

СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ

ЗА ИНДИВИДУАЛНА И ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА "ЗЛОПОЛУКА"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ЗК "Надежда" АД, наричан по-нататък "Застраховател" сключва по тези Специални условия индивидуални и групови застраховки "Злополука" върху живота, работоспособността и здравето на физическо лице, наричано по-нататък "Застрахован". Застраховката може да се сключи от името и за сметка на български и чуждестранни /пребиваващи на територията на Р България/ физически или юридически лица, наричани по-нататък "Застраховащи".
Застрахователните покрития са валидни за територията на Република България и осигуряват 24-часово покритие през денонощието.

II. СТРАНИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПРАВООТНОШЕНИЕ

1. Съгласно тези Специални условия страни по договора са:
 - 1.1. Застрахователят;
 - 1.2. Застрахованият/Застраховащият;
 - 1.2.1. Застраховани лица;
 - 1.2.1.1. Застраховат се клинично здрави лица. Не могат да бъдат застраховани лица с определен процент трайна загуба на работоспособност към деня на сключване на застраховката, освен ако страните писмено не се споразумеят за сключване на застраховка с утежнен риск изразяващ се в увеличаване на рисковата премия, в ограничаване на валидността по отношение на предхождащи състояния. При същите условия могат да се застраховат и хронично болни лица, провеждащи лечение за заболявания възникнали преди началото на застраховката, както и здравнонеосигурени лица;
 - 1.2.1.2. Лица над 65 год. се застраховат при утежнен риск;
 - 1.2.1.3. За недееспособни лица и лица под 14 год. не се покрива рискът по т. 4.1 и се застраховат при утежнен риск;
2. Застраховката може да се сключи от лицето, чието здраве и телесна цялост се застраховат (застрахован) или от името и за сметка на друго лице (застраховащ).

III. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВКИ

3. По тези Специални условия се сключват следните застраховки:
 - 3.1. ОБЩА ЗЛОПОЛУКА
 - 3.1.1. **Индивидуални застраховки.** Сключват се с лица на възраст от 16 до 65 години. Лица под 16 години се застраховат само от името и за сметка на техните родители, попечители
 - 3.1.2. **Групови застраховки.** Сключват се по средносписъчен състав или с поименен списък
 - 3.1.2.1. Групов договор се сключва с поименен списък задължително когато: не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за застрахованите от групата; застрахователната премия е за сметка на застрахованите лица; групата е до определена численост - от 2 до 9 души
 - 3.1.2.2. Група може да се образува от 10 или повече лица. Лицата формиращи групата, трябва да имат поне една обща характеристика-работно място, обща професионална или друга организация, участие в едно и също мероприятие. При групови застраховки застрахователен договор се сключва с поименен списък или по средносписъчен състав
 - 3.1.2.3. При груповите договори, сключени на база средносписъчен състав, за лицата, които са в отпуск по болест или поради бременност, раждане или осиновяване и отглеждане на дете към началото на договора, отговорността на Застрахователя започва от 00.00 часа на деня, в който са се върнали на работа

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

4. Застрахователят покрива следните рискове, настъпили вследствие възникнали след началото на застрахователния договор злополуки:
Основно покритие:
 - 4.1. Смърт вследствие на злополука;
 - 4.2. Трайна неработоспособност вследствие на злополука;**Допълнително покритие:**
 - 4.3. Временна загуба на работоспособност вследствие злополука;
 - 4.4. Медицински разходи в резултат на злополука или акутно заболяване;
 - 4.5. Разходи за медицинско транспортиране и репатриране, наложено от злополука, акутно заболяване или смърт**Други спомагателни рискове, свързани с изброените по-горе рискове:**

- 4.6. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука;
- 4.7. Спасителни разходи.
5. Застрахователят може да избере комбинация от рискове по основен пакет, включващ рисковете смърт и трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука; или в комбинация с допълнителните рискове.
6. Застрахователят покрива тези рискове, които са изрично посочени в конкретен застрахователен договор.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР - СКЛЮЧВАНЕ, ФОРМА, СРОК, ДЕЙСТВИЕ, ПРЕКРАТЯВАНЕ И ПОДНОВЯВАНЕ. ОТКАЗ ОТ ПЛАЩАНЕ

7. Договорът за застраховка се сключва в писмена форма и съдържа всички реквизити, съгласно чл.345 от КЗ.
8. Застрахователния договор съдържа: Предложение, застрахователна полица, Общите условия, Специалните условия по застраховката, Здравна декларация, Добавъци и други приложения.
9. Сроктът на действие на застрахователния договор е 1 /една/ година, освен ако не е договорено друго.
 - 9.1. За застрахованите присъединени с добавък към групов договор, застраховката може да бъде по-кратка от една година, ако добавъкът влезе в сила след началото на договора, тъй като крайния срок на добавъка не може да бъде по-дълъг от крайния срок на договора;
 - 9.2. Покритието за новопостъпили членове на Застрахования е в сила автоматично, считано от дата на постъпването. Покритието за напуснали членове на Застрахования е в сила автоматично, до дата на напускане.
10. Необходими документи за сключване на договор:
 - 10.1. Предложение за сключване на застраховка;
 - 10.2. Здравна декларация- при индивидуални и групи до 10 лица. При групови застраховки над 10 лица не се изисква попълване на здравен въпросник В зависимост от декларираното в здравния въпросник Застрахователят може да назначи лекарски прегледи и/или изследвания. Неустановени от лекаря страдания, известни на кандидата за застраховане, но неотразени във въпросника на същия, се третират като известни, но необявени обстоятелства;
 - 10.3. списък на подлежащите на застраховане лица-при групови договори;
11. Всички промени в застрахователния договор се извършват въз основа на писмено искане от застрахованото, което се прилага към полицата. Измененията се оформят с издаване на добавък.
12. Застрахователят отказва изплащане на обезщетение на застрахованото лице, когато:
 - 12.1. са изключени от покритие съгласно Общите условия, освен ако не е платена допълнителна застрахователна премия;
 - 12.2. застрахованият е предявил претенцията след изтичането на предвидения срок;
 - 12.3. застрахованият не е представил всички необходими и изискуеми документи, доказващи претенцията му, включително и в допълнително представения му от застрахователя срок;
 - 12.4. в допълнително представения му срок застрахованият не е отстранил нередностите във вече подадените документи;
 - 12.5. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право да извърши анкета, за да се установи дали има укрито заболяване при сключване на застраховката и дали то е в причинно-следствена връзка с настъпилото застрахователно събитие. Ако такава връзка съществува, се отказва изплащането на застрахователно обезщетение;
 - 12.6. Застрахованият/ползващото лице/ са представили неверни и/или преправени доказателства или документи, лъжливи методи и декларации с цел получаване на застрахователно обезщетение;
 - 12.7. Когато в случаите на неточно обявеното или премълчаното обстоятелство, застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже плащането на застрахователното обезщетение или сума, само ако е оказало въздействие за настъпването на събитието.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

13. Застрахователната сума е величина, определяща максималният размер на отговорност на Застрахователя.
 - 13.1. Застрахователната сума се договаря при сключване на застраховката, но не по-малко от 1000лв. и не повече от 10 000лв. за едно застраховано лице независимо от избраната валута.
 - 13.2. При избрана застрахователна сума 5 000лв. и над нея, задължително се попълва здравна декларация.

VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

14. Застрахователната премия се определя от Застрахователя и зависи от застрахователната сума, рисковия клас и покритите рискове.

15. Застрахователната премия се издължава еднократно, при сключване на застраховката или разсрочено на две или четири вноски.
- 15.1 Ако застрахователните суми са договорени във валута, застрахователната премия се определя в същата валута и се заплаща в лева по фиксинга на БНБ в деня на плащане /падежа/ на всяка отделна вноска.
- VIII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ЗАСТРАХОВКАТА**
16. ЗАСТРАХОВАНИЯТ има право:
- 16.1. да увеличи размера на застрахователната сума и добавя рискове;
- 16.2. да прекрати застрахователния договор;
- 16.3. да посочва свободно ползващо лице по полицата, както и да го променя през срока на застраховката.
17. ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен:
- 17.1. да заплати застрахователната премия в сроковете и размера, посочени в застрахователната полица;
- 17.2. да уведоми Застрахователя за всяко изменение, което може да промени обстоятелствата по полицата;
- 17.3. Застрахованият е длъжен да спазва лекарските предписания;
- 17.4. при настъпване на застрахователно събитие Застрахованият или неговите наследници са длъжни да уведомят Застрахователя не по-късно от 7/седем/ дни от датата на събитията в писмена форма;
- 17.5. При предявяване на претенция за застрахователно обезщетение Застрахованият или неговите наследници са длъжни да предоставят на Застрахователя всички документи, които по безспорен начин да обосновават плащането.
18. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ има право:
- 18.2. Извърши проверка на представените в документацията данни, преди вземане на решение за изплащане на обезщетение;
- 18.3. Да изисква своевременно информация от Застрахования за промени в списъчния състав
- 18.4. Да получи в размера и сроковете, посочени в застрахователния договор дължимата по него застрахователна премия
- 18.5. Да изисква, когато са необходими допълнителни документи и доказателства, като застрахованият се уведомява писмено, при спазване на разпоредбите на чл.106, ал.4 или чл.106, ал.3, изр. второ от КЗ.
- 18.5.1. Допълнителните документи се приемат срещу номер и дата от входящата поща или чрез отбелязване на вида на документа, датата на представяне и подпис на представящия документа върху заявлението/папка/ на образуваната преписка. Срокът за преразглеждане на допълнително заведени с входящ номер и/или коригирани документи е 15 дни.
19. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ е длъжен:
- 19.1. Да предоставя на Застрахования точна, компетентна, изчерпателна и вярна информация за условията по застраховката.
- 19.2. Да изплаща застрахователни суми и обезщетения в сроковете посочени в тези Специални условия и в съответствие с Кодекса за застраховане.
- 19.3. Застрахователят няма право да откаже регистрирането на претенция, освен в следните случаи:
- 19.3.1. липсва застрахователен договор сключен с дружеството;
- 19.3.2. пострадалото лице не е застраховано;
- 19.3.3. събитието, послужило като повод за претенцията, е настъпило преди началото или след прекратяване на застрахователния договор на основания, предвидени в него и/или в Кодекса за застраховането;
- 19.3.4. събитието, във връзка с което са причинени претендираните вреди, е настъпило поради риск, непокрит по застрахователния договор и това е видно по категоричен начин от представените към претенцията документи.;
- 19.4. Да изплати или откаже писмено изплащането на застрахователно обезщетение в 15 (петнадесет) дневен срок от представяне на всички изискани от Застрахователя документи и данни, необходими за установяване на вредите по основание и размер
20. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ е задължен:
- 20.1. След подписване на застраховката своевременно да доведе до знанието на Застрахованите, в достатъчно подробна форма съдържанието на Общите и Специални условия покритите рискове, както и да разясни на Застрахованите, правата и задълженията им, произтичащи от настоящата застраховка;
- 20.2. Своевременно да актуализира списъка на Застрахованите, като до 5-то число на месеца, следващ промените, изпраща в писмен вид на Застрахователя измененията в списъците (напуснали и новоназначени).
- 20.3. Да заплаща дължимите премии в посочените в ОУ срокове.
21. ЗАСТРАХОВАЩИЯТ има право:

- 21.1. Да включва/изключва лица в договора, да увеличава застрахователната сума, както и да добавя нови рискове
- 21.2.. В случай, че по действащ застрахователен договор се включват допълнително лица и/или се увеличи застрахователната сума и/или се добавят нови рискове, Застрахованият е длъжен да внесе допълнителна премия.
- IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ**
22. При настъпване на застрахователно събитие, станало след началото на срока на договора, застрахователят изплаща на застрахованото лице, на упълномощен негов представител, на ползващите лица и/или на законните наследници следните суми:
- 22.1. При смърт вследствие на битова и трудова злополука се изплаща застрахователната сума.
- 22.2. При трайна неработоспособност вследствие на злополука се изплаща такъв процент от застрахователната сума, какъвто е процентът на загубената работоспособност, установен от ЗЕК/ТЕЛК/НЕЛК.
- 22.3. При временна загуба на работоспособност вследствие на злополука се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на нетрудоспособността, както следва:
- не повече от 10 дена – 3% от застрахователната сума, но не повече от 200.00лв.;
 - от 11-тия до 20-тия ден- 4% от застрахователната сума, но не повече от 300.00лв.;
 - от 21-вия до 40-тия ден - 6 % от застрахователната сума, но не повече от 400.00лв.;
 - от 41-вия до 90-тия ден - 10 % от застрахователната сума, но не повече от 500.00лв.;
 - над 91-тия ден - 15% от застрахователната сума, но не повече от 600.00лв.
- 22.4. Медицински разходи от злополука или акутно заболяване при 21 или повече дни временна загуба на работоспособност- Застрахователят покрива медицински разходи, само ако е на лице временна или трайна неработоспособност във връзка със същото застрахователно събитие, за което са извършени, в размер на 5% от ЗС, но не повече от 500.00лв
- 22.5. Разходи за медицинско транспортиране и репатриране, наложено от злополука, акутно заболяване или смърт- Застрахователят изплаща действително извършените разходи за евакуация на Застрахования в рамките на договорения лимит и/или съответните разходи за превозването на Застрахования или тленните му (кремирани) останки от мястото на злополуката или акутното заболяване или от болничното заведение, провело лечението до мястото на постоянното му местоживее, до 10% от ЗС, но не повече от 700.00лв
23. При други спомагателни рискове, както следва:
- 23.1 Дневни пари за болничен престой от злополука
- 23.1.1 Застрахователно събитие възниква при болнично лечение, при което застрахованото лице е настанено като хоспитализиран болен в болнично заведение вследствие на злополука
- 23.1.2. Отговорността на застрахователя се определя под формата на фиксирана сума на ден, изплащана за всеки ден стационарен престой в размер на 1 % от застрахователната сума, но не повече от 20 лв. на ден, при най-малко 10 дена еднократен престой и не повече от 45 дена в една застрахователна година.
- 23.1.3. Размерът на дължимото застрахователно обезщетение се определя на база реално пролежани пълни дни в болнично заведение. При определяне на продължителността на болничния престой не се включва деня на изписването.
- 23.1.4. Застрахователната защита обхваща изплащане на обезщетение за необходим от медицинска гледна точка стационарен престой на застрахованото лице поради злополука, като застрахователно покритие включва дневни пари за болничен престой, наложен от болнично лечение вследствие на злополука;
- 23.2. Спасителни разходи -Изплащат се действително направените разходи за издирване и спасяване на Застрахования, включително разходи за репатриране на застрахования до медицинско заведение след спасяването му, в размер до 10% от ЗС, но не повече от 1000.00лв.
- 23.2.1. по риска "спасителни разходи"Застрахователят е отговорен за събития вследствие на злополука, настъпила със Застрахования и наложила неговото спасяване по суша, въздух и вода
- 23.2.2. Застрахователят покрива реално направени разходи по издирване, спасяване, оказване на първична медицинска помощ и транспорт, осъществени от организации, ангажирани в действия за издирване и/или спасяване на Застрахован /БЧК, Гражданска защита, Пожарната, ПСС/

24. При пълна или частична трайна неработоспособност, застрахователното обезщетение се изплаща не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на събитието.
- 24.1. Процентът на трайна неработоспособност се установява след окончателно и пълно стабилизиране на инвалидността.
- 24.2. При смърт и трайна неработоспособност Застрахователят изплаща суми, само ако са настъпили най-късно до една година от деня на злополука и са в причинна връзка с нея.
25. При временна неработоспособност съответното обезщетение се изплаща, ако неработоспособността е диагностицирана за първи път до 1 месец от датата на събитието и се изплащат до два пъти за едно събитие в срока на застраховката.
26. Ако вследствие на застрахователно събитие, покрито по тези условия, застрахованият е получил суми за временна неработоспособност и впоследствие в резултат на същото събитие придобие трайна неработоспособност, се изплаща разликата между дължимата сума за трайна неработоспособност и получената преди това сума за временна неработоспособност.
27. Обезщетението за временна загуба на трудоспособност се изплаща след изтичане срока на болничния лист, реално ползван от застрахования и удостоверяващ срока на нетрудоспособността.
28. Общата сума на всички плащания, не може да надвишава общия размер на застрахователната сума.
29. Не се възстановяват разходи за медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, протеини, хранителни добавки, противозачатъчни средства, специализирани храни, ваксини, помощни средства, консумативи и медикаменти закупени след 15 дни от тяхното изписване.
30. Обезщетението по всички рискове се изплащат в срок от 15 дни след представяне на всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.
31. Застрахованите страни могат да договарят самоучастие, конкретният размер на което се посочва в застрахователната полица в съответствие с чл.374 от КЗ

X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

32. За да предяви претенция за плащане, застрахованият, неговите наследници или ползавощо лице/а, трябва да представи в 7/седем/дневен срок, следните документи:
- 32.1. Уведомление за щета /по образец на Застрахователя/
- 32.2. Застрахователната полица и квитанция за платена вноска /оригинали или заверени копия/;
- 32.3. При групови застраховки-служебна бележка и копие от списъка;
- 32.4. Оригинал на официални финансови и медицински документи, както следва:
- 32.4.1. В случай на смърт- Смъртен акт, Удостоверение за наследници, акт за злополука или друг документ, установяващ настъпването на застрахователно събитие; копие от съобщение за смърт, епикриза от хоспитализация и други медицински документи; протокол за ПТП (представя се само ако смъртта е настъпила при пътно-транспортно произшествие); съдебномедицинска експертиза (представя се задължително, когато смъртта е настъпила извън дома, при ПТП, или при неизяснени обстоятелства); протокол за химически анализ на кръвта (представят се задължително, когато смъртта е настъпила извън дома, при ПТП, или при неизяснени обстоятелства); разпореждане на НОИ и Декларация за призната трудова злополука (представя се само при смърт от трудова злополука).
- 32.4.2. при битова злополука -анкетен лист, трудова злополука -декларация и разпореждане на НОИ
- 32.4.3. при трайно намалена работоспособност-Документ за удостоверяване на трайна неработоспособност, издаден от ТЕЛК/НЕЛК/заверено от РКМЕ (регионална картотека на медицинската експертиза), че не е обжалвано и с печат влязло в сила;; протокол за ПТП (представя се само ако събитието е настъпило при пътно-транспортно произшествие); разпореждане на НОИ и Декларация за призната трудова злополука (представя се само при събитие трудова злополука);
- 32.4.4. при временна загуба на работоспособност -медицински документи, удостоверяващи временната загуба на работоспособност и продължителността на неработоспособност без прекъсване, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка, определена от ЛКК или от болнично заведение (болнични листове); епикризи или амбулаторни листи за извършените прегледи в деня на установяване на неработоспособността;разпореждане на НОИ и Декларация за призната трудова злополука (представя се само при събитие трудова злополука)

- 32.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания: амбулаторен лист с поставена диагноза и отразено назначеното изследване, резултат от проведеното изследване, фактура, издадена на лицето, ползвало услугата и фискален бон
- 32.4.6. При претенция за възстановяване на разходи за лекарства: амбулаторен лист или епикриза с поставена диагноза и изписана терапия, рецептурна бланка с отразена терапия, фактура, издадена на лицето, ползвало услугата и фискален бон
- 32.4.7. При възстановяване на разходи за дневни пари за болничен престой: епикриза, служебна бележка от работодател (за групови застраховки); фактура, издадена на лицето, ползвало услугата и фискален бон
- 32.4.8. При възстановяване на разходи за спасителни разходи вследствие на злополука- Застрахователят заплаща направените разходи съгласно официално действащите ценографи на съответната организация (БЧК, Гражданска защита, Пожарна и т.н.)
- 32.4.9. при възстановяване на разходи за медицинско транспортиране и репатриране на тленни останки от злополука, акутно заболяване или смърт: смъртен акт с лекарска констатация за причината на смъртта, фактура и фискален бон
- 32.5. Други документи, удостоверяващи първоначалното поставяне или уточняване на диагнозата, историята на заболяването и провежданото лечение – лична амбулаторна карта, болнични листи, оперативни протоколи, рентгенови снимки, протоколи на ЛКК, рецептурни книжки, решения на ТЕЛК/НЕЛК и други официални медицински документи;
33. Документите по т.32.4 трябва да отговарят на следните изисквания:
- 33.1. финансовите документи да са в оригинал и да отговарят на българското законодателство
- 33.2. фактурата да е детайлизирана с изведени позиции на всички извършени процедури и тяхната стойност
- 33.3. медицинските документи да отговарят на българското законодателство, да са в оригинал и да съдържат подпис и печат на лекуващия лекар и лечебното заведение. Документите могат да бъдат представени и като заерено с Вярно с оригинала копие
- 33.4. Рецептата трябва да бъде издадена на датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил
- 33.5. Датата на фактурата и фискалния бон не трябва да предхождат датата на прегледа и издаването на рецептата
34. Претенцията и приложените към нея документи /независимо от техния вид/ не подлежат на връщане на Застрахования, дори плащането на претенцията да е изцяло или частично отказана. Връщане на документи е възможно само при изрично писмено искане от страна на застрахования, като в този случай се връщат оригиналите с Приемо-предавателен протокол, а към преписката остават нотариално заверени копия

XI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

35. Настоящите Специални условия за индивидуални и групови застраховки "Злополука" са на основание Общи условия за застраховки "Злополука", приети от Съвета на директорите на ЗК "Надежда" АД на 07.01.2013 г., изменени и допълнени на 28.01. 2016г.
36. В случай на противоречия между Общите и Специалните условия се прилагат Специалните.
37. Отношенията между страните по застрахователния договор се уреждат съгласно действащото българско законодателство. Спорните въпроси се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентните съдилища.
38. Правата на застрахованите за получаване на суми от застрахователя се погасяват с тригодишна давност от датата на застрахователното събитие.

Днесг., долуподписаният/а.....

получих подписан екземплат от Специалните условия към полица

№

и съм съгласен/на с тях.

Предал: ЗК "НАДЕЖДА" АД

/подпис/

Приел:

/подпис/