

**ДОГОВОР**  
**обособена позиция № 1**

№ 205-72 / 19.12.18 г. (за КФН)

№ 1910100001/ 06.12.2018 год. (за „ЗК Медико-21“ АД)

Днес, 19.12.18 г., в гр. София между:

**КОМИСИЯ ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР (КФН)**, с адрес: гр. София, ул. „Будапеща“ № 16, БУЛСТАТ 131060676, представлявана от Карина Димитрова Караиванова-Ганозова – председател, наричана за краткост Възложител и <sup>\*\*\*1</sup> – директор на дирекция „Финансово-стопански дейности“ от една страна

и

**„ЗК МЕДИКО 21“ АД**, ЕИК: 131039664, със седалище и адрес на управление – гр. София, район Сердика, бул. Мария Луиза № 92, представлявано от Цекомир Воденичаров – представител и Гергана Тенева - прокуррист, наричано за краткост **ИЗПЪЛНИТЕЛ**, от друга страна,

Възложителят и Изпълнителят наричани заедно „Страните“, а всеки от тях поотделно „Страна“

на основание чл. 194, ал. 1 от Закона за обществените поръчки (ЗОП), се сключи настоящия договор за възлагане на обществена поръчка при следните условия:

**ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА**

**Чл. 1.** ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ възлага, а ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ приема да извърши застраховане със застраховки „Злополука“ и „Заболяване“ членовете на КФН и служителите от администрацията на КФН (общо 255 лица). За краткост предметът на настоящата поръчка ще се нарича „застраховка“.

**Чл. 2.** ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ извършва услугата при условията и в съответствие с представената оферта и изискванията на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ. Неразделна част от този договор са общите условия на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ за застраховката, както и подписаната между страните застрахователна полица. При противоречие между общите условия по застраховката или офертата и изискванията на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, съдържащи се в техническата спецификация на документацията към обществената поръчка, вадат последните.

**Чл. 3.** Застраховката се сключва като групова непоименна застраховка „Злополука“ и „Заболяване“ за 255 лица съгласно изискванията на възложителя, посочени в техническата спецификация за обособена позиция № 1 към обществената поръчка, приложение към настоящия договор. Страните подписват застрахователната полица в деня на подписване на настоящия договор.

## ЦЕНА И НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ

**Чл. 4.** (1) ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ заплаща на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ цена в размер на 18207 лв., която включва застрахователна премия за застраховка „Злополука“, данък върху застрахователната премия, застрахователна премия за застраховка „Заболяване и данък върху застрахователната премия.

(2) Плащането се извършва в лева по банковата сметка на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ:

Банка: Заличено обст. на осн. чл. 73 от ДОПК  
BIC:  
IBAN:

(3) Изпълнителят е длъжен да уведомява писмено Възложителя за всички последващи промени на банковата му сметка в срок до 1 (един) ден считано от момента на промяната. В случай че Изпълнителят не уведоми Възложителя в този срок, счита се, че плащанията по посочената в настоящия член банкова сметка са надлежно извършени.

(4) В цента по ал. 1 са включени всички разходи на Изпълнителя за изпълнение на услугите, като Възложителят не дължи заплащане на каквито и да е други разноски, направени от Изпълнителя.

**Чл. 5.** Плащането на цената по чл. 4 се извършва еднократно в срок до 10 (десет) дни от датата на сключване на договора и представянето на полица, проформа сметка или сметка фактура, издадена от ИЗПЪЛНИТЕЛЯ.

## СРОК И МЯСТО НА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА

**Чл. 6.** (1) Договорът се сключва за една година с начало 00.00 часа на 10.01.2019 г. до 24.00 часа на 09.01.2020 г.

(2) Всички полици и придружителни документи се доставят в сградата на Възложителя.

**Чл. 7.** За новоназначените служители, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на датата на назначаване, а за напусналите (освободените) служители, застрахователната отговорност се прекратява от 24.00 часа на датата на освобождаване.

**Чл. 8.** За покритията „смърт“, „трайна загуба на работоспособност“, „временна загуба на работоспособност“, „дневни пари за болничен престой“ и „медицински разходи“ застраховката е валидна 24 часа в денонощието.

## ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

**Чл. 9.** Размерът на индивидуалната застрахователна сума за всеки застрахован член и служител на КФН е:

№	Покрити рискове:	Застрахователна сума за едно застраховано лице	Размер на обезщетението
1.	Смърт вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	50 000 лв.
2.	Смърт вследствие на битова злополука на територията на	30 000 лв.	30 000 лв.

	цял свят		
3.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	% от 50 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката
4.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката
5.	Временна неработоспособност вследствие на злополука (трудова и битова)	5 000 лв.	При временна неработоспособност вследствие на злополука: до 10 дни – 100 лв. от 11 до 30 дни – 200 лв. от 31 до 60 дни – 400 лв. от 61 до 90 дни – 600 лв. от 91 до 120 дни – 1000лв. от 121 до 180 дни – 1500 лв. над 180 дни – 5000 лв.
6.	Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука (трудова, битова)	5 000 лв.	30 лв. на ден, но не повече от 5000 лв.
7.	Медицински разноски във връзка с настъпила злополука (трудова, битова), довела до временна неработоспособност	2 500 лв.	Действителният размер на медицинските разноски (за медикаменти, манипулации, изследвания, хирургично и болнични обслужване), но не повече от 2500 лв.
8.	Разходи за репатриране и погребение, вследствие на злополука	1 500 лв.	Действителният размер на разходите, но не повече от 1500 лв.
<b>№</b>	<b>Покрити рискове:</b>	<b>Застрахователна сума за едно застраховано лице</b>	<b>Размер на обезщетение</b>
1.	Смърт вследствие на заболяване на територията на цял свят	30 000 лв.	30 000 лв.
2.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на

	на заболяване на територията на цял свят		ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на заболяването
3.	Временна неработоспособност вследствие на заболяване	3 000 лв.	При временна неработоспособност вследствие на заболяване: от 10 до 20 дни – 100 лв. от 21 до 30 дни – 200 лв. от 31 до 60 дни – 400 лв. от 61 до 90 дни – 600 лв. от 91 до 120 дни – 1000 лв. от 121 до 180 дни – 1500 лв. над 180 дни – 3000 лв.
4.	Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване	3 000 лв.	30 лв. на ден (след 5-ия), но не повече от 3000 лв.
5.	Медицински разноски във връзка със заболяване довело до временна неработоспособност	2 500 лв.	Действителният размер на медицинските разноски (за медикаменти, манипулации, изследвания, хирургично и болнични обслужване), но не повече от 2500 лв.
6.	Разходи за репатриране и погребение, вследствие на заболяване	1 500 лв.	Действителният размер на разходите, но не повече от 1500 лв.

### ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

**Чл. 10.** Срещу платената застрахователна премия ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ осигурява застрахователно покритие на рискове описани в таблицата по чл. 9 с направеното от него техническо предложение.

### ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 11.** (1) Трайна неработоспособност, вследствие злополука се определя от ТЕЛК/НЕЛК.

(2) Трайна неработоспособност, вследствие заболяване се определя от ТЕЛК/НЕЛК.

(3) Временна неработоспособност се определя на база реално ползвани болнични листове, издадени от лицензирани здравни заведения в съответствие с Наредбата за медицинската експертиза на работоспособността последователно без прекъсване, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първата. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.

**Чл. 12.** (1) Застрахователната сума в случай на смърт се изплаща на законните наследници, а във всички останали случаи застрахователните обезщетения се изплащат на застрахованите.

(2) Дължимото обезщетение се изплаща в срок до 5 (пет) работни дни от постъпването на всички необходими документи при ИЗПЪЛНИТЕЛЯ.

(3) При определяне на обезщетенията самоучастие не се прилага.

### **ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ**

**Чл. 13.** Изброяването на конкретни права и задължения на Страните в този раздел от Договора е неизчерпателно и не засяга действието на други клаузи от Договора или от приложимото право, предвиждащи права и/или задължения на която и да е от Страните.

**Чл. 14.** ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ има право:

1. да получи възнаграждение в размера, сроковете и при условията на настоящия договор;
2. да иска и да получава от ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ необходимото съдействие за изпълнение на задълженията по този Договор, както и всички необходими документи, информация и данни, пряко свързани или необходими за изпълнение на Договора.

**Чл. 15.** ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ се задължава:

1. да предоставя услугите и да изпълнява задълженията си по този договор в уговорените срокове и качествено, в съответствие с договора и Приложенията и изискванията на Възложителя в обявата и приложенията към нея, публикувани в официалната интернет страница на Възложителя, в раздел „Профила на купувача 2018“, раздел № 47;
2. да информира своевременно ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ за всички пречки, възникващи в хода на изпълнението на работа, да предложи начин за отстраняването им, като може да поиска от ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ указания и/или съдействие за отстраняването им;
3. да изпълнява всички законосъобразни указания и изисквания на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ;
4. без съгласието на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, да не предоставя документи и информация на лица относно изпълнението на договора;
5. да не възлага работата или части от нея на подизпълнители, извън посочените в офертата на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ, освен в случаите и при условията, предвидени в ЗОП/ да възложи съответна част от услугите на подизпълнителите, посочени в офертата на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ, и да контролира изпълнението на техните задължения (ако е приложимо);
6. да участва във всички работни срещи, свързани с изпълнението на този Договор;
7. (когато е приложимо) да сключи договор/договори за подизпълнение с посочените в офертата му подизпълнители в срок от 2 (два) дена от сключване на настоящия договор. В срок до 3 дни от сключването на договор за подизпълнение или на допълнително споразумение за замяна на посочен в офертата подизпълнител изпълнителят изпраща копие на договора или на допълнителното споразумение на възложителя заедно с доказателства, че са изпълнени условията по чл. 66, ал. 2 и 11 ЗОП.

**Чл. 16.** (1) Възложителят има право:

1. да изиска и да получи услугата в уговорения срок, количество и качество;

2. да контролира изпълнението на поетите от ИЗПЪЛНИТЕЛЯ задължения, в т.ч. да иска и да получава информация от ИЗПЪЛНИТЕЛЯ през целия Срок на Договора, или да извършва проверки, при необходимост и на мястото на изпълнение на Договора, но без с това да пречи на изпълнението;
3. в случай, че констатира нередности, пропуски или некачествено изпълнение на услугите, предмет на договора, да уведоми незабавно ИЗПЪЛНИТЕЛЯ за предприемане на съответните мерки.

(2) Възложителят се задължава:

1. да заплати уговорената цена в срока по чл. 5 от настоящия договор.
2. да пази поверителна Конфиденциалната информация, в съответствие с клаузите на Договора.
3. да оказва съдействие на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ във връзка с изпълнението на този Договор, включително и за отстраняване на възникнали пречки пред изпълнението на Договора, когато ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ поиска това;
4. да освободи представената от изпълнителя Гаранция за изпълнение, съгласно клаузите на Договора.

## **ОТГОВОРНОСТ И САНКЦИИ**

**Чл. 17.** (1) При просрочване изпълнението на задълженията по този Договор, неизправната Страна дължи на изправната неустойка в размер на 0.5% (нула цяло и пет на сто) от Стойността на договора за всеки ден забава, но не повече от 10 % (десет на сто) от същата.

(2) При констатирано лошо или друго неточно или частично изпълнение на отделно задължение или при отклонение от изискванията на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, посочени в Техническата спецификация, ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ има право да поиска от ИЗПЪЛНИТЕЛЯ да изпълни изцяло и качествено съответното задължение, без да дължи допълнително възнаграждение за това. В случай, че и повторното изпълнение на услугата е некачествено, ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ има право да задържи гаранцията за изпълнение и да прекрати договора.

**Чл. 18.** При неизпълнение на договора от страна на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ довело до развалянето му, ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ дължи неустойка в размер на цялата гаранция за изпълнение и в срок от 3 работни дни от датата на развалянето, връща платената застрахователна премия, пропорционално на неизпълнената част от договора.

**Чл. 19.** (1) ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ има право да удържи всяка дължима по този Договор неустойка чрез задържане на сума от Гаранцията за изпълнение, като уведоми писмено ИЗПЪЛНИТЕЛЯ за това.

(2) Изплащането на неустойки и обезщетения по предходните текстове от настоящия договор не лишава изправната страна по договора от правото да търси обезщетение за вреди и пропуснати ползи над уговорените размери на общо основание.

## **ГАРАНЦИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ**

**Чл. 20.** (1) Изпълнителят гарантира изпълнението на произтичащите от настоящия договор свои задължения с гаранцията за изпълнение в размер на 3 % от цената по чл. 4 и е представена под формата на парична сума, внесена по сметка на възложителя и е със срок на валидност не по-малък от 30 дни след изтичане на срока за изпълнение на договора.

(2) Когато гаранцията се представя във вид на **парична сума**, тя се внася по следната банкова сметка на Възложителя: BG33 BNBG 9661 3300 1415 01, BIC код – BNBGBGSD, БНБ. При усвояване на гаранцията (когато е парична сума) възложителят писмено уведомява изпълнителя за решението си и за размера на усвоената част от гаранцията.

(3) Когато Изпълнителят представя **банкова гаранция**, се представя оригиналът ѝ, като тя е безусловна, неотменяема и непрехвърляема, в полза на Възложителя. Банковата гаранция следва да е със срок на валидност - срокът на изпълнение на поръчката плюс 30 (*тридесет*) дни. Гаранцията за изпълнение (когато е банкова гаранция) се усвоява от възложителя чрез декларация до съответната банка, че изпълнителят е в нарушение на договора, без да е необходимо посочване на конкретни обстоятелства или представяне на доказателства и независимо от направените възражения и защита, възникващи във връзка с основните задължения. Съдържанието на банковата гаранция се съгласува с Възложителя. Всички банкови разходи, свързани с откриване, поддържане и обслужване на гаранцията, включително при нейното възстановяване са за сметка на Изпълнителя.

(4) Когато като гаранция за изпълнение се представя **застраховка**, която обезпечава изпълнението на този договор чрез покритие на отговорността, Изпълнителят предава на Възложителя оригинален екземпляр на застрахователна полица, издадена в полза на Възложителя, в която Възложителят е посочен като трето ползващо се лице (бенефициер). Застраховката следва да е със срок на валидност - срока на действие на договора плюс 30 (*тридесет*) дни. Застраховката следва да покрива отговорността на Изпълнителя при пълно или частично неизпълнение на Договора и не може да бъде използвана за обезпечение на неговата отговорност по друг договор. Текстът на застраховката се съгласува с Възложителя. Разходите по сключването на застрахователния договор и поддържането на валидността на застраховката за изисквания срок, както и по всяко изплащане на застрахователно обезщетение в полза на възложителя, при наличие на основание за това, са за сметка на Изпълнителя.

(5) Възложителят има право да усвои такава част от гаранцията, която покрива отговорността на изпълнителя за неизпълнението, включително размера на начислените неустойки и обезщетения. За всеки случай на задържане на гаранцията за изпълнение, Възложителят уведомява Изпълнителя за задържането и неговото основание.

(6) Гаранцията за изпълнение се освобождава (възстановява) на изпълнителя в рамките на 30 дни след изтичане на срока за изпълнение на договора.

(7) Гаранцията не се освобождава от Възложителя, ако в процеса на изпълнение на договора е възникнал спор между страните относно неизпълнение на задълженията на Изпълнителя и въпросът е отнесен за решаване пред съд. При решаване на спора в полза на Възложителя той може да пристъпи към усвояване на гаранцията.

(8) Възложителят не дължи лихви върху сумите по предоставените гаранции, независимо от формата под която са предоставени.

(9) В случай на задържане от Възложителя на суми от гаранциите, Изпълнителят е длъжен в срок до 7 (*седем*) дни да допълни гаранцията за изпълнение до размера ѝ, уговорен в настоящия договор, като внесе усвоената от Възложителя сума по сметката на Възложителя, или представи документ за изменение на първоначалната банкова гаранция или нова банкова гаранция, съответно застраховка, така че във всеки момент от действието на договора размерът на гаранцията за изпълнение да бъде в съответствие с посочения в ал. 1.

(10) В случай на изменение на договора<sup>1</sup>, извършено в съответствие с този договор и приложимото право, Изпълнителят се задължава да предприеме необходимите действия за привеждане на гаранцията за изпълнение в съответствие с изменените условия на договора, към момента на подписване на допълнителното споразумение за изменение.

(11) Действията за привеждане на гаранцията за изпълнение в съответствие с изменените условия на договора могат да включват, по избор на Изпълнителя:

1. внасяне на допълнителна парична сума по банковата сметка на Възложителя, при спазване на изискванията на ал. 2; и/или;
2. предоставяне на документ за изменение на първоначалната банкова гаранция или нова банкова гаранция, при спазване на изискванията на договора; и/или
3. предоставяне на документ за изменение на първоначалната застраховка или нова застраховка, при спазване на изискванията на договора.

(12) Възложителят има право да задържи гаранцията за изпълнение в пълен размер, в следните случаи:

1. при пълно неизпълнение, в т.ч. когато услугите не отговарят на изискванията на Възложителя, и разваляне на договора от страна на Възложителя на това основание;
2. при прекратяване на дейността на Изпълнителя или при обявяването му в несъстоятелност;
3. при неизпълнение от страна на Изпълнителя продължило повече от 20 дни.

(13) Банковите разходи по откриването и поддържането на Гаранцията за изпълнение във формата на банкова гаранция, както и по усвояването на средства от страна на Възложителя, при наличието на основание за това, са за сметка на Изпълнителя.

## ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА

**Чл. 21.** Този договор се прекратява:

1. с изтичане на срока, посочен в чл. 6;
2. с изпълнението на всички задължения на Страните по него;
3. при настъпване на пълна обективна невъзможност за изпълнение, за което обстоятелство засегнатата Страна е длъжна да уведоми другата Страна в срок до 7 (седем) дни от настъпване на невъзможността и да представи доказателства;
4. при прекратяване на юридическо лице – Страна по Договора без правопримемство, по смисъла на законодателството на държавата, в която съответното лице е установено;
5. при условията по чл. 5, ал. 1, т. 3 от Закона за икономическите и финансовите отношения с дружествата, регистрирани в юрисдикции с преференциален данъчен режим, свързаните с тях лица и техните действителни собственици;

**Чл. 22.** Договорът може да бъде прекратен:

1. по взаимно писмено съгласие на страните;
2. когато за ИЗПЪЛНИТЕЛЯ бъде открито производство по несъстоятелност или ликвидация – по искане на всяка от Страните.

**Чл. 23.** (1) ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ може да развали договора едностранно и без предизвестие:

1. в случай че ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ не изпълнява задълженията си съгласно условията на настоящия договор;

<sup>1</sup> Това е възможност, която е приложима в случаите, предвидени в чл.111, ал.2, изр. последно, и чл.116, ал.1, т.т.1, 2, 3 и 6, и чл.116, ал.4 ЗОП.



2. ако Изпълнителят използва подизпълнител, без да е декларирал това в документите за участие, или използва подизпълнител, който е различен от този, който е посочен, освен в случаите, в които замяната, съответно включването на подизпълнител е извършено със съгласието на Възложителя и в съответствие със ЗОП и настоящия договор.

(2) ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ връща съответна част от платената застрахователна премия, пропорционално на неизпълнената част от договора при разваляне на договора по предходната алинея.

(3) Всяка от Страните може да развали Договора при виновно неизпълнение на съществено задължение на другата страна по Договора, при условията и с последиците съгласно чл. 87 и сл. от Закона за задълженията и договорите, чрез отправяне на писмено предупреждение от изправната Страна до неизправната и определяне на подходящ срок за изпълнение. Разваляне на Договора не се допуска, когато неизпълнената част от задължението е незначителна с оглед на интереса на изправната Страна.

(4) За целите на този Договор, Страните ще считат за виновно неизпълнение на съществено задължение на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ всеки от следните случаи:

1. ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ е прекратил изпълнението на Услугите за повече от 1 (един) ден;
2. ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ е допуснал съществено отклонение от Условията за изпълнение на поръчката, Техническата спецификация и Техническото предложение.

(5) ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ може да развали Договора само с писмено уведомление до ИЗПЪЛНИТЕЛЯ и без да му даде допълнителен срок за изпълнение, ако поради забава на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ то е станало безполезно или ако задължението е трябвало да се изпълни непременно в уговореното време.

**Чл. 24.** (1). ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ прекратява Договора в случаите по чл. 118, ал.1 от ЗОП, без да дължи обезщетение на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ за претърпени от прекратяването на Договора вреди, освен ако прекратяването е на основание чл. 118, ал. 1, т. 1 от ЗОП. В последния случай, размерът на обезщетението се определя в протокол или споразумение, подписано от Страните, а при непостигане на съгласие – по реда на клаузата за разрешаване на спорове по този Договор.

(2) Във всички случаи на прекратяване на Договора, освен при прекратяване на юридическо лице – Страна по Договора без правопримемство:

1. ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ и ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ съставят констативен протокол за извършената към момента на прекратяване работа и размера на евентуално дължимите плащания; и

2. ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ се задължава:

- а) да преустанови предоставянето на Услугите, с изключение на такива дейности, каквито може да бъдат необходими и поискани от ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ;
- б) да предаде на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ всички необходими отчети/протоколи, изготвени от него в изпълнение на Договора до датата на прекратяването; и
- в) да върне на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ всички документи и материали, които са собственост на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ и са били предоставени на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ във връзка с предмета на Договора.

**Чл. 25.** Когато прекратяването на Договора е по вина на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ, той дължи и законната лихва върху частта от авансово предоставените средства, подлежащи на връщане, за периода от датата на прекратяване на Договора до тяхното връщане.

## ПОДИЗПЪЛНИТЕЛИ<sup>2</sup>

### **Чл. 26. Общи условия приложими към Подизпълнителите**

(26.1) За извършване на дейностите по Договора, Изпълнителят има право да ползва само подизпълнителите, посочени от него в офертата, въз основа на която е избран за Изпълнител.

(26.2) Процентното участие на подизпълнителите в цената за изпълнение на Договора не може да бъде различно от посоченото в офертата на Изпълнителя.

(26.3) Изпълнителят може да извършва замяна на посочените подизпълнители за изпълнение на Договора, както и да включва нови подизпълнители в предвидените в ЗОП случаи.

(26.4) Независимо от използването на подизпълнители, отговорността за изпълнение на настоящия Договор е на Изпълнителя.

(26.5) Сключването на договор с подизпълнител, който не е обявен в офертата на Изпълнителя и не е включен по време на изпълнение на Договора по предвидения в ЗОП ред или изпълнението на дейностите по договора от лице, което не е подизпълнител, обявено в офертата на Изпълнителя, се счита за неизпълнение на Договора и е основание за едностранно прекратяване на договора от страна на Възложителя и за усвояване на пълния размер на гаранцията за изпълнение.

### **Чл. 27. Договори с подизпълнители**

(27.1) При сключването на Договорите с подизпълнителите, оферирани в офертата на Изпълнителя, последният е длъжен да създаде условия и гаранции, че:

1. приложимите клаузи на Договора са задължителни за изпълнение от подизпълнителите;
2. действията на Подизпълнителите няма да доведат пряко или косвено до неизпълнение на Договора;
3. при осъществяване на контролните си функции по договора Възложителят ще може безпрепятствено да извършва проверка на дейността и документацията на подизпълнителите.

### **Чл. 28. Разплащане с подизпълнители**

(28.1) Когато частта от поръчката, която се изпълнява от подизпълнител, може да бъде предадена като отделен обект на Изпълнителя или на Възложителя, Възложителят заплаща възнаграждение за тази част директно на подизпълнителя.

(28.2) Разплащанията по алинея (28.1) се осъществяват въз основа на искане, отправено от подизпълнителя до Възложителя чрез Изпълнителя, който е длъжен да го предостави на Възложителя в 15-дневен срок от получаването му.

(28.3) Към искането по алинея (28.2) Изпълнителят предоставя становище, от което да е видно дали оспорва плащанията или част от тях като недължими.

(28.4) Възложителят има право да откаже плащане по алинея (28.2), когато искането за плащане е оспорено, до момента на отстраняване на причината за отказа.

**Чл. 29.** Настоящият Договор може да бъде изменян или допълван от Страните при условията на чл. 116 от ЗОП.

## ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

---

<sup>2</sup>Изискванията и условията, предвидени в този раздел се прилагат в случаите, когато Изпълнителят е предвидил използването на подизпълнители

### Дефинирани понятия и тълкуване

**Чл. 30.** (1) Освен ако са дефинирани изрично по друг начин в този Договор, използваните в него понятия имат значението, дадено им в ЗОП, съответно в легалните дефиниции в Допълнителните разпоредби на ЗОП или, ако няма такива за някои понятия – според значението, което им се придава в основните разпоредби на ЗОП.

(2) При противоречие между различни разпоредби или условия, съдържащи се в Договора и Приложенията, се прилагат следните правила:

1. специалните разпоредби имат предимство пред общите разпоредби;
2. разпоредбите на Приложенията имат предимство пред разпоредбите на Договора, с изключение на Общите условия.

Спазване на приложими норми

**Чл. 31.** При изпълнението на Договора, ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ и неговите подизпълнители е длъжен/са длъжни да спазва/т всички приложими нормативни актове, разпоредби, стандарти и други изисквания, свързани с предмета на Договора, и в частност, всички приложими правила и изисквания, свързани с опазване на околната среда, социалното и трудовото право, приложими колективни споразумения и/или разпоредби на международното екологично, социално и трудово право, съгласно Приложение № 10 към чл. 115 от ЗОП.

### Конфиденциалност

**Чл. 32.** (1) Всяка от Страните по този Договор се задължава да пази в поверителност и да не разкрива или разпространява информация за другата Страна, станала известна при или по повод изпълнението на Договора („Конфиденциална информация“). Конфиденциална информация включва, без да се ограничава до: всякаква финансова, търговска, техническа или друга информация, анализи, съставени материали, изследвания, документи или други материали, свързани с бизнеса, управлението или дейността на другата Страна, от каквото и да е естество или в каквато и да е форма, включително, финансови и оперативни резултати, пазари, настоящи или потенциални клиенти, собственост, методи на работа, персонал, договори, ангажименти, правни въпроси или стратегии, продукти, процеси, свързани с документация, чертежи, спецификации, диаграми, планове, уведомления, данни, образци, модели, мостри, софтуер, софтуерни приложения, компютърни устройства или други материали или записи или друга информация, независимо дали в писмен или устен вид, или съдържаща се на компютърен диск или друго устройство.

(2) С изключение на случаите, посочени в ал. 3 на този член, Конфиденциална информация може да бъде разкривана само след предварително писмено одобрение от другата Страна, като това съгласие не може да бъде отказано безпричинно.

(3) Не се счита за нарушение на задълженията за неразкриване на Конфиденциална информация, когато:

1. информацията е станала или става публично достъпна, без нарушаване на този Договор от която и да е от Страните;
2. информацията се изисква по силата на закон, приложим спрямо която и да е от Страните; или
3. предоставянето на информацията се изисква от регулаторен или друг компетентен орган и съответната Страна е длъжна да изпълни такова изискване;

В случаите по точки 2 или 3 Страната, която следва да предостави информацията, уведомява незабавно другата Страна по Договора.

(4) Задълженията по тази клауза се отнасят до ИЗПЪЛНИТЕЛЯ, всички негови подразделения, контролирани от него, фирми и организации, всички негови служители и

наети от него физически или юридически лица, като ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ отговаря за изпълнението на тези задължения от страна на такива лица.

Задълженията, свързани с неразкриване на Конфиденциалната информация остават в сила и след прекратяване на Договора на каквото и да е основание.

#### Публични изявления

**Чл. 33.** ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ няма право да дава публични изявления и съобщения, да разкрива или разгласява каквато и да е информация, която е получил във връзка с извършване на Услугите, предмет на този Договор, независимо дали е въз основа на данни и материали на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ или на резултати от работата на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ, без предварителното писмено съгласие на ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ, което съгласие няма да бъде безпричинно отказано или забавено.

#### Прехвърляне на права и задължения

**Чл. 34.** Никоя от Страните няма право да прехвърля никое от правата и задълженията, произтичащи от този Договор, без съгласието на другата Страна. Паричните вземания по Договора и по договорите за подизпълнение могат да бъдат прехвърляни или залагани съгласно приложимото право.

#### Изменения

**Чл. 35.** Този Договор може да бъде изменян само с допълнителни споразумения, изготвени в писмена форма и подписани от двете Страни, в съответствие с изискванията и ограниченията на ЗОП.

#### Непреодолима сила

**Чл. 36.** (1) Страните не отговарят за неизпълнение на задължение по този Договор, когато невъзможността за изпълнение се дължи на непреодолима сила.

(2) За целите на този Договор, „непреодолима сила“ има значението на това понятие по смисъла на чл. 306, ал.2 от Търговския закон. Страните се съгласяват, че за непреодолима сила ще се считат и изменения в приложимото право, касаещи дейността на която и да е от тях, и възпрепятстващи изпълнението или водещи до невъзможност за изпълнение на поетите с Договора задължения.

(3) Страната, засегната от непреодолима сила, е длъжна да предприеме всички разумни усилия и мерки, за да намали до минимум понесените вреди и загуби, както и да уведоми писмено другата Страна в срок до 7 (седем) дни от настъпване на непреодолимата сила. Към уведомлението се прилагат всички релевантни и/или нормативно установени доказателства за настъпването и естеството на непреодолимата сила, причинната връзка между това обстоятелство и невъзможността за изпълнение, и очакваното времетраене на неизпълнението.

(4) Докато трае непреодолимата сила, изпълнението на задължението се спира. Засегнатата Страна е длъжна, след съгласуване с насрещната Страна, да продължи да изпълнява тази част от задълженията си, които не са възпрепятствани от непреодолимата сила.

(5) Не може да се позовава на непреодолима сила Страна:

1. която е била в забава или друго неизпълнение преди настъпването на непреодолима сила;

2. която не е информирала другата Страна за настъпването на непреодолима сила; или

3. чиято небрежност или умишлени действия или бездействия са довели до невъзможност за изпълнение на Договора.

(б) Липсата на парични средства не представлява непреодолима сила.

#### Нищожност на отделни клаузи

**Чл. 37.** В случай на противоречие между каквито и да било уговорки между Страните и действащи нормативни актове, приложими към предмета на Договора, такива уговорки се считат за невалидни и се заместват от съответните разпоредби на нормативния акт, без това да влече нищожност на Договора и на останалите уговорки между Страните. Нищожността на някоя клауза от Договора не води до нищожност на друга клауза или на Договора като цяло.

#### Уведомления

**Чл. 38.** (1) Всички уведомления между Страните във връзка с този Договор се извършват в писмена форма и могат да се предават лично или чрез препоръчано писмо, по куриер, по факс, електронна поща.

(2) За целите на този Договор данните и лицата за контакт на Страните са, както следва:

1. За ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ:

Адрес за кореспонденция:

Тел.: \*1

e-mail: \*1

Лице за контакт: \*1

Лицата за контакт са упълномощени от ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ да отговарят за изпълнението на договора, да поддържат пряка и постоянна връзка с ИЗПЪЛНИТЕЛЯ и да подписват необходимите документи по договора.

2. За ИЗПЪЛНИТЕЛЯ:

Адрес за кореспонденция: гр.София 1202,

Тел.: 01 \*1

Факс: 01 \*1

e-mail: \*1

Лице за контакт: \*1

Лицата за контакт са упълномощени от ИЗПЪЛНИТЕЛЯ да отговарят за изпълнението на договора, да поддържат пряка и постоянна връзка с ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ и да подписват необходимите документи по договора.

(3) За дата на уведомлението се счита:

1. датата на предаването – при лично предаване на уведомлението;

2. датата на пощенското клеймо на обратната разписка – при изпращане по пощата;

3. датата на доставка, отбелязана върху куриерската разписка – при изпращане по куриер;

3. датата на приемането – при изпращане по факс;

4. датата на получаване – при изпращане по електронна поща.

(4) Всяка кореспонденция между Страните ще се счита за валидна, ако е изпратена на посочените по-горе адреси (в т.ч. електронни), чрез посочените по-горе средства за комуникация и на посочените лица за контакт. При промяна на посочените адреси, телефони и други данни за контакт, съответната Страна е длъжна да уведоми другата в

писмен вид в срок до 3 (три) дни от настъпване на промяната. При неизпълнение на това задължение всяко уведомление ще се счита за валидно връчено, ако е изпратено на

посочените по-горе адреси, чрез описаните средства за комуникация и на посочените лица за контакт.

(5) При преобразуване без прекратяване, промяна на наименованието, правноорганизационната форма, седалището, адреса на управление, предмета на дейност, срока на съществуване, органите на управление и представителство на ИЗПЪЛНИТЕЛЯ, същият се задължава да уведоми ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ за промяната в срок до 3 (три) дни от вписването в съответния регистър.

#### Приложимо право

**Чл. 39.** За неуредените в този Договор въпроси се прилагат разпоредбите на действащото българско законодателство.

#### Разрешаване на спорове

**Чл. 40.** Всички спорове, породени от този Договор или отнасящи се до него, включително споровете, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в Договора или приспособяването му към нововъзникнали обстоятелства, ще се уреждат между Страните чрез преговори, а при непостигане на съгласие – спорът ще се отнася за решаване от компетентния български съд.

#### Лични данни

**Чл. 41.** (1) Във връзка с изпълнение на настоящия договор Възложителят предоставя на Изпълнителя следните лични данни на застрахованите лица: Имена, ЕГН, адрес и здравен статус.

(2) Целите, за които Изпълнителят ще обработва предоставените лични данни: за изпълнение на настоящия договор - извършване на застраховане със застраховка „Злополука“ членовете и служителите на Възложителя.

(3) Страните се задължават да обработват получените в изпълнение на настоящия договор лични данни добросъвестно и законосъобразно, в съответствие с уговореното и със законовите изисквания относно защитата на личните данни.

(4) Изпълнителят е длъжен да ограничи достъпа до личните данни на застрахованите лица единствено и само до тези лица, които има нужда да знаят и/или да имат достъп до съответните лични данни, доколкото е строго необходимо за целите на договора, като гарантира, че всички такива лица са обвързани от договорно, професионално или законово задължение за конфиденциалност.

(5) Изпълнителят се задължава да съхранява предоставените му от Възложителя лични данни за срок, който е не по-дълъг от необходимия за изпълнението на целите и съгласно изискванията на правото на ЕС и българското законодателство.

(6) Страните прилагат подходящи технически и организационни мерки, така че обработването на лични данни да е сигурно и в съответствие с изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Регламента).

(7) Страните се задължават да предават помежду си лични данни и информационни носители, съдържащи лични данни по начин, който гарантира тяхната неприкосновеност и недостъпност за трети лица.

(8) Изпълнителят е длъжен да уведоми писмено Възложителя за всяко нарушение на сигурността на личните данни на застрахованите лица незабавно, но не по-късно от 36 часа, след установяване на нарушението.

(9) В случай че Изпълнителят ползва подизпълнител, той има право да включи в обработването и съответния подизпълнител, след като писмено уведоми за това Възложителя и му предостави гаранции, че подизпълнителят е поел задължение да изпълнява всички задължения, които произтичат от настоящия договор и действащото законодателство за защита на личните данни, които ще обработва.

Неразделна част от настоящия договор са:

1. Застрахователна полица;
2. Общи условия на застраховката, предмет на договора;
3. Техническото предложение на изпълнителя;
4. Ценовото предложение на изпълнителя;
5. Техническа спецификация за обособена позиция № 1

Настоящият Договор се подписва в два еднообразни екземпляра – по един за всяка от страните.

**ВЪЗЛОЖИТЕЛ:**

\*1

**ПРЕДСЕДАТЕЛ  
КАРИНА КАРАИВАНОВА**

\*1

**ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ „ФСД“**

\*1



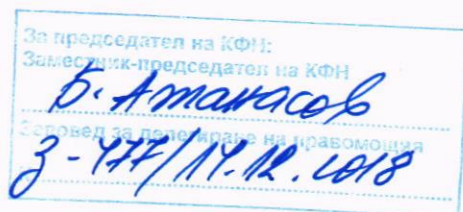
**ИЗПЪЛНИТЕЛ:**

\*1

**ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР  
ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ**

\*1

**ПРОКУРИСТ  
ГЕРГАНА ТЕНЕВА**



Информацията, обозначена с "\*"1" е заличена на осн. чл. 42, ал. 5 от ЗОП във вр. с чл. 2 от ЗЗЛД.



**ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПОЛИЦА**  
**КЪМ ДОГОВОР № 1910100001/ 06.12.2018 год. (за „ЗК МЕДИКО-21“)**  
**КЪМ ДОГОВОР № ..... ДОГ-72/19.12.18 г. .... (за КФН)**

**ЗА ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА“ НА ЧЛЕНОВЕТЕ НА КФН И СЛУЖИТЕЛИТЕ ОТ АДМИНИСТРАЦИЯТА НА КФН**

„ЗК МЕДИКО-21“ издава настоящата полица на основание избор на изпълнител по обществена поръчка с предмет: „Предоставяне на услуги по застраховане за нуждите на Комисията за финансов надзор (КФН)“ по обособена позиция № 1 - **Застраховане на членовете на Комисията за финансов надзор (КФН) и служителите от администрацията на комисията със застраховки “Злополука” и „Заболяване“.**

<b>ЗАСТРАХОВАЩ:</b>	КОМИСИЯ ЗА ФИНАНСОВ НАДЗОР (КФН)	БУЛСТАТ	131060676
<b>ПРЕДСТАВЛЯВАЩ:</b>	КАРИНА ДИМИТРОВА КАРАИВАНОВА-ГАНОЗОВА - Председател и *1 – Директор на дирекция „Финансово-стопански дейности“		
<b>АДРЕС:</b>	София 1000, ул. “Будапеща” № 16	Телефон	
<b>ЗАСТРАХОВАН:</b>	Членовете и служителите от администрацията на КФН – без списък	Брой лица	255
<b>СРОК:</b>	1 година	Начало:	0.00 ч. на 10.01.2019 год.
		Край:	24.00 ч. на 09.01.2020 год.

<b>ИНДИВИДУАЛНА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА:</b>	50 000 лв	петдесет хиляди лева
	Цифром	словом

№	Покрити рискове:	Застрахователна сума за едно застраховано лице	Размер на обезщетението
1.	Смърт вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	50 000 лв.
2.	Смърт вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	30 000 лв.
3.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	% от 50 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката
4.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката



Начин на плащане:

С банков превод в IBAN Заличено обст. на осн. чл. 73 от ДОПК BIC: I	АД	Еднократно, в срок до 10 дни от датата на сключване на договора и представена проформа сметка или сметка фактура.
---	----	---

Общи положения: Съгласно договора

Съгласен съм предоставените лични данни по смисъла на чл.2 от Закона за защита на личните данни да бъдат обработвани във връзка със сключването и администрирането на застраховката и да бъдат предоставяни на лечебни заведения и други договорни партньори на дружеството.

Настоящата полица, Общите условия за застраховка „Злополука“, Общите условия за застраховка „Заболяване“ са неразделна част от Договор №1910100001/ 06.12.2018 год. за групова застраховка „Злополука“ на членовете на КФН и служителите от администрацията на комисията.

ДАТА НА ИЗДАВАНЕ: 06.12.2018 год.

МЯСТО НА ИЗДАВАНЕ: София, ул. Мария Луиза 92

ЗАСТРАХОВАН: ✓

\*1

Карина Караиванова  
Председател

\*1

Директор на дирекция „Финансово-стопански дейности“

ЗАСТРАХОВАТЕЛ: \*1

Проф.дмн Цекомир Воденичаров,дмн  
Изпълнителен директор

Гергана Тенева \*1  
Прокурист





## ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ “ЗЛОПОЛУКА”

### I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. По тези Общи условия Застрахователна компания „Медико-21“ АД, наричана по-нататък “Застраховател”, сключва застраховки “ЗЛОПОЛУКА” с едно или повече лица, наричани по-нататък “Застрахован”.
2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък “Застраховащ”.
3. Застрахованият и Застраховащият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховащият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
4. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст от 0 до такава, че при изтичане на застраховката да не надвишават 66 години. Лица на възраст над 65 години могат да се застраховат при специални условия.
5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50 и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
6. По застраховки “Злополука” Застрахователят сключва индивидуални, семейни и групови договори.
  - 6.1. С индивидуални договори се застраховат лица на възраст от 0 до 65 години;
  - 6.2. Със семейни договори се застраховат съпрузи на възраст от 16 до 65 години и/или техните деца от 0 до 26 навършени години, които не са женени (омъжени);
  - 6.3. С групови договори се застраховат лица на възраст от 0 до 65 години. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 2 и повече лица.
  - 6.4. Възрастта на Застрахованите се определя в цели години към началото на договора. По-малко от 6 месеца не се взимат под внимание, а навършени 6 или повече месеца се приемат за цяла година.
7. Застрахователното покритие за рисковете смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България. За битова злополука застраховката е валидна 24 часа в денонощието, а за трудова - съгласно обхвата по чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.
8. Ползващо лице в случай на смърт са законните наследници, ако изрично не е посочено друго такова в договора.

### II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове вследствие на злополука (включително трудова злополука и професионално заболяване):
  - 1.1. **Основен риск** – Смърт.
  - 1.2. **Допълнителни рискове**, включващи което и да е или комбинация от:



ВЕРНО С ОПРИМНАЛНИ

- 1.2.1. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука.
- 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на злополука;
- 1.2.3. Медицински разходи вследствие на злополука;
- 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука;
- 1.2.5. Суми за оперативно лечение;
- 1.2.6. Разходи за медицинско транспортиране.
- 1.2.7. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.
2. Застрахователят има право да включи и други рискове, съгласно притежаваното разрешение за извършване на застрахователна дейност в съответствие с Приложение № 1, Раздел II, т. 1 и т.2 от Кодекс за застраховането.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

### III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Застрахователят изключва от покритие и се освобождава от задълженията си по договора по основните и допълнителни рискове в следните случаи:
  - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
  - 1.2. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация; епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерството на здравеопазването и/или друг държавен орган.
  - 1.3. Преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот, умислени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му; пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели; слънчев, топлинен удар или измръзване, предизвикани от преднамерено излагане или небрежност.
  - 1.4. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
  - 1.5. Самоубийство или опит извършването му, предизвикал увреждане на здравето му; опит за или извършване на престъпление от общ характер.
  - 1.6. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества или зависимост от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ за възстановяване на разходи.
  - 1.7. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател; непрофесионално практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго; участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
  - 1.8. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, прекъсване на бременност по желание, поставяне и махане на вътрематочни спирали, включително хормоносъдържащи такива, с изключение на случаите, когато



ВЯРНО С ОРИГ \*1

411

- Застрахователят изрично ги е приел при сключване на договора или в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.
- 1.9. СПИН/НIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
  - 1.10. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия разрешителен документ; участие на Застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания; управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.
  - 1.11. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
  - 1.12. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства; осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
  - 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
  - 1.14. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
  - 1.15. Злополуки и последиците, свързани с тях, настъпили преди началото или след края на застраховката, както и свързаните с тях разходи.
  2. Не се възстановяват разходи и изплащат суми по допълнителните рискове, освен ако не е договорено друго в застрахователния договор, в следните случаи:
    - 2.1. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупребленните дискове и отлепване на ретината.
    - 2.3. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапи.
    - 2.4. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведения; болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.
    - 2.5. Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрита по тези Общи условия.
    - 2.6. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.
    - 2.7. Козметични и пластични корекции или други козметични услуги, включително лазерна корекция на зрението.
    - 2.8. Профилактични прегледи, прегледи без наличие на конкретни оплаквания или настъпила злополука, имунизации и ваксинации, извършване на тестове за СПИН и сифилис, освен ако са част от договорено покритие.
    - 2.9. Акупунктура, ирисдиагностика, балнеолечение, кинезитерапия и масажи, спа-процедури, лечение с нетрадиционни методи и средства и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от дипломиран лекар или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения.
    - 2.10. Прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, за сключване на граждански брак, прием за осигуряване или застраховане, за прием в детски градини, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, избор на екип/лекар.
    - 2.11. Прегледи и изследвания във връзка със съдебномедицинска експертиза на лицето.



- 2.12. Трансплантация на органи и тъкани.
- 2.13. Настаняване в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на покритие на специален пакет.
- 2.14. Разходи за услуги, които не са в пряка връзка с вписаната в медицинската документация диагноза.
- 2.15. Консумативи, използвани за лапароскопски и артроскопски операции и изкуствени стави.
- 2.16. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.
3. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми. Административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения; такси за получаване на копия(записи) от извършени изследвания CD (DVD), както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго.
4. Недействителна е застраховката с покритие за смърт на малолетно лице или на лице, поставено под пълно запрещение.
5. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.
6. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.
7. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

#### IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

##### 1. Смърт вследствие на злополука(включително трудова злополука и професионално заболяване)

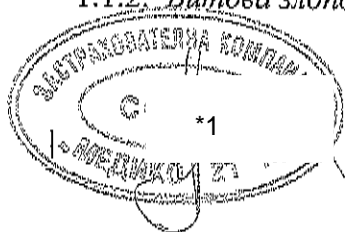
###### 1.1. По смисъла на тези условия:

- 1.1.1. За *злополука* се считат всички действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания.

За *злополука* се приемат изкълчвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от налягане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.

*Трудова злополука* е всяко внезапно увреждане на здравето, в резултат на застрахователна злополука, станала през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена работоспособност или смърт и е призната за трудова с разпореждане на ТП на НОИ съгласно чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.

- 1.1.2. *Битова злополука* е всяка друга злополука.



1.1.3. *Професионално заболяване* е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

1.1.4. Не са злополука болести от каквото и да е естество, включително:

Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация; психиатрични и еуфорични състояния; депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане. Изключение правят случаите на диагностицирано за първи път след началото на застраховката професионално заболяване, както и случаите, когато вследствие на покритата застрахователна злополука се породят болестни страдания и в резултат на същите настъпи смърт или загуба на работоспособност.

1.2. Застрахователни плащания:

1.2.1. При *Смърт вследствие на злополука* се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила до една година от датата на злополуката и е в причинна връзка с със същата.

1.2.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за трайно намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между договорената застрахователна сума и изплатените суми.

1.2.3. Общата сумата от застрахователните плащания за Смърт, Трайно намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да надвишава застрахователната сума.

1.2.4. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен с ползващото лице.

2. **Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука**

2.1. По смисъла на тези условия:

*Трайно намалена или загубена работоспособност* е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Застрахователни плащания:

2.2.1. При трайна загуба на работоспособност се изплаща такъв процент от определения в съответните Специални условия и тарифи размер на застрахователната сума, какъвто е процентът на загубената работоспособност.

2.2.2. Процентът на загубената работоспособност се определя, съгласно Решение на ТЕЛК (НЕЛК) или от Застрахователно-експертна комисия към Застрахователя съгласно Вътрешните правила за дейността на Застрахователя по уреждане на претенции по застрахователни договори.

2.2.3. Освидетелстването се извършва само след приключване на лечението и окончателното и пълно стабилизиране на уврежданията, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката.

2.2.4. При загуба на очи и ампутация на крайници освидетелстването може по искане на Застрахования да се извърши и преди изтичане на тримесечния срок.

2.2.5. При по-значителни по тежест увреждания, Застрахователно-експертната комисия може да определи етапно освидетелстване на Застрахования и да изплати авансово до 50% от предполагаемата дължима сума за окончателния процент трайна загуба на



ВАРНО С ОРН \*1

V

работоспособност. В тези случаи се извършва задължително окончателно преосвидетелстване на Застрахования.

- 2.2.6. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни, като това е било обявено в здравната декларация и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.
- 2.2.7. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна загуба на работоспособност се изплаща разликата между сумата за трайна работоспособност и изплатеното обезщетение за временна работоспособност.
- 2.2.8. Застрахователното обезщетение за трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.

### 3. Временна неработоспособност вследствие на злополука

#### 3.1. По смисъла на тези условия:

*Временна неработоспособност* е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на злополука за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпуск по болест.

#### 3.2. Застрахователни плащания:

- 3.2.1. При Временна неработоспособност вследствие на злополука на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност, определена в застрахователния договор.
- 3.2.2. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука се изплаща само в случаите, когато уврежданията, довели до временна неработоспособност, са се проявили и са диагностицирани за първи път до един месец от датата на злополуката и за втори път - до три месеца от датата на събитието.
- 3.2.3. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани и ако първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователния договор, а останалите - да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване.
- 3.2.4. При определяне размера на дължимото обезщетение при временна загуба на работоспособност ЗЕК (Застрахователно Експертната Комисия) към Застрахователя се ръководи от обичайната медицинска практика за продължителност на лечението и срока на възстановяване в зависимост от получените травми и увреждания.

### 4. Медицински разходи вследствие на злополука

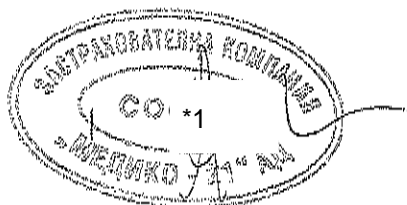
- 4.1. По смисъла на тези условия *Медицински разходи* са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите.

Медицински разходи са:

- а) *Разходи за медикаменти;*
- б) *Разходи за прегледи и изследвания;*

*Разходи за медикаменти* са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие злополука, покрито по тези условия.

Лекарствени средства са всички официално признати такива, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение.



*Разходи за прегледи и изследвания* са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпила злополука, покрити по тези условия. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

4.2. **Застрахователни плащания:**

4.2.1. **Разходи за медикаменти**

Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в застрахователния договор.

4.2.2. **Разходи за прегледи и изследвания:**

Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от злополука в размер над самоучастието, ако такова е договорено в застрахователния договор.

4.3. **Не се покриват разходите, направени за:**

4.3.1. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

4.3.2. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

4.3.3. Консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, помощни средства, като шини, ортези, колани, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

4.3.4. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са връзка с настъпилта злополука;

4.3.5. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

4.3.6. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;

4.3.7. Направени разходи, които надхвърлят присмливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

5. **Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука**

5.1. **По смисъла на тези условия**

*Дневни пари за болничен престой* е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

*Болничен престой* е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от злополука по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

5.2. **Застрахователни плащания:**

5.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в застрахователния договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования.

5.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

5.3. **Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:**





- 5.3.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);
- 5.3.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;
- 5.3.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

## **6. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука**

### **6.1. По смисъла на тези условия**

*Суми за оперативно лечение* са сумите за претърпяно оперативно лечение, наложено вследствие на злополука и/или заболяване в срока на застраховката, възникнали и диагностицирани след началото на застраховката. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

### **6.2. Застрахователни плащания:**

6.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

6.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативното лечение.

6.2.3. Суми за оперативно лечение се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.

6.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

6.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

6.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

### **6.3. Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:**

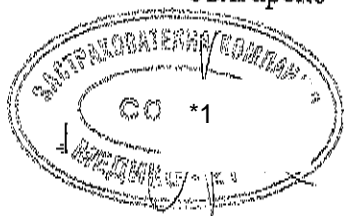
6.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия;

6.3.2. Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване.

6.3.3. Избор на екип.

### **6.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение:**

6.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен



лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

- 6.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;
- 6.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.

## 7. Медицинско транспортиране

- 7.1. Обезщетение за медицинско транспортиране са разходите за транспортиране на застраховано лице от едно болнично заведение до друго. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в застрахователния договор процент от застрахователната сума.
- 7.2. Обезщетения за медицинско транспортиране не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила злополука, която не е покрита по условията на застраховката.
- 7.3. Не се покриват разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни суми за направената услуга.

## 8. Разходи за транспортиране(репатриране) при смърт и погребение

- 8.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на тленните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в застрахователния договор процент от застрахователната сума.
- 8.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за: тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.
- 8.3. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.
- 8.4. Не се покриват разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни суми за направената услуга.

## V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

- 1. Застрахователят, преди сключване на застраховката, е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.
- 2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.
- 3. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.



ВАРНО СО

\*1

57

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.
5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.
  - 5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение, застрахователна сума и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.
  - 5.2. 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. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск.
6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:
  - 6.1. 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.
  - 6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.
  - 6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.
  - 6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.
7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.
8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложението и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договърът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.
9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната



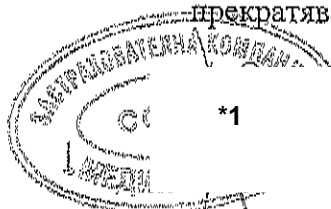
ВАРНО С ОРИ

\*1

- тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.
10. При сключване и по време на действие на договора Застрахователят/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:
    - 10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.
    - 10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.
    - 10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахователя/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.
  11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от три дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
  12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахователя/Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
  13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
  14. Страните по застрахователния договор могат да договорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане на част от обезщетението от същия в определени в съответната тарифа или конкретен договор случаи и размери.
  15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

## VI. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е от 1 до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало и изтича в 24.00 часа на деня, означен за неин край, но след като премията или уговорената част от нея е изплатена от Застрахователя най-късно до началото на застраховката или е посочен срок за плащането ѝ. Ако плащането се извършва по банков път, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващо постъпването на сумата по сметка на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
  - 4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
  - 4.2. За лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.



ВЕРНО С СЪ

\*1

У

- 4.3. Доплащането или изравняването на премиите става по договореност между страните на застрахователния договор.
5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
6. При групови договори за сметка на Застраховачия, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня на връщането им на работа, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования.
8. Ако договорът е сключен при неверни сведения за възрастта и/или здравословното състояние на Застрахования както и при неточно и незичерпателно обявяване на съществени обстоятелства от значение за риска, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос, Застрахователят има право:
- 8.1. Да прекрати договора и откаже изплащане на суми по него, ако **съзнателно** обявените неточно или премълчани обстоятелства от такъв характер, че Застрахователят не би сключил договора. Застрахователят има право в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството да прекрати договора. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията (тя не подлежи на връщане) и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
- 8.2. Да предложи промяна в договора, ако **съзнателно** обявените неточно или премълчани обстоятелства позволяват сключване на договора, но при други условия в едномесечен срок от узнаването им. Ако Застраховачият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаване на предложението, договорът се прекратява, а Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
- 8.3. Когато в случаите по т. 8.1. и 8.2. настъпи застрахователно събитие, застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството по т. 8.1. и 8.2. е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не отказва плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
- 8.4. Ако при сключването на застрахователния договор съществено обстоятелство, което е от значение за риска, не е било известно на страните (**несъзнателно неточно обявяване**), всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. Ако договорът бъде прекратен, застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.
- 8.5. В случаите по т.8.4., при настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяването на договора застрахователят не отказва плащане на застрахователно обезщетение или сума, но може да ги намали съобразно



ВАРНА Е ЗВЧ

\*1

- съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.
9. По време на действието на застрахователния договор застрахованият е длъжен да обявява пред застрахователя всички **новонастъпили обстоятелства**, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.
  10. При неизпълнение на задължението по т.9, се прилагат съответно т.8.1.-8.3. при съзнателно необявяване и т.8.4. и 8.5. при несъзнателно необявяване.
  11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по - късно от три дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма. Застрахователят има право да откаже плащането, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си в посочения в изр. първо срок с цел да попречи на застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.
  12. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес и да съобщи на застрахователя новия си адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на застрахователя съобщенията, изпратени от него на адреса на застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.

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

1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или евро, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
  - 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
  - 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
  - 2.3. Премията са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
  - 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
  - 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
  - 2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
  - 2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при



\*1

**ВЪРНО С ОРЪЖИЕ**

\*1

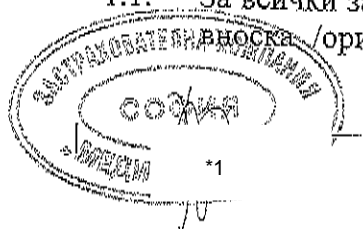
- групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
3. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
  4. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
  5. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на Застрахователя.
  6. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако е платена годишната премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.
  7. При предсрочно прекратяване на групова застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако е платена годишната премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.
  8. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 367, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.

## VIII ПРОМЕНИ В ДОГОВОРА. ПРЕКРАТЯВАНЕ

1. В началото на всяка застрахователна година, Застрахователят има право на промени в договора.
2. Промените се извършват въз основа на писмено искане на Застрахователя с подписване на анекс към договора за застраховка.
3. Когато Застраховател и Застрахован са различни лица, право на промени има Застрахователят.
4. Застрахователят има право да приеме или отхвърли искането за промяна.
5. Договорът се прекратява:
  - а) с изтичане срока, за който е сключен;
  - б) при навършване на 66 години, ако друго не е уговорено в договора;
  - в) с писмено съгласие на страните;
  - г) с едностранно едномесечно предизвестие;
  - д) със смъртта на Застрахования;
  - е) при условията и реда на Раздел VI, т.8-т.10.
  - ж) при условията и реда на Раздел VII, т.2.5. и т.2.6.

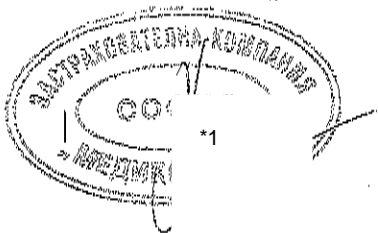
## IX. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият трябва да представи на Застрахователя следните документи:
  - 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена



БНБ С САНДИ

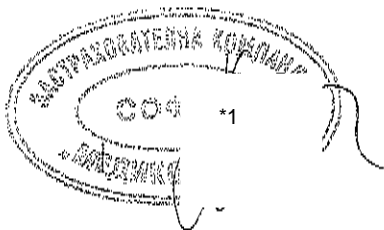
- средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахователя към момента на застрахователното събитие;
2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:
    - 2.1. *При Смърт на Застрахования вследствие на злополука:*
      - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;
      - 2.1.2. Съобщение за смърт;
      - 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
      - 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на трун;
      - 2.1.5. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
      - 2.1.6. Други документи, удостоверяващи смъртта, ако има издадени такива.
      - 2.1.7. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
      - 2.1.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
        - 2.1.8.1. Справка за реално отработени дни;
        - 2.1.8.2. Копие на болнични листове;
        - 2.1.8.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
        - 2.1.8.4. Лична амбулаторна карта;
        - 2.1.8.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.
      - 2.1.9. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
    - 2.2. *При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука или професионално заболяване:*
      - 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със злополуката или заболяванията, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
        - 2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
        - 2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
        - 2.2.1.3. Епикризи;
        - 2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
      - 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от края на срока на застраховката.
      - 2.2.3. *При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:*
        - 2.2.3.1. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено с гриф „Няма основание за обжалване”.
        - 2.2.3.2. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването.
      - 2.2.4. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
      - 2.2.5. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за настойничество.
    - 2.3. *При Временна загуба на работоспособност вследствие на злополука или заболяване:*



БЯРНО С ОРИГИНАЛ

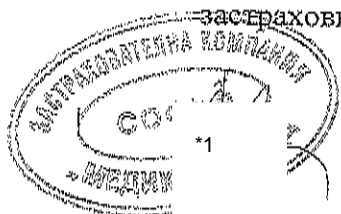


- 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.“ – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуската по болест.
- 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
- 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
- 2.3.5. В случай на временна загуба на работоспособност от професионално заболяване се представя и Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването.
- 2.3.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
- 2.3.7. При изплащане на обезщетение за Временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е не пълнолетно се представя акта за раждане или документ за настояничество.
- 2.4. *При Медицински разходи вследствие на злополука или заболяване:*
  - 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
  - 2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
  - 2.4.3. Копие на епикризата;
  - 2.4.4. Копие на болнични листове;
  - 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
    - 2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.6. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
    - 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/ и копие от резултатите.
  - 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
    - 2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
    - 2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.6. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
  - 2.4.7. При разходи за транспортиране се представят разходни документи съгласно т. 2.3. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В частта “Наименование на стоките и услугите” се записват трите имена на застрахованото лице;
  - 2.4.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. *При Болничен престой и оперативно лечение:*
  - 2.5.1. Копие на епикриза;
  - 2.5.2. Копия на болнични листове;
  - 2.5.3. Лична амбулаторна карта;
  - 2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.



ВАРНО С ОРН. *[Signature]*

- 2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;
- 2.6. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
- 2.6.1. Оригинална фактура с фискален бон;
- 2.6.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;
- 2.6.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга“ или „Лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.
- 2.7. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
- 2.7.1. Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение №8, чл.11, ал.1) и други.
- 2.7.2. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.
- 2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.
- 2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;
- 2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.
- 2.12. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, като сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната стойност на разходите, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки. Такава пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при Застрахователя.
- 2.13. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.
- 2.14. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен



БЯРНО С ОРИГИНАЛ

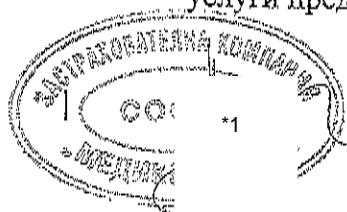
- престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.
- 2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.
  - 2.16. Застрахованият е длъжен при настъпване на застрахователно събитие да уведоми застрахователя писмено в 3 дневен срок от настъпване на събитието.

#### **Х. ДАНЫЦИ И ТАКСИ**

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.
2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (в сила от 01.01.2011 г., обн. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г.) – ЗДЗП.

#### **ХІ. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Договорните отношения между Застраховация/Застрахования и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия и съответните тарифи на Застрахователна компания „Медико – 21” АД.
2. Когато Застраховацият и Застрахованият са различни лица, Застраховацият е длъжен да разясни на Застрахования правата и задълженията му по договора за застраховка «Злополука», реда за получаване на застрахователно обезщетение и заплащането му от Застрахователя, както и да ги запознае с настоящите Общи условия.
3. Застрахователят има право през времетраене на договора за застраховка «Злополука» да извършва проверка, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на Застрахования.
4. Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнение клаузите на настоящите Общи условия се осъществяват в писмена форма.
5. Промените в настоящите Общи условия са валидни за договори за застраховка «Злополука», сключени след датата на промяната. Изменението или замяната на настоящите Общи условия с нови по време на действието на застрахователния договор има сила за застрахования само ако измененията или новите общи условия са му били дадени и застрахованият писмено ги е потвърдил. При несъответствие между Застрахователният Договор и Общите условия има сила уговореното в договора.
6. Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени суми и несвоевременно получени суми.
7. При унищожаване или изгубване на застрахователен договор застрахованите лица са длъжни да уведомят Застрахователя в 7 дневен срок за издаване на дубликат.
8. Възникнали спорове между Застрахования/Застраховация и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.
9. Правата на Застрахованите за получаване на суми от Застрахователя се погасяват с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.
10. Настоящите Общи условия се предоставят като преддоговорна информация по чл. 348, ал. 3 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.



ВАЖНО С СЪМЪН:

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:**

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователния договор и плаща определената застрахователна премия.
2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.
3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.
4. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.
5. **ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО** са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, които не са женени/омъжени, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст.
6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване при което Застрахователят изплаща застрахователна сума или обезщетение;
7. **ЗЛОПОЛУКА** са действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изкълчвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от напругане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.
8. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.
9. **ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.
10. **ТЕЛК** е Териториална Експертна Лекарска Комисия; **НЕЛК** - Национална Експертна Лекарска Комисия. **КСО** е Кодекс за социалното осигуряване.
11. **ПРЕДХОДНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** са всички здравословни усложнения, които Застрахования е имал преди или при сключване на договора за застраховка.
12. **ПРЕДШЕСТВАЩА ЗЛОПОЛУКА** е каквато и да е предишна злополука, която би довела до нетрудоспособност и/или би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностицирана преди първия ден на застраховката.
13. **ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** са тези заболявания с прогресивен ход и чести обострения, включени в Списъка на хроничните болести на Министерство на здравеопазването(МЗ) и Световната здравна организация(СЗО) и диагностицирани преди сключването на застрахователния договор.
14. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА** е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.



ВЕРНО Е СЪПЪТНО

15. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ** (вноска) е сумата, която Застрахователят/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.
16. **СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА** е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полица).
17. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА** е периодът от деня, посочен за начало в договора за застраховка, до деня, в който изтичат 12 /дванадесет/ месеца през същата или през следващата календарна година.
18. **ПАДЕЖ** е датата за плащане на застрахователната премия.
19. **ГРУПА** е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.
20. **ПРЕДЛОЖЕНИЕ** е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.
21. **САМОУЧАСТИЕ** е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението.
22. **НЕДОПУСТИМО ВИСОК ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК** е налице, когато съществуваща вероятност за настъпване на покрит риск, на който едновременно са изложени голям брой застраховани лица и вследствие на чието проявление са причинени значителни неимуществени вреди.

*Настоящите Общи условия са приети на заседание на Съвета на директорите на "Застрахователна компания Медико – 21" АД, и влизат в сила от 01.08.2013 год.*

**Запознат съм с Общите условия и ги приемам.**

**Дата:**

**Застраховател:**



ВАРНО С СРП

✓



## ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ “ЗАБОЛЯВАНЕ”

- I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**
1. По тези Общи условия Застрахователна компания „Медико – 21“ АД, наричана по-нататък “Застраховател”, сключва застраховки “ЗАБОЛЯВАНЕ” с едно или повече лица, наричани по-нататък “Застрахован”.
  2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък “Застраховач”.
  3. Застрахованият и Застраховачият могат да бъдат едно и също или различни лица. Застраховачият и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
  4. Обект на застраховката са дееспособни български и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховат се лица, на възраст от 0 до такава, че при изтичане на застраховката да не надвишават 66 години. Лица на възраст над 65 години могат да се застраховат при специални условия.
  5. Не подлежат на застраховане лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50 и над 50%, психично болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо висок застрахователен риск.
  6. Допускат се за застраховане и лица боледуващи или преболедували от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или от застрахователното покритие се изключват рисковете, свързани с тези заболявания.
  7. По застраховки “Заболяване” Застрахователят сключва индивидуални, семейни и групови договори.
    - 7.1. С индивидуални договори се застраховат лица на възраст от 0 до 65 години;
    - 7.2. Със семейни договори се застраховат съпрузи на възраст от 16 до 65 години и/или техните деца от 0 до 26 навършени години, които не са женени (омъжени);
    - 7.3. С групови договори се застраховат лица на възраст от 0 до 65 години. Група по смисъла на тези Общи условия е общност от 2 и повече лица.
    - 7.4. Възрастта на Застрахованите се определя в цели години към началото на договора. По-малко от 6 месеца не се взимат под внимание, а навършени 6 или повече месеца се приемат за цяла година.
  8. Застрахователното покритие за рисковете смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България.
  9. Ползващо лице в случай на смърт са законните наследници, ако изрично не е посочено друго такова в договора.

## II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

1. Застрахователят покрива следните рискове, настъпили вследствие заболяване:
  - 1.1. **Основен риск: Смърт вследствие на заболяване;**



**ВАЖНО С ОРИГ**

- 1.2. **Допълнителни рискове**, включващи което и да е или комбинация от:
  - 1.2.1. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване;
  - 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване;
  - 1.2.3. Медицински разходи вследствие заболяване;
  - 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване
  - 1.2.5. Суми за оперативно лечение;
  - 1.2.6. Особено тежко заболяване;
  - 1.2.7. Разходи за медицинско транспортиране
  - 1.2.8. Разходи за транспортиране (репатриране) и за погребение.
2. Застрахователят има право да включи и други рискове, съгласно притежаваното разрешение за извършване на застрахователна дейност в съответствие с Приложение № 1, Раздел II, т. 1 и т.2 от Кодекс за застраховането.
3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.

### III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

1. Застрахователят изключва от покритие и се освобождава от задълженията си по договора по основните и допълнителни рискове в следните случаи:
  - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.
  - 1.2. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация; епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерството на здравеопазването и/или друг държавен орган.
  - 1.3. Преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот, умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му; пътувания в политически нестабилни райони, престой в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели; слънчев, топлинен удар или измръзване, предизвикани от преднамерено излагане или небрежност.
  - 1.4. Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.
  - 1.5. Самоубийство или опит извършването му, предизвикал увреждане на здравето му; опит за или извършване на престъпление от общ характер.
  - 1.6. Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества или зависимост от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ за възстановяване на разходи.
  - 1.7. Участие в каквото и да било спорт като професионален състезател; непрофесионално практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго; участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.
  - 1.8. Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това /медицинско или оперативно лечение,



ВЪРНО С ОРЪДИ

- прекъсване на бременност по желание, поставяне и махане на вътрематочни спирали, включително хормоносъдържащи такива, с изключение на случаите, когато Застрахователят изрично ги е приел при сключване на договора или в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.
- 1.9. СПИН/НIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.
  - 1.10. Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия разрешителен документ; участие на Застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания; управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътна мрежа.
  - 1.11. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
  - 1.12. Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства; осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.
  - 1.13. Вродени аномалии и последиците от тях.
  - 1.14. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
  - 1.15. Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.
  - 1.16. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и суфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.
  - 1.17. Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, настъпила извън срока на застрахователния договор, довела до заболяване.
  - 1.18. Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии.
  2. Не се възстановяват разходи и изплащат суми по допълнителните рискове, освен ако не е договорено друго в застрахователния договор, в следните случаи:
    - 2.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него.
    - 2.1. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината.
    - 2.3. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапи.
    - 2.4. Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведени; болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.
  - 2.5. Стомагологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрити по тези Общи условия.



\*1  
 ВЪРНО С ОРИГИНАЛ!



- 2.6. Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.
- 2.7. Програми и лечение за наднормено тегло, обстипация, тютюнопушене, косопад, сънна апнея, изследвания и лечение на импотентност, поставяне и коригиране на противозачатъчни средства, стерилитет и in vitro, смяна на пола, лечение на менопауза.
- 2.8. Лечение на следните дерматологични заболявания – гъбички на ноктите (онихомикоза), витилиго, себорея, акне, лечение и отстраняване на доброкачествени кожни образувания – липоми и други мастни образувания; невуси, брадавици.
- 2.9. Козметични и пластични корекции или други козметични услуги, включително лазерна корекция на зрението.
- 2.10. Профилактични прегледи, прегледи без наличие на конкретни оплаквания или настъпила злополука, имунизации и ваксинации, извършване на тестове за СПИН и сифилис, освен ако са част от договорено покритие.
- 2.11. Акупунктура, ирисдиагностика, балнеолечение, кинезитерапия и масажи, спа-процедури, лечение с нетрадиционни методи и средства и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от дипломиран лекар или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения.
- 2.12. Прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, за сключване на граждански брак, прием за осигуряване или застраховане, за прием в детски градини, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, избор на екип/лекар.
- 2.13. Прегледи и изследвания във връзка със съдебномедицинска експертиза на лицето.
- 2.14. Трансплантация на органи и тъкани.
- 2.15. Настаняване в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на покритие на специален пакет.
- 2.16. Разходи за услуги, които не са в пряка връзка с вписаната в медицинската документация диагноза.
- 2.17. Консумативи, използвани за лапароскопски и артроскопски операции и изкуствени стави.
- 2.18. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.
3. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми. Административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения; такси за получаване на копия(записи) от извършени изследвания CD (DVD), както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго.
4. Недействителна е застраховката с покритие за смърт на малолетно лице или на лице, поставено под пълно запрещение.
5. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.
6. При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случая, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.



БЯРНО С ОРНИДАЛА

7. Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

#### IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Застрахователят покрива изброените по-долу рискове вследствие на заболяване, диагностицирано и/или проявено след началото на застраховката, ако не е договорено друго в застрахователния договор.

##### 1. Смърт вследствие на заболяване

###### 1.1. По смисъла на тези условия:

*Заболяване* е съвкупността от клинични прояви, представляващи болестни състояния, които са диагностицирани в лицензирано здравно заведение съгласно ЗЛЗ(Закон за лечебните заведения) и ЗЗ(Закон за здравето) и регистрирани в официален медицински документ въз основа на анамнеза, клиничен преглед и резултати от лабораторни или параклинични изследвания. "Болест" е нарушение на нормалното взаимодействие на Застрахования с външната среда, при което възникват структурно-функционални или функционални промени в организма на му.

###### 1.2. Застрахователни плащания:

1.2.1. При Смърт вследствие на заболяване се изплаща договорената застрахователна сума, ако смъртта е настъпила в срока на застраховката.

1.2.1.1. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застрахованият е получил суми за настъпила трайно намалена или загубена работоспособност и/или временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой, се изплаща разликата между сумата за смърт и изплатеното обезщетение за трайна, временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой.

1.2.2. Застрахователната сума при смърт може да бъде изплатена еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен с ползващото лице.

##### 2. Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване

###### 2.1. По смисъла на тези условия:

Трайно намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.

2.2. Рискът Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване може да се сключва заедно с Основния риск Смърт вследствие на заболяване само в групови договори и при специално договаряне.

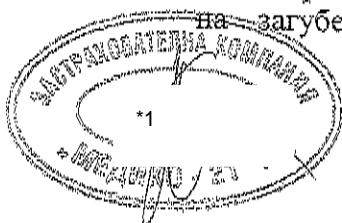
2.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователят може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайно намалена или загубена работоспособност.

###### 2.4. Застрахователни плащания:

2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване се извършва в случаите, когато заболяването е регистрирано за първи път в срока на застраховката и срокът на инвалидизация е минимум 3(три) години.

2.4.2. Когато застрахованото лице бъде освидетелствано за първи път в срока на застраховката.

2.4.3. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на



ВАРНО С ОРИГ

\*1

11

ТЕЛК/НЕЛК, като се изплаща обезщетение само за първото през срока на застраховката решение.

- 2.4.4. Ако през срока на застраховката са увредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни, като това е било обявено в здравната декларация и Застрахователят е приел за застраховане увреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.
- 2.4.5. Ако трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което е настъпила временна неработоспособност се изплаща разликата между сумата за трайна неработоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност и/или дневни пари за болничен престой и/или дневни пари с последващо домашно лечение.
- 2.4.6. Застрахователното обезщетение за трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.
- 2.5. Специфични изключения:  
Не се покрива *Трайно намалена или загубена работоспособност*, в случаите когато:
- 2.5.1. Определеният процент на трайно намалена или загубена работоспособност е в резултат на преосвидетелстване на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.4.
- 2.5.2. Когато са в резултат на заболяване, регистрирано за първи път преди началото на срока на договора.
- 2.5.3. Когато датата на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК при заболяване е извън срока на застрахователния договор.

### 3. **Временна неработоспособност вследствие на заболяване**

#### 3.1. По смисъла на тези условия:

*Временна неработоспособност* е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на заболяване за определен период от време, през който застрахованият реално ползва отпусък по болест.

#### 3.2. Застрахователни плащания:

3.2.1. При *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност съгласно конкретния договор.

3.2.2. Обезщетение за *Временна неработоспособност вследствие на заболяване* се изплаща един път в срока на договора/застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява.

3.2.3. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани.

3.2.3.1. Обезщетение се изплаща в случай, че първичният болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователния договор. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да се без прекъсване.

#### 3.3. Специфични изключения:

Не се изплаща обезщетение за *Временна неработоспособност* в случаите на:

3.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

3.3.2. Интвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор;

**Медицински разходи вследствие на заболяване**



**ВАЖНО С ОРИГИНАЛ**

4.1. По смисъла на тези условия:

Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност с продължителност и в размер, определени в конкретния договор или е налице трайно намалена или загубена работоспособност, покрита по условията на застраховката на застрахования във връзка със същото събитие, за което са извършени разходите.

Медицински разходи са:

а) *Разходи за медикаменти;*

б) *Разходи за прегледи и изследвания;*

*Разходи за медикаменти* са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката застрахователно събитие заболяване.

Лекарствени средства са всички официално признати такива, които имат разрешение за употреба в Р.България и се използват за лечение на заболяване.

*Разходи за прегледи и изследвания* са разходите за хонорари за лекарски прегледи; стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпило заболяване. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ на съответното лечебно заведение.

4.2. Застрахователни плащания:

4.2.1. Разходи за медикаменти

Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастието, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.

4.2.2. Разходи за прегледи и изследвания:

а) Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване в размер над самоучастието, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.

4.3. Специфични изключения

Не се покриват разходите за заболявания, дължащи се на изброените в Раздел III общи изключения, както и разходите при следните специфични изключения, направени за:

4.3.1. Медикаменти, които нямат директно лечебно действие, както и такива с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, дезинфекционни средства за устата и гърлото, предписани слабителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингиращи средства; разходи за контрацептиви;

4.3.2. Медикаменти, закупени след 15 дни от тяхното изписване, освен ако не е договорено друго;

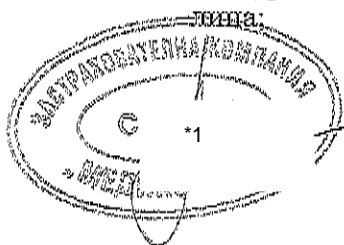
4.3.3. Консумативи, хранителни добавки, медицинска козметика, помощни средства, като шини, ортези, колани, както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;

4.3.4. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са връзка с настъпило заболяване;

4.3.5. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за стъкла и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;

4.3.6. Частта от разходите, която е покрита от задължителна или доброволна здравна осигуровка и/или застраховка, или е поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или

лица;



4.3.7. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.

## 5. Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване

5.1. По смисъла на тези условия:

*Дневни пари за болничен престой* е фиксираната в застрахователната полица сума или процент от застрахователната сума, която Застрахователят изплаща на Застрахования за всеки ден болничен престой.

*Болничен престой* е срока на хоспитализация за болнично лечение на уврежданията на здравето, причинени от заболяване по смисъла на настоящите Общи условия.

Отговорността на Застрахователя е само за болничен престой, направен на територията на Република България.

5.2. Застрахователни плащания:

5.2.1. Изплаща се обезщетение за всеки ден болничен престой в размер и за продължителност, определени в съответната тарифа или конкретен договор, като за първите дни от престоя, Застрахователят може да определи самоучастие на Застрахования. При достигане на максимален брой дни, определен в съответната тарифа или конкретен договор, се плаща болничен престой и за дните на самоучастие на Застрахования.

5.2.2. При определяне на продължителността на болничния престой в реално пролежаните пълни дни не се включва деня на изписването.

5.3. Специфични изключения:

5.3.1. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.;

5.3.2. Разходи за платени потребителски такси в болнични заведения.

5.3.3. Не се изплащат дневни пари при хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него, освен ако не е договорено друго в Специалните условия или конкретния договор;

5.3.4. Не се изплащат суми при ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината, освен ако не е договорено друго в конкретния договор.

5.4. Условия за изплащане на дневни пари за болничен престой:

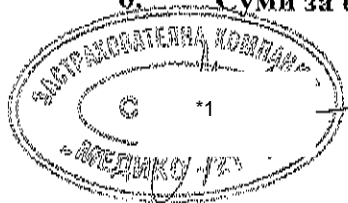
5.4.1. Болничният престой е бил в болница за активно лечение или здравно заведение регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

5.4.2. Болничният престой е по лекарско направление за извършване на неотложно наблюдение, лечение или изследване;

5.4.3. Болничният престой е започнал и е продължил през срока на застраховката. Суми за тази част от болничния престой, която е продължила след изтичане на срока на застраховката не се дължат. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнал болничния престой.

5.4.4. Не се изплащат дневни пари за болничен престой в болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

## 6. Суми за оперативно лечение вследствие на заболяване



ВЕРНО С ОРИГИНАЛ

6.1. По смисъла на тези условия:

Суми за оперативно лечение са сумите за претърпяно оперативно лечение, наложено вследствие на заболяване, възникнало след началото на застраховката и във връзка с проявено и диагностицирано заболяване през срока на застраховката. Оперативното лечение трябва да е извършено от правоспособен медицински персонал в лечебни заведения, които са регистрирани и притежават лиценз за извършване на съответната дейност, в съответствие с изискванията на приетите медицински стандарти.

6.2. Застрахователно плащане

6.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования обезщетение в процент от застрахователната сума, определен съгласно Таблица за оперативно лечение на Застрахователя.

6.2.2. Суми за оперативно лечение се изплащат при наличие на доказана необходимост от медицинска гледна точка за провеждане на оперативно лечение на последиците от заболяване, настъпило през срока на застраховката.

6.2.3. Суми за оперативно лечение при заболяване се изплащат един път в срока на договора/застрахователната година.

6.2.4. Суми за оперативно лечение на един и същ орган или система в резултат на едно и също събитие, се изплаща един път в рамките на срока на договора/застрахователната година.

6.2.5. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез същия разрез, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на застрахователя.

6.2.6. Ако при провеждане на оперативно лечение възникне необходимост от опериране и на други органи чрез други разрези, се изплащат суми само за този орган, за който е определен най-висок процент от Таблица за оперативно лечение на Застрахователя и допълнително по 25% от определения процент за останалите оперативни интервенции.

6.3. Специфични изключения:

Застрахователят не изплаща разходи за оперативно лечение в случаите на:

6.3.1. Пластична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия;

6.3.2. Консумативи, контрастни вещества, протези или оборудване.

6.3.3. Избор на екип.

6.4. Условия за изплащане на суми за оперативно лечение

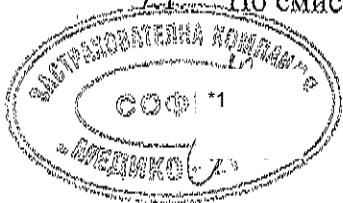
6.4.1. Оперативното лечение е осъществено в Република България в болница за активно лечение или здравно заведение, регистрирано и с разрешение съгласно действащото българско законодателство да приема болни на стационар и извършва цялостен лечебен процес – прегледи, изследвания, диагностициране и лечение (вкл. оперативно);

6.4.2. Оперативното лечение е по лекарско направление за извършване на неотложно лечение;

6.4.3. Не се изплащат суми за оперативно лечение, продължило след изтичане на срока на застраховката. Това условие не се прилага, когато застраховката е подновена без прекъсване за следващ период от време и лицето е било застраховано по условията на изтеклия и на подновения застрахователен договор. В този случай се прилагат условията и лимитите на застрахователния договор, през срока на който е започнало болничното лечение.

7. Диагностициране на особено тежко заболяване

7.1. По смисъла на тези условия особено тежки заболявания са:



ВЕРНО С ОРИГИНАЛ

#### 7.1.1. Миокарден инфаркт (сърдечен удар)

Миокарден инфаркт е състояние на остра коронарна непроходимост, водеща до смърт на част от сърдечния мускул.

Миокардният инфаркт се доказва от наличието на следните диагностични критерии:

- а) анамнестични данни за продължителна типична гръдна болка;
- б) електрокардиографски данни за нови промени на ST-сегмента, последвани от поява на Q-зъбци и инверсия на T-вълната;
- в) лабораторни данни за най-малко двукратно увеличаване на серумните ензими над референтните стойности в резултат на сърдечна клетъчна смърт с типична констелация и динамика.

Основание за обезщетение има само в случаите на дефинитивна некроза на част от миокарда. Изрично се изключват от покритие нестабилните и хронични исхемични промени, които не са довели до остра миокардна некроза.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 21 и I 24.

#### 7.1.2. Мозъчен удар (инсулт)

Мозъчен удар е остър мозъчно-съдов инцидент причинил неврологични последици, продължаващи над 24 часа и имащи постоянен характер.

Тук се включват: инфаркт на мозъчната тъкан; кръвоизлив на вътрешно черепен кръвоносен съд; мозъчна емболия от извънчерепен източник.

Доказва се наличието на постоянен неврологичен дефицит (увреждане на сетивните и двигателни функции).

Основание за обезщетение има само при напълно развита клинична картина на мозъчен удар. Изрично се изключват преходните разстройства на мозъчното кръвообращение с кратковременна и лека общомозъчна и огнищна симптоматика.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: I 60 – I 69, с изключение на преходна мозъчна исхемия.

#### 7.1.3. Злокачествени новообразувания (рак) след началото на покритието

Злокачествено новообразование, чийто растеж не подлежи на медицинско лечение.

Тук се включват: малигнените тумори; левкемията (рак на кръвта); болестта на Ходжкин (рак на лимфната тъкан).

Доказва се хистологично. Изрично се изключват всички видове рак на кожата с изключение на злокачествените меланоми, както и всички туморни образувания, които хистологично се описват като преканцерози или показват ранна злокачествена промяна (carcinoma in situ и първи стадий на болестта на Ходжкин).

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са като следва: по МКБ 10: C 00-C 96, с изключение на МКБ 10: C 43 и C 44 /кожен рак/ и МКБ 10: D 00-D 09.

#### 7.1.4. Бъбречна недостатъчност в краен стадий

Това е стадий на бъбречна недостатъчност, характеризиращ се с необратимо функционално увреждане на двата бъбрека, в резултат на което е необходима постоянна хемодиализа или ренална трансплантация.

Основание за обезщетение има само след започване на хронична хемодиализа или фактическо извършване на ренална трансплантация. Изрично се изключват случаите на остра хемодиализа с възможност за последващо пълно или частично възстановяване на бъбречната функция или отстраняване на единия бъбрек.

Номенклатурните кодове на медицинските диагнози, обект на покритие, са както следва: по МКБ 10: N 17 и N 18.



БЪРНО С ОРИГИНАЛ:

## 7.2. Застрахователно плащане

а) При диагностициране през срока на застраховката на едно от включените в покритието особено тежки заболявания, на застрахования се изплаща 50 % от застрахователната сума или конкретна сума, посочена в договора, след изтичане на изчаквателен период от датата на поставяне на диагнозата.

Изчаквателните периоди за тежките заболявания, покрити по тези общи условия, са както следва:

- за миокарден инфаркт - един месец от острия инцидент;
- за мозъчен удар - шест месеца;
- рак – един месец от хистологичния резултат;
- бъбречна недостатъчност в краен стадий - един месец от включването на хроничен диализа.

б) Застрахователното покритие влиза в сила след изтичането на отлагателен период от три месеца от деня, в който е платена застрахователната премия за индивидуални застраховки и един месец за групови. Отлагателният период не се прилага при подновяване на действието на застраховката, ако подновяването е направено без прекъсване на предходния договор.

Отлагателният период за състояния, обусловени от предшестващи заболявания, за които не е направен отказ за сключване на застраховка поради висок медицински риск, е девет месеца.

в) Застрахователят извършва плащания само веднъж през срока на застраховката. Отговорността на застрахователя се прекратява по този риск.

г) В случай на смърт, която е в причинна връзка с някое от покритите по този риск тежки заболявания, настъпила след изтичане на отлагателния период, но в срока на застраховката, застрахователното обезщетение се изплаща на законните наследници.

## 7.3. Специфични изключения:

Застрахователят не изплаща застрахователно обезщетение при особено тежки заболявания в случаи на:

7.3.1. Заболяване диагностицирано в отлагателния период.

7.3.2. Смърт, настъпила през отлагателния период или смърт, настъпила по други причини, които нямат връзка с покритите по т.8.1 тежки заболявания.

## 8. Медицинско транспортиране

8.1. Обезщетение за медицинско транспортиране са разходите за транспортиране на застраховано лице от едно болнично заведение до друго. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в застрахователния договор процент от застрахователната сума.

8.2. Обезщетения за медицинско транспортиране не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила злополука, която не е покрита по условията на застраховката.

8.3. Не се покриват разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни суми за направената услуга.

## 9. Разходи за транспортиране(репатриране) при смърт и погребение

9.1. Обезщетение за транспортиране при смърт (репатриране) са разходите за транспортиране на тленните останки от мястото на смъртта до мястото на погребението в страната. Възстановяват се направените разходи над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.2. Обезщетение за погребение са направените разходи за подготовка и извършване на погребалния обред. Възстановяват се разходи за тоалет и обработка на тялото, съхранение в хладилни камери, транспортиране на покойник от мястото на смъртта



БЯРНО С СРНИ ПЛАЩАНЕ



до обредния дом, траурни атрибути, свещеник и опело в църква, кремиране, погребение. Възстановяват се направените разходи за погребалния обред над самоучастието, ако такова е договорено, до определен в тарифата или конкретния договор процент от застрахователната сума.

9.3. Специфични изключения

9.3.1. Всячки общи изключения, посочени в Раздел III, т.1.

9.3.2. Обезщетения за транспортиране при смърт (репатриране) или за погребение не се покриват, ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е покрита по условията на застраховката.

9.3.3. Разходи, които надхвърлят приемливи и обичайни суми за направената услуга.

**V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР**

1. Застрахователят, преди сключване на застраховката, е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. Преди сключване на застраховката кандидатът за застраховане е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословното и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застраховката.

3. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение, съставено по образец на Застрахователя, което се подава от кандидата за застраховане и/или с издаването на застрахователна полица.

4. Застраховка върху живота на трето лице се сключва само с писмено съгласие на третото лице. Когато третото лице е непълнолетно, застраховката се сключва с изричното писмено съгласие на родителите или настойниците.

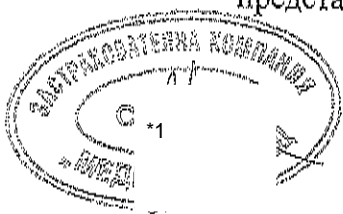
5. Групова застраховка се сключва с поименен списък или по средно списъчен състав до определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховките по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовоправни отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховката се сключва за определен или определяем брой лица, чрез посочване на друго тяхно качество (длъжност, категория персонал, териториално местоположение, застрахователна сума и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от деня на връщането им на работа.

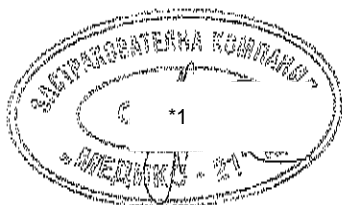
5.2. При застраховките по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложения към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изисква в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; не са обхванати всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изиска и за по-големи групи при застрахователна сума над размер, определен от Застрахователя и/или при висок застрахователен риск.

6. В зависимост от размера на застрахователната сума, възрастта на Застрахования и броя на лицата в групата за застраховане, Застрахователят може да изиска:

6.1. 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.



- 6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.
- 6.3. Застрахователят, ако сметне за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застраховката.
- 6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малък от 50 % от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане.
7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховката. Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката при недопустимо висок застрахователен риск.
8. За застраховки със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без полъване на предложение и декларация за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователната полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.
9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавъците, специалните условия и всички останали договорености в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховка.
10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованият трябва да уведомява Застрахователя за следното:
  - 10.1. При сключване да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.
  - 10.2. По време на действие на договора, незабавно или след узнаването им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.
  - 10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования/Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.
11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по - късно от дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма.
12. Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахования/Застрахования и Застрахователя, и застрахователната премия е платена.
13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.
14. Страните по застрахователния договор могат да договорят самоучастие на Застрахования, което се изразява в поемане на част от обезщетението от същия в определени в съответната тарифа или конкретен договор случай и размери.



БЕЗПЛО С ЗРИТЕЛНИ

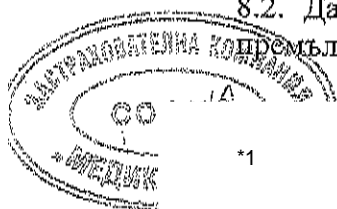
\*1

1

15. За всички извършени промени в застрахователния договор, Застрахователят издава анекс или добавък към застрахователната полица или нова полица, в зависимост от характера на промяната.

## VI. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

1. Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховки е от 1 до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застраховката, да не превишава пределната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.
2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.
3. Застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, посочен за начало и изтича в 24.00 часа на деня, означен за неин край, но след издължаване на премията, уговорената част от нея от страна на Застрахования, най-късно до началото на застраховката или е посочен срок за плащането ѝ. Ако плащането се извършва по банков път, застраховката влиза в сила от 00.00 часа на деня, следващ постъпването на сумата по сметка на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.
  - 4.1. Отговорността на Застрахователя за новопостъпилите в групата лица започва от 00.00 часа на деня на постъпването.
  - 4.2. За лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24.00 часа на деня на напускането.
  - 4.3. Доплащането или изравняването на премията става по договореност между страните на застрахователния договор.
5. При групови договори за сметка на Застрахованите, сключени с поименен списък – в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рискът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.
6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застраховката влиза в сила от 0.00 часа на деня на връщането им на работа, ако е заплатена премия или е договорен начин за плащането ѝ.
7. Застраховката се прекратява за всяко отделно застраховано лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24.00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 65 години на Застрахования.
8. Ако договорът е сключен при неверни сведения за възрастта и/или здравословното състояние на Застрахования както и при неточно и незичерпателно обявяване на съществени обстоятелства от значение за риска, за които Застрахователят е поставил писмено въпрос, Застрахователят има право:
  - 8.1. Да прекрати договора и откаже изплащане на суми по него, ако **съзнателно** обявените неточно или премълчани обстоятелства от такъв характер, че Застрахователят не би сключил договора. Застрахователят има право в едномесечен срок от узнаването на обстоятелството да прекрати договора. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията (тя не подлежи на връщане) и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
  - 8.2. Да предложи промяна в договора, ако **съзнателно** обявените неточно или премълчани обстоятелства позволяват сключване на договора, но при други условия



ВАРНО С ОРИГИНАЛ

в едномесечен срок от узнаването им. Ако Застрахованият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаване на предложението, договорът се прекратява, а Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

8.3. Когато в случаите по т. 8.1. и 8.2. настъпи застрахователно събитие, застрахователят може да откаже изцяло или частично плащане на застрахователно обезщетение или сума, само ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството по т. 8.1. и 8.2. е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не отказва плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

8.4. Ако при сключването на застрахователния договор съществено обстоятелство, което е от значение за риска, не е било известно на страните (*несъзнателно неточно обявяване*), всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи изменение на договора. Ако другата страна не приеме предложението в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. Ако договорът бъде прекратен, застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор.

8.5. В случаите по т.8.4., при настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяването на договора застрахователят не отказва плащане на застрахователно обезщетение или сума, но може да ги намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

9. По време на действието на застрахователния договор застрахованият е длъжен да обявява пред застрахователя всички *новонастъпни обстоятелства*, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.
10. При неизпълнение на задължението по т.9, се прилагат съответно т.8.1.-8.3. при съзнателно необявяване и т.8.4. и 8.5. при несъзнателно необявяване.
11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от три дни, считано от датата на узнаване за събитието в писмена форма. Застрахователят има право да откаже плащането, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си в посочения в изр. първо срок с цел да попречи на застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.
12. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес и да съобщи на застрахователя новия си адрес. До получаване на съобщението за промяна на адреса от страна на застрахователя съобщенията, изпратени от него на адреса на застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.

## VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

1. Застрахователната сума е лимита на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или



ВЪРНО С ОРИГИНАЛ

\*1

У

- евро, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надхвърлят застрахователната сума за риска смърт.
2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:
    - 2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валидна по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застраховката, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рисковия клас, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.
    - 2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.
    - 2.3. Премииите са годишни и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.
    - 2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.
    - 2.5. При неплащане на текуща премия/вноска до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
    - 2.6. Застрахованият/Застрахованият се смята за уведомен при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застраховката с изтичане на едномесечния срок от датата на падежа на вноската.
    - 2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуални полици да удържи неиздължената премия от размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.
  3. Когато застраховката се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.
  4. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.
  5. Когато плащането на премията се извършва чрез пощенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на Застрахователя.
  6. При предсрочно прекратяване на индивидуална застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните специални условия, платена е годишна премия и няма изплатени и предявени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по нея.
  7. При предсрочно прекратяване на групова застраховка, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в съответните Специални условия или договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неизтеклия период от срока на застраховката, като внесената премия се намалява с изплатените и предявени щети и аквизиционните и административно-стопанските разходи по застраховката.
  8. Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 367, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска преразглеждане на премията.



БЪРНО С ГАЛТИ

## VIII. ПРОМЕНИ В ДОГОВОРА. ПРЕКРАТЯВАНЕ

1. В началото на всяка застрахователна година, Застрахователят има право на промени в договора.
2. Промените се извършват въз основа на писмено искане на Застрахователя с подписване на анекс към договора за застраховка.
3. Когато Застраховател и Застрахован са различни лица, право на промени има Застрахователят.
4. Застрахователят има право да приеме или отхвърли искането за промяна.
5. Договорът се прекратява:
  - а) с изтичане срока, за който е сключен;
  - б) при навършване на 66 години, ако друго не е уговорено в договора;
  - в) с писмено съгласие на страните;
  - г) с едностранно едномесечно предизвестие;
  - д) със смъртта на Застрахования;
  - е) при условията и реда на Раздел VI, т.8-т.10.
  - ж) при условията и реда на Раздел VII, т.2.5. и т.2.6.

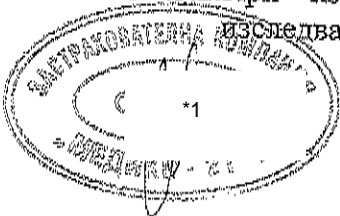
## IX. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият трябва да представи на Застрахователя следните документи:
  - 1.1. За всички застрахователни плащания: застрахователната полица и сметка за платена вноска /оригинал или заверено копие/, а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовооправни отношения със Застрахователя към момента на застрахователното събитие;
  2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:
    - 2.1. *При Смърт на Застрахования вследствие на заболяване:*
      - 2.1.1. Препис-извлечение на акта за смърт;
      - 2.1.2. Съобщение за смърт;
      - 2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;
      - 2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсионния протокол / съдебно-медицинска експертиза на труп;
      - 2.1.5. Ако във връзка с настъпилото събитие има заведено следствено дело или полицейско дознание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление и пр.);
      - 2.1.6. Други документи, удостоверяващи заболяването, ако има издадени такива.
      - 2.1.7. Ако в договора не е посочено конкретно ползващо лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата.
      - 2.1.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:
        - 2.1.8.1. Справка за реално отработени дни;
        - 2.1.8.2. Копие на болнични листове;
        - 2.1.8.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
        - 2.1.8.4. Лична амбулаторна карта;
        - 2.1.8.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикризи, изследвания и пр., данни за личен лекар.



БЯРНО С ЗРИГНА

- 2.1.9. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.
- 2.2. *При трайна загуба на работоспособност вследствие на заболяване:*
- 2.2.1. Всички медицински документи, свързани със заболяванията, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност:
- 2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;
- 2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.2.1.3. Епикризи;
- 2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.
- 2.2.2. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от края на срока на застраховката.
- 2.2.3. При трайна загуба на работоспособност от професионално заболяване:
- 2.2.3.1 Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, заверено с гриф „Няма основание за обжалване”.
- 2.4.3.2. Разпореждане на НОИ за професионален характер на заболяването.
- 2.2.4. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
- 2.2.5. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя акт за раждане или документ за настояничество.
- 2.3. *При Временна неработоспособност вследствие на заболяване:*
- 2.3.1. Копия на болничните листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: „Вярно с оригинала. Болничните са ползвани.” – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са ползвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работа и е прекратило отпуска по болест.
- 2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;
- 2.3.3. Амбулаторни листове от прегледи при лекар;
- 2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;
- 2.3.5. В случай на временна неработоспособност от професионално заболяване се представя и Решение на ТЕЛК за професионалния характер на заболяването.
- 2.3.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.8.
- 2.3.7. При изплащане на обезщетение за временна неработоспособност, когато застрахованото лице е не пълнолетно се представя акта за раждане или документ за настояничество.
- 2.4. *При Медицински разходи вследствие на заболяване:*
- 2.4.1. Лична амбулаторна карта;
- 2.4.2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следящ неговото развитие;
- 2.4.3. Копие на епикризата;
- 2.4.4. Копие на болнични листове;
- 2.4.5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят още:
- 2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.6. Във фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;
- 2.4.5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/ и копие от резултатите.



Вярно с оригинала \*1

- 2.4.6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:
- 2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
- 2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.6. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.
- 2.4.7. При разходи за транспортиране се представят разходни документи съгласно т. 2.3. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В частта “Наименование на стоките и услугите” се записват трите имена на застрахованото лице;
- 2.4.8. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.
- 2.5. При Болничен престой, оперативно лечение и диагностициране на особено тежко заболяване:
- 2.5.1. Копие на епикриза;
- 2.5.2. Копия на болнични листове;
- 2.5.3. Лична амбулаторна карта;
- 2.5.4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.
- 2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;
- 2.6. При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за данък върху добавената стойност:
- 2.6.1. Оригинална фактура с фискален бон;
- 2.6.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;
- 2.6.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата. Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга” или „Лекарствени средства”. Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.
- 2.7. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:
- 2.7.2. Придружителното писмо с описа за издадените такива за текущия период, с които работодателят ги изпраща до съответното поделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение №8, чл.11, ал.1) и други.
- 2.7.3. Ако застрахованият е ползвал платен годишен отпуск за времето, отразено в болничния лист, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копие от заповедта за отпуск, така както е предадена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.
- 2.8. Застрахователят изплаща застрахователната сума или обезщетение в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.



ВАРНО С ОРЪЖИЯ



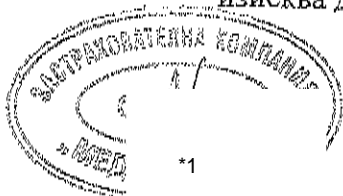
- 2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.
- 2.10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова процента, колкото процента е договореното самоучастие;
- 2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.
- 2.12. Когато за медицинските или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договора при еднакви покрити застрахователни рискове, като сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната стойност на разходите, всеки застраховател отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки. Такава пропорция се прилага и при наличие на два и повече застрахователни договора и еднакви покрити рискове при застрахователя.
- 2.13. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползващите се лица.
- 2.14. При краткосрочни застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, както се отнася премията за срока на застраховката към годишната премия.
- 2.15. Всички плащания се извършват в лева по фиксинг на БНБ към деня на застрахователното събитие.
- 2.16. Застрахованият е длъжен при настъпване на застрахователно събитие да уведоми застрахователя писмено в 7 дневен срок от настъпване на събитието.

#### **X. ДАНЪЦИ И ТАКСИ**

1. Дължимите държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им и са за сметка на притежателя на застрахователния договор.
2. Застрахователните премии се облагат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (в сила от 01.01.2011 г., обн. ДВ. бр.86 от 2 Ноември 2010г.) – ЗДЗП.

#### **XI. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Договорните отношения между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат от настоящите Общи условия и съответните тарифи на Застрахователна компания „Медико – 21“ АД.
2. Когато Застрахованият и Застрахованият са различни лица, Застрахованият е длъжен да разясни на Застрахования правата и задълженията му по договора за застраховка «Злополука», реда за получаване на застрахователно обезщетение и заплащането му от Застрахователя, както и да ги запознае с настоящите Общи условия.
3. Застрахователят има право през времетраене на договора за застраховка «Заболяване» да извършва проверка, чрез свои или независими експерти и да изисква допълнителна информация за здравословното състояние на Застрахования.



**ВАЖНО С ОРИГИНАЛ**

4. Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнение клаузите на настоящите Общи условия се осъществяват в писмена форма.
5. Промените в настоящите Общи условия са валидни за договори за застраховка «Заболяване», сключени след датата на промяната. Изменението или замяната на настоящите Общи условия с нови по време на действието на застрахователния договор има сила за застрахования само ако измененията или новите общи условия са му били дадени и застрахованият писмено ги е потвърдил. При несъответствие между Застрахователният Договор и Общите условия има сила уговореното в договора.
6. Застрахователят не дължи лихви за неправилно внесени суми и несвоевременно получени суми.
7. При унищожаване или изгубване на застрахователен договор застрахованите лица са длъжни да уведомят Застрахователя в 7 дневен срок за издаване на дубликат.
8. Възникнали спорове между Застрахования/Застрахования и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие - от компетентния български съд.
9. Правата на Застрахованите за получаване на суми от Застрахователя се погасяват с петгодишна тригодишна давност от датата на застрахователното събитие.
10. Настоящите Общи условия се предоставят като преддоговорна информация по чл. 348, ал. 3 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ за целите на тези Общи условия:**

1. **ЗАСТРАХОВАЩ** е лицето (физическо или юридическо), което сключва застрахователния договор и плаща определената застрахователна премия.
2. **ЗАСТРАХОВАН** е физическото лице, което ползва застрахователното покритие по сключения застрахователен договор.
3. **КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ** е лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователния договор.
4. **ПОЛЗВАЩО ЛИЦЕ** е Застрахования, който има право до получи застрахователното обезщетение.
5. **ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО** са съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.
6. **ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ** е събитието, рискът от което е покрит и при настъпване при което Застрахователят изплаща застрахователна сума или обезщетение;
7. **ЗЛОПОЛУКА** са действия на външни сили от случаен и непредвидим характер, станали в срока на договора, не по волята на Застрахования, които в срок до една година от датата на злополуката са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изкълчвания, обтягания или скъсване на стави, сухожилия и мускули като следствие от напъгане на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.
8. **ОБЩО ЗАБОЛЯВАНЕ** е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или травматично увреждане.
9. **ПРОФЕСИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ** е заболяване, настъпило изключително или предимно под въздействието на вредните фактори на работната среда или на



**ВЪРНО С ГРИЛНА**

\*1

v1

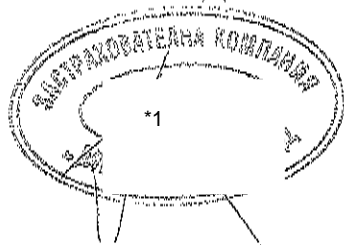
трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за съобщаване, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

10. ТЕЛК е Териториална Експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална Експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.
11. ПРЕДХОДНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са всички здравословни усложнения, които Застрахования е имал преди или при сключване на договора за медицинска застраховка.
12. ПРЕДШЕСТВАЩА ЗЛОПОЛУКА е каквато и да е предишна злополука, която би довела до нетрудоспособност и/или би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностицирана преди първия ден на застраховката.
13. ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ са тези заболявания с прогресивен ход и чести обострения, включени в Списъка на хроничните болести на Министерство на здравеопазването(МЗ) и Световната здравна организация(СЗО) и диагностицирани преди сключването на застрахователния договор.
14. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.
15. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е сумата, която Застрахователят/Застрахованият дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.
16. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА е срокът, през който Застрахователят покрива поет риск и който е посочен в застрахователния договор (полица).
17. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА е периодът от деня, посочен за начало в договора за медицинска застраховка, до деня, в който изтичат 12 /дванадесет/ месеца през същата или през следващата календарна година.
18. ПАДЕЖ е датата за плащане на застрахователната премия.
19. ГРУПА е предварително формирана общност от лица с незастрахователен интерес. Две и повече лица образуват група.
20. ПРЕДЛОЖЕНИЕ е писмено предложение от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.
21. САМОУЧАСТИЕ е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението.
22. НЕДОПУСТИМО ВИСОК ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН РИСК е налице, когато съществуваща вероятност за настъпване на покрит риск, на който едновременно са изложени голям брой застраховани лица и вследствие на чието проявление са причинени значителни неимуществени вреди.

*Настоящите Общи условия са приети на заседание на Съвета на директорите на „Застрахователна компания Медико – 21“ АД, и влизат в сила от 01.08.2013. г.*

**Запознат съм с Общите условия и ги приемам.**

Дата:



Застраховач:

БЕРЛО С

1

11.08.13

към обява за обществена поръчка

ДО  
КОМИСИЯТА ЗА ФИНАНСОВ  
НАДЗОР  
ГР. СОФИЯ, УЛ. „БУДАПЕЩА” №  
16

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА**

за участие в обществена поръчка с предмет:  
„Предоставяне на застрахователни услуги за нуждите на Комисията за финансов  
надзор“

**По обособена позиция № 1**

„Застраховане на членовете на КФН и служителите от администрацията на  
комисията със застраховки “Злополука” и „Заболяване“

от: **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ МЕДИКО-21” АД**, ЕИК 131039664  
*/наименование на участника, ЕИК/БУЛСТАТ/ЕГН*

представявано от: проф. Цекомир Влайков Воденичаров, дмн

*/трите имена/*

в качеството му на: Изпълнителен директор

*/длъжност/*

представявано от: Гергана Годорова Тенева

*/трите имена/*

в качеството му на: Прокуррист

*/длъжност/*

УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,

Запознати сме с условията, посочени в Обявата за събиране на оферти.

Приемаме изцяло, без резерви или ограничения, всички условия на настоящата обществена поръчка. Заявяваме, че ако бъдем избрани за изпълнител по обявената от Вас обществена поръчка ще я изпълним изцяло в съответствие с изискванията на възложителя и при условията, обявени в обявата за участие, указанията за участие и техническата спецификация, приети от нас.

Декларираме, че:

- сме съгласни с клаузите на проекта на договор, представляващ приложение към обявата на възложителя. В случай на разминаване между договора и Общите условия на застраховката ще се прилагат клаузите на договора;
- срокът на валидност на офертата е до 31.01.2019 г.;
- при изготвяне на офертата са спазени задълженията, свързани с данъци и осигуровки, опазване на околната среда, закрила на заетостта и условията на труд.

Обект е групово застраховане на членовете на КФН и на служителите от администрацията на КФН, общо за 255 лица.

Застрахователният договор ще бъде сключен без поименен списък на застрахованите лица.

Срещу платена застрахователна премия ще осигурим застрахователно покритие на застрахованите лица в следните случаи:

1. Застраховка „Злополука“:

№	Покрити рискове:	Застрахователна сума за едно застраховано лице	Размер на обезщетението
1.	Смърт вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	50 000 лв.
2.	Смърт вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	30 000 лв.
3.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	% от 50 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката
4.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката
5.	Временна неработоспособност вследствие на злополука (трудова и битова)	5 000 лв.	При временна неработоспособност вследствие на злополука: до 10 дни – 100 лв. от 11 до 30 дни – 200 лв. от 31 до 60 дни – 400 лв. от 61 до 90 дни – 600 лв. от 91 до 120 дни – 1000лв. от 121 до 180 дни – 1500 лв. над 180 дни – 5000 лв.
6.	Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука (трудова, битова)	5 000 лв.	30 лв. на ден, но не повече от 5000 лв.
7.	Медицински разноски във връзка с настъпила	2 500 лв.	Действителният размер на медицинските разноски (за

	злополука (трудова, битова), довела до временна неработоспособност		медикаменти, манипулации, изследвания, хирургично и болнични обслужване), но не повече от 2500 лв.
8.	Разходи за репатриране и погребение, вследствие на злополука	1 500 лв.	Действителният размер на разходите, но не повече от 1500 лв.

*Изключените рискове са както следва: Застрахователят изключва от покритие и се освобождава от задълженията си по договора по основните и допълнителни рискове в следните случаи:*

*Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.*

*Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация; епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерството на здравеопазването и/или друг държавен орган.*

*Преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот, умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му; пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели; слънчев, топлинен удар или измръзване, предизвикани от преднамерено излагане или небрежност.*

*Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.*

*Самоубийство или опит извършването му, предизвикал увреждане на здравето му; опит за или извършване на престъпление от общ характер.*

*Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества или зависимост от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ за възстановяване на разходи.*

*Участие в какъвто и да било спорт като професионален състезател; непрофесионално практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадъорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго; участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.*

Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, прекъсване на бременност по желание, поставяне и махане на вътрематочни спирали, включително хормоносъдържащи такива, с изключение на случаите, когато Застрахователят изрично ги е приел при сключване на договора или в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.

СПИН/НIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.

Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия разрешителен документ; участие на Застрахования като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания; управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.

Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.

Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства; осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.

Вродени аномалии и последиците от тях.

Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.

Злополуки и последиците, свързани с тях, настъпили преди началото или след края на застраховката, както и свързаните с тях разходи.

Не се възстановяват разходи и изплащат суми по допълнителните рискове, освен ако не е договорено друго в застрахователния договор, в следните случаи:

Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупрешленните дискове и отлепване на ретината. Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапи.

Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми или санаториуми, които не се считат за лечебно заведения; болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрити по тези Общи условия.

Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.

Козметични и пластични корекции или други козметични услуги, включително лазерна корекция на зрението.

Профилактични прегледи, прегледи без наличие на конкретни оплаквания или настъпила злополука, имунизации и ваксинации, извършване на тестове за СПИН и сифилис, освен ако са част от договорено покритие.

Акупунктура, присонодиагностика, балнеолечение, кинезитерапия и масажни, спа- процедури, лечение с нетрадиционни методи и средства и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от дипломиран лекар или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения.

Прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, за сключване на граждански брак, прием за осигуряване или застраховане, за прием в детски градини, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, избор на екип/лекар.

Прегледи и изследвания във връзка със съдебномедицинска експертиза на лицето.

Трансплантация на органи и тъкани.

Настаняване в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на покритие на специален пакет.

Разходи за услуги, които не са в пряка връзка с вписаната в медицинската документация диагноза.

Консумативи, използвани за лапароскопски и артроскопски операции и изкуствени стави.

Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.

Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми.

Административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения; такси за получаване на копия(записи) от извършени изследвания CD (DVD), както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго.

Недействителна е застраховката с покритие за смърт на малолетно лице или на лице, поставено под пълно запрещение.

За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.

При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.

Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

## 2. Застраховка „Заболяване“:

№	Покрити рискове:	Застрахователна	Размер на обезщетение
---	------------------	-----------------	-----------------------



		сума за едно застраховано лице	
1.	Смърт вследствие на заболяване на територията на цял свят	30 000 лв.	30 000 лв.
2.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване на територията на цял свят	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на заболяването
3.	Временна неработоспособност вследствие на заболяване	3 000 лв.	При временна неработоспособност вследствие на заболяване: от 10 до 20 дни – 100 лв. от 21 до 30 дни – 200 лв. от 31 до 60 дни – 400 лв. от 61 до 90 дни – 600 лв. от 91 до 120 дни – 1000 лв. от 121 до 180 дни – 1500 лв. над 180 дни – 3000 лв.
4.	Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване	3 000 лв.	30 лв. на ден (след 5-ия), но не повече от 3000 лв.
5.	Медицински разноски във връзка със заболяване довело до временна неработоспособност	2 500 лв.	Действителният размер на медицинските разноски (за медикаменти, манипулации, изследвания, хирургично и болнични обслужване), но не повече от 2500 лв.
6.	Разходи за репатриране и погребение, вследствие на заболяване	1 500 лв.	Действителният размер на разходите, но не повече от 1500 лв.

*Изключените рискове са както следва: Застрахователят изключва от покритие и се освобождава от задълженията си по договора по основните и допълнителни рискове в следните случаи:*

*Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локаути, демонстрации, саботаж и опити за убийство, тероризъм.*

Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация; епидемии от локален или национален мащаб, обявени от Министерството на здравеопазването и/или друг държавен орган.

Преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот, умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му; пътувания в политически нестабилни райони, престои в зони със сурови метеорологични условия, участия в експедиции с научни и други цели; слънчев, топлинен удар или измръзване, предизвикани от преднамерено излагане или небрежност.

Смърт в резултат на изпълнение на смъртна присъда над Застрахования или настъпила при задържане на Застрахования от органите на властта.

Самоубийство или опит извършването му, предизвикал увреждане на здравето му; опит за или извършване на престъпление от общ характер.

Употреба на алкохол, наркотични, стимулиращи, допингиращи и други подобни вещества или зависимост от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преимуществено от алкохол или с доказана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна и/или наркотична зависимост; наличието на алкохол и други повлияващи съзнанието агенти е основание за отказ за възстановяване на разходи.

Участие в какъвто и да било спорт като професионален състезател; непрофесионално практикуване на опасни спортни занимания – алпинизъм, скално катерене, пещерно дело; въздушни спортове; ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолет по редовни и чартърни полети извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако е договорено друго; участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство.

Бременност (нормална или патологична), раждане и аборт, както и състояния, обусловени от тях или произтичащо от това медицинско или оперативно лечение, прекъсване на бременност по желание, поставяне и махане на вътрематочни спирали, включително хормоносъдържащи такива, с изключение на случаите, когато Застрахователят изрично ги е приел при сключване на договора или в резултат на претърпяна злополука е настъпило усложнение на бременността или е предизвикано преждевременно раждане или аборт.

СПИН/НIV и свързаните с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по кръвен път; заболявания от венерически болести.

Управление на МПС без документ за правоспособност, както и при упражняване на дейност, за която Застрахованият няма необходимия разрешителен документ; участие на Застрахования

като шофьор, резервен шофьор или пътник на МПС при тестови изпитания; управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см, както и на всякакви моторни превозни средства извън пътната мрежа.

Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.

Самолечение, неспазен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства; осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка.

Вродени аномалии и последиците от тях.

Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.

Умишлени действия на Застрахования с цел причиняване на болестно състояние, преднамерено излагане на опасност от заболяване (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и небрежност на Застрахования, причинила увреждане на здравето му.

Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната класификация, психиатрични и еуфорични състояния, депресия от всякакъв вид или душевна болест и последиците от тях; епилепсия вкл. епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане.

Регистрирани заболявания за първи път преди началото на срока на договора и последици от тях, настъпили извън срока на застрахователното покритие, както и последици от злополука, настъпила извън срока на застрахователния договор, довела до заболяване.

Инфекциозни (заразни) заболявания и алергии.

Не се възстановяват разходи и изплащат суми по допълнителните рискове, освен ако не е договорено друго в застрахователния договор, в следните случаи:

Хронични, повтарящи се заболявания, диабет и последиците от него.

2.1. Ингвинални и коремни хернии, дискови хернии, радикулит, болести на междупреишленните дискове и отлепване на ретината.

Провеждана физиотерапия, рехабилитация и кинезитерапи.

Лечение в обекти за дългосрочна терапия като минерални бани, профилакториуми

или санаториуми, които не се считат за лечебно заведения; болници за долекуване, центрове за рехабилитация и трансфузионна хематология, диспансери, санаториуми, домове за медико-социални грижи, хосписи, родилни домове, профилактични и почивни здравни заведения, специализирани здравни заведения за психично болни, наркомани, алкохолици, и други подобни.

Стоматологично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрита по тези Общи условия.

Осъществяване волята на Застрахования без необходимост от медицинска гледна точка, злоупотреба с лекарствени средства.

Програми и лечение за наднормено тегло, обстипация, тютюнопушене, косопад, сънна апнея, изследвания и лечение на импотентност, поставяне и коригиране на противозачатъчни средства, стерилитет и *in vitro*, смяна на пола, лечение на менопауза. Лечение на следните дерматологични заболявания – гъбички на ноктите (онихомикоза), витилиго, себорея, акне, лечение и отстраняване на доброкачествени кожни образувания – липоми и други мастни образувания; невуси, брадавици.

Козметични и пластични корекции или други козметични услуги, включително лазерна корекция на зрението.

Профилактични прегледи, прегледи без наличие на конкретни оплаквания или настъпила злополука, имунизации и ваксинации, извършване на тестове за СПИН и сифилис, освен ако са част от договорено покритие.

Акупунктура, ирисдиагностика, балнеолечение, кинезитерапия и масажки, спа- процедури, лечение с нетрадиционни методи и средства и всяко лечение, което не е препоръчано и проведено от дипломиран лекар или е проведено в заведения, които не са регистрирани като лечебни по Закона за лечебните заведения.

Прегледи и изследвания за работа, шофьорски курсове, за сключване на граждански брак, прием за осигуряване или застраховане, за прием в детски градини, за представяне пред ЛКК комисии и ТЕЛК, избор на екип/лекар.

Прегледи и изследвания във връзка със съдебномедицинска експертиза на лицето.

Трансплантация на органи и тъкани.

Настаняване в хосписи и домове за самотни хора, освен ако не е обект на покритие на специален пакет.

Разходи за услуги, които не са в пряка връзка с вписаната в медицинската документация диагноза.

Консумативи, използвани за лапароскопски и артроскопски операции и изкуствени стави.

2.18. Разходи за личен комфорт като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги и др.

3. Застрахователят не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право: спешна медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дейности, които се осъществяват в изпълнение на национални и международни здравни програми. Административни такси за издаване на документи и преписи на документи, издавани от лечебните заведения; такси за получаване на копия(записи) от извършени изследвания CD (DVD), както и такси за изпращане на материали за изследвания от едно лечебно заведение към друго.

Недействителна е застраховката с покритие за смърт на малолетно лице или на лице, поставено под пълно запрещение.

*За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т.1 и т.2, така и специфичните за съответния риск.*

*При настъпване на застрахователно събитие във всички посочени в т.1 и т.2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, внесените премии не подлежат на връщане.*

*Застрахователят в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрие някои от изключените рискове, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.*

Минималният размер на индивидуалната застрахователна сума за всяко от застрахованите лица е съгласно таблицата.

Дата:

14.11.2018

Име и фамилия на представляващия:

Проф.Цекомир Воденичаров,

Подпис и печат: .....

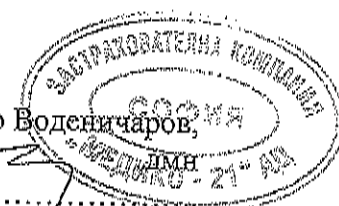
\*1

Име и фамилия на представляващия:

Гергана Тенева,

Подпис и печат: .....

\*1



ДО  
КОМИСИЯТА ЗА ФИНАНСОВ  
НАДЗОР  
гр. София, ул. „Будапеща” № 16

**ЦЕНОВО ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

за участие в обществена поръчка с предмет: „Предоставяне на застрахователни услуги за нуждите на Комисията за финансов надзор“

**По обособена позиция № 1**

**„Застраховане на членовете на КФН и служителите от администрацията на комисията със застраховки “Злополука” и „Заболяване“**

от **ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ МЕДИКО-21** АД ЕИК 131039664,  
представяван от проф. Цекомир Влайков Воденичаров, дмн в качеството му на  
Изпълнителен директор и Гергана Тодорова Тенева - Прокуррист

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

Във връзка с участието ни в обществена поръчка с предмет: „Предоставяне на застрахователни услуги за нуждите на Комисията за финансов надзор“, по обособена позиция 1, Ви предлагаме следното ценово предложение:

Застраховка „Злополука“:

№	Покрити рискове:	Застрахователна сума за едно застраховано лице	Размер на обезщетението	Годишна премия
1.	Смърт вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	50 000 лв.	
2.	Смърт вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	30 000 лв.	
3.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на трудова злополука на територията на цял свят	50 000 лв.	% от 50 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката	

4.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на битова злополука на територията на цял свят	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на злополуката	
5.	Временна неработоспособност вследствие на злополука (трудова и битова)	5 000 лв.	При временна неработоспособност вследствие на злополука: до 10 дни – 100 лв. от 11 до 30 дни – 200 лв. от 31 до 60 дни – 400 лв. от 61 до 90 дни – 600 лв. от 91 до 120 дни – 1000 лв. от 121 до 180 дни – 1500 лв. над 180 дни – 5000 лв.	
6.	Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука (трудова, битова)	5 000 лв.	30 лв. на ден, но не повече от 5000 лв.	
7.	Медицински разноски във връзка с настъпила злополука (трудова, битова), довела до временна неработоспособност	2 500 лв.	Действителният размер на медицинските разноски (за медикаменти, манипулации, изследвания, хирургично и болнични обслужване), но не повече от 2500 лв.	
8.	Разходи за репатриране и погребение, вследствие на злополука	1 500 лв.	Действителният размер на разходите, но не повече от 1500 лв.	
	Общо дължима премия:	x	x	
	Данък/такси/:	x	x	
	Общо дължима сума:	x	x	

Застраховка „Заболяване“:

№	Покрити рискове:	Застрахователна сума за едно застраховано лице	Размер на обезщетение	Годишна премия
1.	Смърт вследствие на заболяване на територията на цял	30 000 лв.	30 000 лв.	

	свят			
2.	Трайно намалена или загубена работоспособност вследствие на заболяване на територията на цял свят	30 000 лв.	% от 30 000 лв. равен на процента, посочен в ЕР на ТЕЛК/НЕЛК за увреждането вследствие на заболяването	
3.	Временна неработоспособност вследствие на заболяване	3 000 лв.	При временна неработоспособност вследствие на заболяване: от 10 до 20 дни – 100 лв. от 21 до 30 дни – 200 лв. от 31 до 60 дни – 400 лв. от 61 до 90 дни – 600 лв. от 91 до 120 дни – 1000 лв. от 121 до 180 дни – 1500 лв. над 180 дни – 3000 лв.	
4.	Дневни пари за болничен престой вследствие на заболяване	3 000 лв.	30 лв. на ден (след 5-ия), но не повече от 3000 лв.	
5.	Медицински разноски във връзка със заболяване довело до временна неработоспособност	2 500 лв.	Действителният размер на медицинските разноски (за медикаменти, манипулации, изследвания, хирургично и болнични обслужване), но не повече от 2500 лв.	
6.	Разходи за репатриране и погребение, вследствие на заболяване	1 500 лв.	Действителният размер на разходите, но не повече от 1500 лв.	
	Общо дължима премия:	x	x	
	Данък/такси/:	x	x	
	Общо дължима сума:	x	x	

Общата стойност на дължимата сума за застраховки „Злополука“ и „Заболяване е в размер на 18 207,00 (осемнадесет хиляди двеста и седем) лв.

Забележка: Предлаганите от участниците цени трябва да са в български лева, с точност до втори знак /включително/ след десетичната запетая.



Дата:

14.11.2018 год

Име и фамилия на представляващия:

Проф. Цекомир Воденичаров

\*1

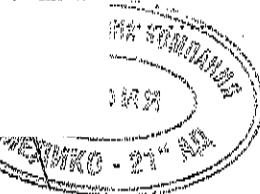
Подпис и печат:

Име и фамилия на представляващия:

Гергана Тенева

\*1

Подпис и печат:



Информацията, обозначена с "\*"1" е заличена на осн. чл. 42, ал. 5 от ЗОП във вр. счл. 2 от ЗЗЛД.