

## ГРУПОВИ РИСКОВИ ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“

Групови Рискови застраховки „Живот“ от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД Ви осигуряват защита срещу събития в резултат на инцидент или болест, които имат неблагоприятно въздействие върху живота и здравето на Вашите служители и близки, както и на Вас самите.

Предлаганите продукти предоставят финансови средства, необходими за покриване на високите разходи, свързани с претърпяна злополука или заболяване. При евентуално настъпване на застрахователно събитие, ние ще изплатим суми в случай на временна неработоспособност, инвалидност или фатално събитие, както и престой в болница.

Застраховката е предназначена за търговски дружества, дружества с нестопанска цел, държавни структури. Договорът може да бъде сключен за сметка на работодателя или за сметка на застрахованите лица. Можете да сключите застраховка за срок от 1 година или друг договорен срок, да изберете различни нива на защита посредством различни застрахователни суми и покрити рискове, в съответствие със сумата, която сте готови да отделите за застраховката. Начините за плащане на дължимата сума (застрахователна премия) също са гъвкави – еднократно или разсрочено на вноски.

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

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

## ПРЕДОГОВОРНА ИНФОРМАЦИЯ СЪГЛАСНО ИЗИСКВАНИЯТА НА КОДЕКСА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕТО

„ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД е застраховател със седалище в Република България, регистриран на адрес: София 1463, бул. „Витоша“ № 89 Б.

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

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка със застрахователната дейност пред Комисията за финансов надзор и/или други компетентни държавни органи.

На територията на Република България, споровете свързани с предоставянето на застрахователни услуги, могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове /АРС/ пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.

Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД е публикуван на корпоративния сайт на дружеството: [www.dzi.bg](http://www.dzi.bg) в секция „Корпоративна устойчивост“.

При продажба на застрахователните продукти, възнаграждението за разпространителя се изплаща от „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, както следва:

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

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

Преди закупуване на застрахователен продукт от застрахователя или от посредник, действащ по възлагане на застрахователя, ползвателят може да поиска индивидуална оферта, при която да му бъде предоставен съвет по смисъла на чл. 324, ал.1, т.7 от Кодекса на застраховане.

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

## ОБЩИ УСЛОВИЯ НА ГРУПОВИ РИСКОВИ ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“

### I. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

1. По тези Общи условия „ДЗИ - ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД, наричано по-нататък Застраховател, застрахова срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост физически лица със застрахователни покрития съгласно Раздел 1 на Приложение 1 на Кодекса на застраховане.

### II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

2. С групови договори се застраховат здрави лица на възраст от 16 до 64 години. Възрастта на застрахованите се определя в цели години към началото на застраховката. По-малко от шест месеца не се взимат под внимание, а навършени шест или повече месеца се приемат за цяла година.

2.1. Могат да се застраховат при УТЕЖНЕН РИСК или при СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ и лица, боледуващи или преболедували определени болести; или лица с увреждания.

2.1.1. Утежненият риск се изразява в увеличаване на действителната възраст на Застрахования, в зависимост от възрастта и здравословното му състояние, съгласно Ръководство за застрахователно-медицинската работа на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД.

**2.1.2.** Специалните условия се изразяват в ограничаване или изключване на рисковото покритие, съгласно условията на застраховките.

**3.** Не се застраховат лица:

- 3.1.** с трайна неработоспособност над 50 %;
- 3.2.** навършили 65 години
- 3.3.** малолетни или лица, поставени под запрещение с покритие за риск „смърт“.

---

### **III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)**

**4.** Основни покрити рискове

- 4.1.** Смърт от заболяване или злополука;
- 4.2.** Инвалидност от злополука.

**5.** Допълнителни покрити рискове

По желание на Застрахователя и срещу заплащане на допълнителна премия, в застрахователните полици могат да се включат и следните допълнителни рискове:

- 5.1.** Смърт от злополука;
- 5.2.** Инвалидност;
- 5.3.** Временна неработоспособност;
- 5.4.** Временна неработоспособност за времето на болничен престой;
- 5.5.** Разходи за погребение.

**6.** По отношение на застрахователните събития, покритията може да са от:

- 6.1.** злополука;
- 6.2.** общо или професионално заболяване.

**7.** Застрахователят има право да включва и други рискове. Комбинацията от рискове, които конкретната застраховка покрива, се посочват в застрахователната полица.

**8.** Застраховката е валидна за събития, настъпили на територията на Република България и чужбина.

---

### **IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ**

**9.** Застрахователят се освобождава от задълженията си по застрахователния договор в следните случаи:

- 9.1.** Самоубийство или опит за самоубийство, и всякакви други умишлени действия на Застрахования, довели до телесни увреждания или смърт (с изключение на случаите при опит за спасяване на човешки живот);
- 9.2.** Умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер;
- 9.3.** Смъртта е настъпила, вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда;
- 9.4.** Война, военни действия, Граждански размирици или терористични актове;
- 9.5.** Земетресения;
- 9.6.** Радиоактивни аварии;
- 9.7.** Употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинги и други психотропни вещества и породените от тях увреждания на здравето (включително злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания);
- 9.8.** Температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар), доколкото не са наложени от овладяване на последствията от злополука;
- 9.9.** Други събития, настъпили вследствие на умишлено предизвикано от Застрахования сбиване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;
- 9.10.** СПИН;
- 9.11.** Заболявания, определени за пандемии от Световната здравна организация. Независимо от това изключение, при смърт вследствие на общо заболяване Ковид-19, Застрахователят извършва застрахователно плащане при спазване на ограниченията посочени в т. 36.2, глава Задължения на застрахователя, срок за плащане и начин за определяне размера на застрахователното плащане.
- 9.12.** Умишлени действия от страна на лице, имащо право да получи цялото или част от застрахователното плащане;
- 9.13.** Бременност – нормална и патологична, спонтанен и предизвикан аборт, стерилитет, раждане, както и породените от тях усложнения; освен ако е в причинна връзка със злополука;
- 9.14.** Заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката;
  - 9.14.1.** При групови договори за сметка на работодателя, подновени/склучени без прекъсване, отговорността на Застрахователя обхваща и заболявания, възникнали/диагностицирани по време на действието на предходните договори;
- 9.15.** Неспазване на лекарските предписания за лечение; дните болничен отпуск не са ползвани реално;
- 9.16.** Събития, настъпили вследствие на упражняване на опасни спортни занимания или хобита: алпинизъм или скално катерене, лов, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и др.
- 9.17.** Пътувания с въздушен транспорт, когато не са изпълнени изискванията застрахованият да бъде редовен пътник с билет, на борда на лицензирана авиокомпания, извършваща редовни въздушни превози по установени маршрути или пътуване с чартърни въздухоплавателни средства на лицензирани въздушни превозвачи, оперирани от професионален екипаж между установени и поддържани летища.

10. При специално договаряне и платена допълнителна застрахователна премия, Застрахователят може да поеме отговорност за някой от рисковете по раздел IV.

## **V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА**

11. Застраховката се сключва на група лица, за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя, въз основа на попълнено предложение.
- 11.1. При попълване на предложението се прави идентификация на Застраховачия, съгласно „Вътрешните правила на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД за контрол и предотвратяване на изпирането на пари и финансирането на тероризма“.
- 11.2. Когато работодател сключва за своя сметка застраховка на свои работници и/или служители в тяхна полза или в полза на техните наследници, съгласието на работниците и служителите за сключването, изменението и прекратяването на застраховката не се изисква.
12. Застраховките се сключват с поименен списък (по списъчна форма) и саморъчно попълнени и подписани лични декларации за здравословно състояние на кандидатите за застраховане, когато застраховката е:
- а) с различна застрахователна сума за лицата в групата;
  - б) за сметка на застрахованите лица;
  - в) за сметка на работодателя и групата е до определена от Застрахователя численост;
  - г) за сметка на работодателя и не са обхванати всички лица от групата.

Списъкът се заверява от Застраховачия и Застрахователя, и става неразделна част от застрахователната полица.

- 12.1. Личната декларация за здравословно състояние се проверява от доверен лекар на Застрахователя. На база отговорите в личната декларация за здравословно състояние, довереният лекар дава писмена препоръка относно включването на лицето в застрахователния договор:
- а) при нормален риск;
  - б) при утежнен риск;
  - в) при специални условия;
  - г) да се откаже.
- 12.2. Ако Застрахователят откаже да включи лицето в договора, Застраховачият се уведомява писмено за решението.
13. Застрахователят има право да изисква прилагане на списък, попълване на декларации за здравословно състояние, извършване на лекарски преглед и в други случаи.
14. Застрахователният договор се сключва писмено, под формата на застрахователна полица или на друг писмен акт. Неразделна част от договора са настоящите Общи условия, предложението за сключване, както и личните здравни декларации и списъка на застрахованите лица. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, валиден е текстът на застрахователната полица.

## **VI. СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР, ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ, ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД, ПРОМЯНА И ПРЕКРАТЯВАНЕ**

15. Застрахователният договор може да бъде сключен за определен или за неопределен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.
- 15.1. Началото и краят на срока се посочват в застрахователната полица.
16. Период на застрахователното покритие е периодът, в който застрахователят носи риска по застраховката.
- 16.1. Периодът на застрахователно покритие започва от 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица за начало и при условие, че застрахователната премия (или първата разсрочена вноска) е платена в уговорения срок.
- 16.2. За новопостъпващите лица в групата на Застрахованите през времетраене на застраховката, отговорността на Застрахователя започва:
- а) по застраховки без поименен списък на Застрахованите - от 00:00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето на работа;
  - б) по застраховки с поименен списък на Застрахованите - от 00:00 часа на деня, следващ датата, на която е издължена допълнителната премия и списъкът е актуализиран;
  - в) по застраховки за сметка на работодателя с поименен списък на Застрахованите, ако новопостъпилите заема мястото на напуснал Застрахован - от 00:00 часа на деня, следващ датата на постъпване на лицето, при условие, че списъкът е актуализиран.
17. По застраховки за сметка на работодателя по средносписъчен състав, за напусналите групата на застрахованите лица, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24:00 часа на деня на напускането.
18. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия.
- 18.1. Застрахователният период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.
19. Застрахователната полица се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен за край на застраховката.
20. Срочен застрахователен договор може да бъде прекратен без неустойки или разходи от всяка от страните с едномесечно предизвестие, отправено до другата страна. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.
21. В случай че застрахователният договор е сключен за неопределен срок, договорът може да се прекрати без неустойки или разходи от всяка от страните преди края на текущия застрахователен период. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.
22. Действащ застрахователен договор може да бъде прекратен в следните случаи:

- 22.1.** Едностранно от Застрахователя в случай, че застрахователният интерес отпадне - чрез подаване на писмено заявление до Застрахователя. В този случай застрахователната премия се преизчислява и разликата се връща на Застрахователя;
- 22.2.** От Застрахователя - седем календарни дни след като Застрахователят е получил мотивирано писмено предизвестие от Застрахователя, в случаите когато:
- а)** Застрахованият/Застрахователят съзнателно е обявил неточно или е премълчал обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил застраховката. Последният може да я прекрати в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството, като задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора;
  - б)** съзнателно обявеното неточно обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил застраховката, но при други условия, последният може да поиска изменението му в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застрахователят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, действието на застраховката се прекратява, а Застрахователят задържа платените премии;
  - в)** неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение.
- 22.3.** По взаимно съгласие на страните, изразено писмено.
- 23.** Ако при сключване на застраховката е имало обстоятелства, които не са били известни на страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването им да предложи изменение на застраховката. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати застраховката като писмено уведоми за това другата страна. Ако застраховката бъде прекратена, Застрахователят възстановява частта от премията, съответстваща на неизтеклия срок. При настъпване на събитие преди изменението или прекратяването на застраховката, Застрахователят дължи намалена застрахователна сума, пропорционална на платената премия (вноска).
- 24.** Застрахователят има право да променя размера на застрахователната сума, покритите рискове или срока на застраховката. Промяната се извършва с издаване на анекс към полицата на основание на писмено искане на Застрахователя.
- При увеличаване броя на застрахованите лица, включени в застраховката, Застрахователят е длъжен да уведоми за това Застрахователя. В този случай се сключва споразумение за промяна условията на застрахователната полица и се начислява допълнителна премия.

## **VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ**

- 25.** Застрахователната сума се избира от Застрахователя.
- 26.** Размерът на минималната и максимална застрахователна сума се определя от Застрахователя.
- 27.** Застрахователната премия се определя от Застрахователя в зависимост от покритите рискове, срока на застраховката, застрахователната сума, рисковия клас и средната възраст на групата Застраховани. Рисковият клас се определя от Застрахователя в зависимост от упражняваната професия на Застрахованите лица и характера на производството, в което участват.
- 28.** Застрахователната премия се заплаща от Застрахователя в лева еднократно при сключване на застраховката. По преценка на Застрахователя, застрахователната премия може да се разсрочи, като първата вноска се плаща при сключване на застраховката, освен ако е уговорено друго. Текущите вноски при разсрочено плащане се внасят в сроковете, уговорени в застрахователната полица. Застрахователната премия се заплаща по начин, посочен в застрахователната полица.
- 29.** При неплащане на разсрочена вноска, Застрахователят може да прекрати застрахователната полица не по-рано от 15 дни от датата, на която сключилият застраховката е получил писмено предупреждение. Писменото предупреждение ще се смята връчено и когато в застрахователната полица Застрахователят е посочил, че ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на 15-дневния срок от датата на падежа на вноската.
- 30.** В случаите когато застрахователната премия е разсрочена и настъпи застрахователно събитие преди застрахователната премия да е издължена изцяло, Застрахователят има право да:
- а)** удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане при групови застраховки за сметка на лицата;
  - б)** редуцира плащането пропорционално на платената премия.
- 31.** По искане на някоя от страните, в края на застрахователната година застрахователната премия се преизчислява в зависимост от промените в числения състав на групата.
- 32.** Ако през периода на действие на застрахователния договор застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска увеличение или намаление на застрахователната премия или да прекрати договора.
- 33.** Ако застрахователната премия е определена в чужда валута, Застрахователят заплаща левовата ѝ равностойност по фиксинга на БНБ към датата на плащането.

## **VIII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ**

### **ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ**

- 34.** За изплащане на суми при отделните застрахователни случаи трябва да се представят следните документи:
- 34.1.** При всяко събитие: Претенция по образец на Застрахователя, застрахователна полица, Служебна бележка от Застрахователя;
- 34.2.** При смърт на Застрахования препис-извлечение от акта за смърт, съобщение за смърт, документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила смъртта на застрахованото лице; удостоверение за наследници оригинал или копие;
- 34.3.** При инвалидност:
- а)** от злополука – документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатирани травмирани увреждания, проведеното лечение и състоянието на уврежданията непосредствено преди освидетелстване от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЗМК); решение на ЗМК;
  - б)** от заболяване - Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК;

**34.4. При временна неработоспособност:**

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

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

**34.5.** При временна неработоспособност за времето на болничен престой – епикриза от болничното заведение, с която се удостоверява броят на дните на болничното лечение;

**34.6.** Разходи за погребение - оригинални фактури и касови бонове;

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

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

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

**ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, СРОК ЗА ПЛАЩАНЕ И НАЧИН ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ**

**36.** Смърт на Застрахования – на ползващите лица се изплаща застрахователната сума.

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

**36.2.** В случай на смърт на Застрахования вследствие на общо заболяване Ковид-19, отговорността на Застрахователя да извърши застрахователно плащане се ограничава до размера на договорената в полицата застрахователната сума, но не повече от 50 000 (петдесет хиляди) евро или 100 000 (сто хиляди) лева.

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

**37.1.** Процентът инвалидност от злополука се определя от Централната застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК) на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, въз основа на следните нормативни документи, налични на интернет сайта на Застрахователя: [www.dzi.bg](http://www.dzi.bg):

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

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

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

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

**37.5.** Застрахователят не покрива усложнения в здравословното състояние на Застрахования, настъпили след една година от датата на злополуката.

**37.6.** При тежки увреждания пострадалото лице може да се освидетелства преди окончателното приключване на лечението и стабилизиране на уврежданията, но не по-рано от три месеца от датата на злополуката.

**37.6.1.** ЦЗМК определя предварителен процент инвалидност, който следва да отразява предполагаемото обективно състояние на пострадалия към края на едногодишния период от датата на злополуката;

**37.6.2.** Изплаща се авансово 75% от очакваното плащане, съобразно предварителния процент;

**37.6.3.** Пострадалото лице задължително се преосвидетелства, за да се определи окончателният процент инвалидност, въз основа на който се определя дължимата сума и се доплаща разликата;

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

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

**38.** При инвалидност от общо или професионално заболяване – на Застрахования се изплаща процент от посочената в застрахователната полица сума, равен на процента инвалидност.

- 38.1.** Процентът на инвалидност от общо или професионално заболяване се определя от Застрахователя въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК.
- 38.2.** Застрахователят изплаща суми за инвалидност от общо или професионално заболяване само за първо решение на ТЕЛК/НЕЛК в срока на застраховката.
- 39.** Временна неработоспособност от злополука, общо или професионално заболяване – на Застрахования се изплаща процент от посочената в застрахователната полица сума или фиксирана сума, в зависимост от продължителността на временната неработоспособност.
- 39.1.** Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от злополука, ако временната неработоспособност е настъпила за първи път до един месец от датата на злополуката и повторно до три месеца от тази дата;
- 39.2.** Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от общо или професионално заболяване, диагностицирано и регистрирано в рамките на застрахователната година;
- 39.3.** Началото на първичния болничен лист, трябва да бъде в рамките на застрахователната година. Следващите болнични листове трябва да са издадени в продължение на първичния и да са без прекъсване.
- 40.** Временна неработоспособност за времето на болничен престой – на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума или фиксирана сума за всеки ден престой в болница. Покрива се болничен престой (хоспитализация) минимум 24 часа по лекарско направление за извършване на неотложно изследване, наблюдение и лечение. Сумите се изплащат независимо от проведеното лечение (платено или безплатно) и разходите, свързани с него.
- 41.** Разходи за погребение - изплащат се действително направените разходи в рамките на определен лимит до определен процент от застрахователната сума или до фиксирана сума, според условията на застрахователната полица.
- 42.** Застрахователят изплаща дължимите суми не по-късно от 15 работни дни след представянето на всички поискани документи. В същия срок правоимащото лице се уведомява писмено, ако се отказва плащане по предявената от него претенция или ако одобрената за изплащане сума е по-малка от претендираната. В писмото подробно се излагат мотивите за отказа, съответно за редуцираното плащане.
- 43.** Дължимата сума се изплаща с банков превод. Сумите се изплащат в български лева. Ако застрахователната сума е договорена в чуждестранна валута, Застрахователят заплаща левовата ѝ равностойност по фиксинга на БНБ към датата на плащането.
- 44.** При жалба от правоимащото лице Застрахователят е длъжен в 7-дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението.

---

## IX. ЖАЛБИ

- 45.** Политиката на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД за управление на жалбите се определя от „Правила за обработка на жалби от клиенти“, одобрени от Управителния съвет на дружеството.
- 46.** Ползвателите на застрахователни услуги от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД могат да подават жалби на всеки етап от обслужването им:
- във всяко структурно звено „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД (ЦУ, гл. агенция, агенция и/или офис) в писмен вид.
  - на официалния имейл на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД: clients@dzi.bg.
- 47.** При подаването на жалбата се поставя входящ номер, който се предоставя на ползвателя на застрахователни услуги по удобен за него начин. От подателя се изисква да посочи актуален адрес (и/или e-mail) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя.
- 48.** Писмен отговор се изпраща на ползвателя на застрахователни услуги в срок от 1 месец от датата на подаване. В случай на забавяне клиентът се информира надлежно в посочените срокове.
- 49.** При отказ да се уважи жалбата, Застрахователят излага мотивите си за отказ, като посочва възможностите на Жалбоподателя да потърси защита на правата си пред друг орган.
- 50.** Ползвателите на застрахователни услуги имат право да подават жалби до Комисията за финансов надзор, както и до други компетентни институции.

---

## X. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

- 51.** Договорните отношения между Застрахователя, застрахованите лица и Застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите и Търговския закон.
- 52.** Застрахованият е длъжен да предостави писмено на застрахованите лица цялата информация, която е получил от Застрахователя относно сключения договор за застраховка „Живот“, в това число общите условия или застрахователния договор, ако той не е сключен при общи условия. Информацията включва данни за Застрахователя, предмета на застраховката, застрахователната сума, срока на застраховката, третите ползватели се лица и процедурата, която се прилага в случай на застрахователно събитие. Информацията или бъдещи промени в нея се предоставя до 15-о число на месеца, следващ месеца на сключването на застраховка по изречение първо, съответно на промените в нея.
- 53.** Споровете, възникнали във връзка със застрахователното правоотношение се разрешават по доброволен ред, а при непостигане на споразумение - от компетентен български съд.
- 54.** Правата по застрахователната полица се погасяват по давност с изтичане на пет години от настъпване на застрахователното събитие.

---

## XI. ДЕФИНИЦИИ

**ЗАСТРАХОВАТЕЛ** - „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

**НЕ СЕ СЧИТАТ ЗА ЗЛОПОЛУКА** последиците, настъпили в резултат на или вследствие от:

- а) професионални заболявания;
- б) доказани налични заболявания или внезапно настъпили болестни състояния, телесни или психични;
- в) телесно увреждане, причинено от температурни влияния (измръзване, слънчево изгаряне, слънчев или топлинен удар), освен в случаите при овладяване на последиците от злополука;
- г) медицински манипулации (вкл. инжекции, имунизации, ваксинации), интервенции, операции, общи и локални анестезии, химиотерапия, лъчетерапия и други лечебни процедури както и увреждания на здравето вследствие провежданото лечение;
- д) употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимуланти, допинги и други психотропни вещества;
- е) заболявания, които са в причинно–следствена връзка със злополука.

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

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

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

**ИНВАЛИДНОСТ (ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ)** е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

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

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

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

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

**ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ЗА ВРЕМЕТО НА БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ** е частично намалена или напълно загубена способност за определен период от време за извършване на трудова дейност в резултат на злополука, общо или професионално заболяване, налагаща изследвания, наблюдение или лечение при болничен режим.

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

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

Етапната епикриза като документ не е епикриза по това определение.

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

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

**НАСТОЯЩИТЕ ОБЩИ УСЛОВИЯ СА ПРИЕТИ ОТ УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА „ДЗИ“ ЕАД**

ПРИЕТИ НА:	01.08.1994 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.08.1994 г..
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА:	14.12.2015.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.01.2016 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА:	11.04.2016 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	25.04.2016 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА:	01.10.2018 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	01.11.2018 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА:	16.03.2020 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	17.03.2020 г.
ИЗМЕНЕНИ И ДОПЪЛНЕНИ НА:	20.06.2022 г.	ВЛИЗАТ В СИЛА ОТ:	15.07.2022 г.

ДАТА:

..... Г.

**ЗА „ДЗИ ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД:**

.....

(име, презиме и фамилия, подпис, печат)

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Декларирам, че получих тези Общи условия подписани от „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

**ЗАСТРАХОВАН / ЗАСТРАХОВАЩ:**

.....

(име, фамилия, подпис)