на застрахователно събитие през срока на застраховката и при покрит риск по условията на застрахователния договор, застрахователят се задължава да изплати договорената застрахователна сума или ибездетение съгласно условията на договора.

(2) 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.

ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Член 13. (1) Ако не са обект на специално договаряне, застрахователят не покрива 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. 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. участие в какъвто и да било спорт като професионален играч;

6. участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство;

7. участие в опасен спорт или хоби като парашутизъм, алпинизъм, делтапланеризъм, парасейлинг, ски спускане извън пистите, бърнджи скокове, лов, скално катерене, пещерно дело, безмоторно летене, каскадьорство, водомоторни спортове, подводни спортове, автомобилизъм, мотоциклетизъм на писта и извън писти и други;

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

9. събития, настъпили вследствие на съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонараняване или неспазване на медицински препоръки;

10. престъпление или предизвикана от застрахования физическа саморазправа, освен в случай на доказана самозащита, изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда или ако застрахованият почине по време на подготовка, опит или извършване на престъпление;

11. причинно-следствена връзка от употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества върху застрахования към момента на настъпване на застрахователно събитие, както следва:

а) ако към момента на настъпване на застрахователното събитие (пътно-транспортно произшествие) застрахованият като водач е бил с над 0.5 промила (‰) алкохол в кръвта или под въздействието на наркотици или друго упойващо вещество;

б) ако към момента на настъпване на застрахователното събитие застрахованият е бил с 1.2 промила (‰) алкохол в кръвта в случай на други застрахователни събития;

в) ако смъртта е причинена от заболяване, което е възникнало вследствие (пряко свързано с) употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества;

12. прекратяване на бременност (аборт) и последствия от него, освен ако събитието не е настъпило вследствие претърпяна злополука

13. заболяване от СПИН (Синдром на придобита имунна недостатъчност) и свързаните с него усложнения, освен в случаите когато същият е причинен от медицински манипулации в здравно заведение;

14. всяко предварително съществуващо заболяване, физически дефект, недъг или медицинско състояние, освен ако са били приети от застрахователя;

14.1. при групови договори за сметка на работодателя, подновени/сключени без прекъсване, отговорността на застрахователя обхваща и заболявания, възникнали/диагностицирани по време на действието на предходните договори;

15. пътувания в политически нестабилни региони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели;

16. заболявания, обявени като пандемия от Световната здравна организация (СЗО), в т.ч. и профилактични прегледи и изследвания за тяхното установяване и/или отхвърляне, както и вследствие на новопоявила се болест и/или епидемия с опустошителен характер.

17. лечение на репродуктивни проблеми на мъже и жени, контрацепция, стерилитет;

18. При смърт на застрахования вследствие самоубийство или опит за такова

Член 14. Независимо от останалите клаузи на застрахователния договор застрахователят няма да осигури застрахователно покритие и/или да изплати обезщетение, ако предоставянето им е в противоречие с икономически, търговски, финансови или други ограничения и санкции, включително ембарго режими, постановени по силата на резолюция на Съвета за сигурност на ООН, Европейския съюз или в съответствие с националното законодателство на Република България. Горепосоченото ограничение се прилага и в случаите, когато икономическите, търговските или финансовите санкции или ембарго режими са наложени от САЩ или други държави, доколкото не противоречат на законодателството на Европейския съюз или националното законодателство на Република България.

ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

Член 15. (1) При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, застрахователят може да определи едно или повече ползващи лица. Ползващото лице може да бъде определено като отменимо посочено, като в този случай застрахователят може да го променя по всяко време на договора или като неотменимо посочено, като в този случай то не може да бъде променяно по време на срока на договора. Ползващото лице придобива правото да получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователно събитие.

(2) Застрахователят може да отмени договорката в полза на ползващото лице без негово съгласие, освен ако е настъпило застрахователно събитие.

(3) Не е задължително ползващото лице да бъде посочено по име. Достатъчно е да бъде посочено неговото качество спрямо застрахования:

1. когато застраховката е сключена в полза на децата на застрахования, ползващи лица са и децата, родени след сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго;

2. когато застраховката е сключена в полза на съпруг/а на застрахования, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със застрахования към деня на настъпване на застрахователното събитие, освен ако е уговорено друго.

(4) Когато са посочени няколко ползващи лица без определяне на дяловете им, те имат равни права.

(5) Ползващото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие. В този случай неговият дял се разпределя поравно между останалите ползващи лица.

(6) Ако ползващото лице почине преди застрахования и по договора не са определени други ползващи лица, застрахователната сума се изплаща на застрахователя или неговите наследници.

(7) Ако ползващото лице е малолетно или недееспособно, застрахователната сума се заплаща на негов родител или настойник, освен ако в закон е предвидено друго.

(8) Промяната в ползващите лица е обвързваща за застрахователя след получаване на писмена молба лично от застрахователя в офиса на застрахователя и след издаването на добавък към застрахователната полица.

(9) В случай, че не е изрично определено ползващо лице, за такива се приемат законните наследници на застрахования.

(10) Ползващо лице за всички покрития, различни от смърт, е застрахованият.

(11) В случай че застрахованият почине преди изплащане на дължимо обезщетение от застрахователя за реално направени медицински разходи (чл.2, т.5 от настоящите застрахователни условия), в правата му встъпват законните наследници.

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

Член 16. (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 застрахователя. Застрахователят има правото да поиска доказателства, които са необходими за определяне правата на ползващото лице.

(2) Застрахователната претенция се окомплектова със следните документи:

1. при смърт на застрахования от злополука: акт за смърт, съобщение за смърт и други документи, установяващи датата и причината за смъртта; акт за злополука, акт за трудова злополука или друг съответстващ акта документ, установяващ настъпването ѝ; протокол от съответната служба за контрол на Министерството на вътрешните работи (КАТ – Пътна полиция) относно обстоятелствата при настъпване на ПТП; копие от аутопсионен протокол (ако е извършена аутопсия); епикриза за проведено стационарно лечение, амбулаторни листове; лична амбулаторна карта (ЛАК), медицински талон-направление, рентгенови снимки и други медицински документи; други документи, доказващи датата, причината/те и последствията от застрахователното събитие; копие на лична карта или друг документ за идентификация на ползващото/ите лице/а, когато то/те са получатели на сумата при смърт; удостоверение за наследници, ако няма посочени ползващи лица по полицата; при наличност – оригинал или копие на застрахователната полица и всички добавъци към нея; банкова сметка.

2. при смърт на застрахования от заболяване: - акт за смърт, съобщение за смърт и други документи, установяващи датата и причината за смъртта; копие от аутопсионен протокол (ако е извършена аутопсия); епикриза за проведено стационарно лечение, амбулаторни листове; лична амбулаторна карта (ЛАК), медицински талон-направление, рентгенови снимки и други медицински документи; други документи, доказващи датата, причината/те и последствията от застрахователното събитие; копие на лична карта или друг документ за идентификация на ползващото/ите лице/а, когато то/те са получатели на сумата при смърт; удостоверение за наследници, ако няма посочени ползващи лица по полицата; при наличност – оригинал или копие на застрахователната полица и всички добавъци към нея; банкова сметка.

3. при трайна загуба на работоспособност от злополука и заболяване служебна бележка от работодател (за групови застраховки); протокол за ПТП (представя се само ако събитието е настъпило при пътно-транспортно произшествие); експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено от РКМЕ (регионална картотека на медицинската експертиза), че не е обжалвано и с печат влязло в сила; медицински документи - епикризи, амбулаторни листове, резултати от изследвания и други ако няма решение на ТЕЛК/НЕЛК, за определяне на процента на неработоспособността от ЗМК на УНИКА Живот се представят всички медицински документи за проведеното лечение: ЛАК или амбулаторни листове, епикризи, рентгенови снимки, компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и др. най-рано три месеца и не по-късно от една година след настъпване на събитието разпореждане на НОИ и Декларация за призната трудова злополука (представя се само при събитие трудова злополука).

4. при временна загуба на работоспособност от злополука и заболяване служебна бележка от работодател (за групови застраховки)- болничен лист (при продължителен период – един първичен и последващи вторични); епикриза или амбулаторен лист от извършените прегледи в деня на установяване на неработоспособността; разпореждане на НОИ и Декларация за призната трудова злополука (представя се само при събитие трудова злополука); протокол за ПТП (представя се само ако събитието е настъпило при пътно-транспортно произшествие).

5. при дневни пари за болничен престой - служебна бележка от работодател (за групови застраховки); епикриза от проведено болнично лечение.

6. при хирургическо лечение- служебна бележка от работодател (за групови застраховки); епикриза от проведено болнично лечение.

7. при счупване (фрактура) на кости - служебна бележка от работодател (за групови застраховки); медицински документи - епикризи, амбулаторни листове, резултати от изследвания и други .

8. при изгаряния - служебна бележка от работодател (за групови застраховки); медицински документи - епикризи, амбулаторни листове, резултати от изследвания и други.

9. при медицински прегледи и изследвания - фактура с фискален бон в оригинал, в случай, че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на услугата е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал; амбулаторен лист или друг официален медицински документ за извършен преглед и назначение на изследванията искане/направление за изследване, в случаите в които същите не са описани в медицинския документ.

10. разходи за лекарства и помощни средства - фактура с подробно описание по артикули с единична цена и фискален бон оригинал, в случай, че фискалният бон съдържа данни с подробно описание по артикули с единична цена е достатъчно да се представи фискален бон в оригинал; амбулаторен лист или друг официален медицински документ от извършен преглед, при който са назначени лекарствата рецепта, в случаите в които същите не са описани в медицинския документ и не се касае за медикаменти за многократно предписане.

11. при болнично лечение- фактура с подробно описание по услуги с единична цена и фискален бон оригинал; в случай, че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на услугата е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал; епикриза от проведено болнично лечение.

12. разходи за физиотерапия - фактура с подробно описание на извършените процедури с единична цена и фискален бон – оригинал, в случай че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал; амбулаторен лист от преглед при лекар - специалист с препоръчана физиотерапия; амбулаторен лист от физиотерапевтичен преглед с назначени процедури и с отразена диагноза.

13. при рехабилитация - фактура с подробно описание на извършените процедури с единична цена и фискален бон – оригинал, в случай, че фискалният бон съдържа данни за името на застрахованото лице, дейността и стойността на всяка услуга е достатъчно да се представи само фискален бон в оригинал; епикриза от проведено болнично лечение с вписани препоръки за провеждане на рехабилитация, като продължение на основното лечение епикриза или друг официален медицински документ, удостоверяващ извършената рехабилитация

(3) при следствени действия от органите на МВР, предварително производство от Прокуратурата или съдебно производство, водени с цел изясняване на причината за настъпване на смъртта: заверен препис от документа, с който съответният орган дава окончателно заключение за случая;

(4) в случай че застрахованият изчезне или съществува невъзможност за обективна идентификация на тялото, застрахователят приема, че застрахованият е починал след влизане в сила на съответното решение на българския съд за обявяване на отсъствие или смърт на застрахования.

(5) При смърт на застрахования ползващите лица или техни законни представители са длъжни да уведомят застрахователя в срок до 7 (седем) дни от настъпването на събитието или узнаването за него.

(6) За да се определят фактите и обстоятелствата, които са съществени за изясняване на застрахователното събитие или размера на претенцията, застрахователят има право да поиска допълнителни доказателства и документи от застрахования, ползващото лице или всяко друго юридическо или физическо лице, както и да извърши собствено разследване. Ако застрахователят, застрахованият, негови/нейни наследници или ползващи лица не изпълнят някое от посочените задължения, застрахователят има право да откаже изплащане на обезщетение.

(7) Застрахователят е длъжен да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие. Застрахователят разглежда и съобразява само първоначално представените медицински документи и допълнително поисканите от застрахователя документи. Допълнително представени идентични документи на първоначално представените, но с различно съдържание, няма да бъдат разглеждани от застрахователя. В последната хипотеза застрахователят има право да сезира компетентните органи относно съставянето на документ с невярно съдържание.

(8) Документите и доказателствата се предоставят на застрахователя в оригинал или копие. Разходите, свързани с представените документи, поема този, който претендира за застрахователно обезщетение.

(9) Застрахователят се произнася по предявените претенции в срок до 15 (петнадесет) 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.

(10) Изплащането на сумите се извършва безкасово чрез банков превод. Банковите и транзакционни разходи са за сметка на застрахователя или ползващото лице.

(11) При изплащане на застрахователна сума застрахователят има право да удържи всички вземания, които има спрямо застрахователя или ползващото/ите лице/а.

ИЗВЕСТИЯ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Член 17. (1) Всички договаряния, обявявания, молби и известия 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 застрахователя.

(2) Изявленията на застрахователя са валидни, само ако са издадени по надлежния ред и са изпратени на посочения от застрахователя адрес за кореспонденция. В случай че застрахователят промени своя адрес, но не обяви това пред застрахователя, всички изпратени до него съобщения се считат за надлежно връчени.

(3) Ще се счита, че уведомления, 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, застрахования, ползващото лице или на посочения в застрахователната полица адрес, застрахователят е длъжен в срок до една седмица да уведоми застрахователя за настъпилата промяна.

ДАНЪЦИ И ТАКСИ

Член 18. (1) Дължимите данъци и такси във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на застрахователя.

ЖАЛБИ И ОПЛАКВАНИЯ

Член 19. (1) Политиката на ЗК „УНИКА Живот“ АД за управление на жалбите се определя от Политика за управление на жалбите на ЗК „УНИКА Живот“ АД, одобрена от Управителния съвет на дружеството, която е публикувана на интернет страницата на компанията: www.unika.bg.

(2) Жалби се подават в писмена форма на адрес: бул. „Тодор Александров“ № 18, София 1000 или на: feedback@unika.bg, или на: <https://www.unika.bg/kontakti/obratna-vrazka/>.

ДАВНОСТ И ПОДСЪДНОСТ

Член 20. (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, застрахователят не дължи лихви.

(3) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, 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, те се решават по съдебен ред от съответния родово и местно компетентен български съд. Приложимо право към договора е българското право.

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

(5) Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в добавъци към нея.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК „УНИКА Живот“ АД от 28.07.2022 г. и влизат в сила от 01.10.2022 г., изменени на 04.12.2023 г. и влизат в сила от 01.02.2024 г., изменени на 19.05.2025 г. и влизат в сила от 01.01.2026 г.

Подпис: _____

Застрахователна компания "УНИКА Живот" АД