

ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

„ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД с ЕИК 121265113 е застраховател, който е част от „Еврохолд България“ АД и застрахователна група „Евроинс Иншурънс Груп“ АД.

Дружеството притежава Разрешение за извършване на застрахователна дейност №8/15.06.1998 г. на Националния съвет по застраховане при Министерски съвет.

Седалището и адресът на управление на дружеството са в Република България, гр. София, ПК 1592, бул. „Христофор Колумб“ №43.

Национален телефон за контакт със застрахователя: 0700 17 241

Информация относно платежоспособността и финансовото състояние на застрахователя е публикувана на неговата интернет страница: www.euroins.bg

При продажбата на застрахователни продукти възнаграждението за разпространителя се заплаща от „ЗД ЕВРОИНС“ АД, както следва:

- Трудово възнаграждение по реда на трудовото законодателство за служители на застрахователя, които извършват директни продажби;
- Комисионно възнаграждение – за застрахователните посредници.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПОЛЗВАТЕЛИТЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛУГИ

Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби във връзка със застрахователно обезщетение във всяко териториално поделение на застрахователя (ЦУ, ликвидационен център, агенция, представителство).

Жалби могат да подават застраховани, пострадали, увредени, правоимащи или специално упълномощени за това лица.

Жалба може да се подаде и чрез застрахователния посредник, осъществил посредничеството при сключването на договора за застраховка.

Отговор на жалба се изготвя и изпраща не по-късно от:

- 7 дни от датата на регистрирането ѝ в „ЗД ЕВРОИНС“ АД чрез поставяне на входящ регистрационен номер – ако жалбата е свързана с размера на обезщетението;
- един месец от датата на регистрирането ѝ в „ЗД ЕВРОИНС“ АД чрез поставяне на входящ регистрационен номер – в останалите случаи.

Правилата за уреждане на претенции по застрахователни договори на „ЗД ЕВРОИНС“ АД са на разположение на интернет страницата на застрахователя (www.euroins.bg), в секция „За клиенти“.

В Република България спорове във връзка със застрахователни отношения могат да се разрешат и извънсъдебно чрез медиация съгласно Закона за медиацията.

Преди сключване на застрахователен договор от застрахователя или от посредник, действащ по възлагане на застрахователя, ползвателят може да поиска индивидуална оферта, при която да му бъде предоставен съвет по смисъла на Кодекса за застраховането.

По застрахователни договори, сключени съгласно настоящите Общи условия, е приложим българският закон.

Точна и неподвеждаща информация за вида на застраховката, заедно с общо описание на застрахователното покритие, включително основните застраховани рискове и териториалния обхват, се съдържа в информационния документ за застрахователния продукт.

Информационните документи за застрахователните продукти, предлагани от „ЗД ЕВРОИНС“ АД, са общодостъпни и са публикувани на интернет страницата на дружеството (www.euroins.bg), в раздел „За клиенти“.

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ЗАСТРАХОВКА**„ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ В ЧУЖБИНА-ТРАВЪЛЪР“****I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ****Предмет на застрахователния договор**

Чл. 1. (1) „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД, наричано по-нататък „застраховател“, сключва по настоящите Общи условия застрахователен договор „Помощ при пътуване в чужбина-Травълър“ за осигуряване на непосредствена помощ на български граждани и чужденци, наричани по-нататък „застраховано лице“, при настъпване на застрахователно събитие по време на пътуване и престой в чужбина.

(2) Срещу платена застрахователна премия застрахователят се задължава при настъпване в периода на застрахователното покритие на покрит по застрахователния договор риск, да покрие разходите и/или да изплати обезщетение или сума в съответствие с условията на сключения договор и настоящите Общи условия до размера на договорените общ лимит и лимити на отговорност за съответния риск.

(3) В случай на застрахователно събитие осигуряването на непосредствена помощ на застрахованото лице се извършва от посочената в застрахователния договор асистираща компания, която оказва съдействие и предоставя информация за получаване на медицинска или друга помощ.

Застраховани лица

Чл. 2. (1) Лицето, договарящо със застрахователя условията по застрахователния договор и наричано по-нататък „застраховател“, при условията на застрахователния договор може да бъде и застраховано лице.

(2) Застраховано лице може да бъде български гражданин или чужденец, който към датата на сключване на застрахователния договор е на възраст между 3 (три) месеца и 85 (осемдесет и пет) навършени години и в добро здравословно състояние.

(3) Когато се сключва договор за срок по-дълъг от 30 (тридесет) дни, лица на

възраст на и над 65 (шестдесет и пет) навършени години се застраховат само след попълване на декларация за здравословното им състояние (по образец на застрахователя), лично подписана от всяко лице.

Чл. 3. С един договор за застраховка застрахованият може да застрахова:

1. едно-единствено лице (индивидуален договор);
2. две или повече лица, които пътуват с обща цел по един и същ маршрут (групов договор).

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Чл. 4. По смисъла на тези Общи условия:

1. „Застраховател“ е физическо или юридическо лице, което е страна по застрахователния договор.
2. „Застраховано лице“ е физическо лице, включено в списъка на застрахованите лица по застрахователния договор, за което се предоставя застрахователна защита при условията на сключения договор.
3. „Асистираща компания“ е юридическо лице, което по силата на сключен със застрахователя договор организира и предоставя 24-часова квалифицирана помощ на застрахованото лице при настъпване на застрахователно събитие.
4. „Застрахователно събитие“ е настъпването в чужбина на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.
5. „Период на застрахователното покритие“ е периодът, посочен в застрахователната полица, в който застрахователят носи риска по застраховката.
6. „Акутно заболяване“ е заболяване с остро начало и прогресивен ход, проявило се за първи път в чужбина в периода на застрахователното покритие и изискващо неотложно или спешно лечение поради наличие на симптоми, пряко застрашаващи здравето и живота на застрахованото лице. Определението по предходното изречение не включва хронични заболявания, включително и тяхното акутно проявление, независимо дали е настъпило за първи път в периода на застрахователното покритие.
7. „Минали заболявания“ са заболявания, възникнали преди сключването на застрахователния договор, независимо дали преди това са били диагностицирани.
8. „Хронични заболявания“ са заболявания с прогресивен ход и чести обостряния, включени в списъка на заболяванията, при които се извършва диспансеризация, независимо кога се е проявило за първи път.
9. „Злополука“ е всяко събитие, настъпило в чужбина в периода на застрахователното покритие и довело до телесно увреждане или смърт на застрахованото лице в резултат на непредвидени и внезапни въздействия от външен произход, които застрахованото лице не си е причинило умишлено.
10. „Телесно увреждане“ е временно или трайно накарвяване на физическата цялост на застрахованото лице в резултат на злополука.
11. „Добро здравословно състояние“ е състояние, при което човек е в добро физическо и психическо здраве, което му позволява да пътува и не е в нарушение на лекарско предписание.
12. „Медицински транспорт“ е транспорт на застраховано лице със специализирано медицинско наземно или въздушно транспортно средство, предназначено и оборудвано за оказване на спешна медицинска помощ, в т.ч. мобилен спешен екип.
13. „Неотложната медицинска помощ“ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на лице, чийто живот не е пряко застрашен, но което се нуждае от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.
14. „Спешна медицинска помощ“ включва медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане жизнените функции на организма.
15. „Хоспитализация“ означава прием в лечебно заведение, признато за такова от властите в съответната държава, в което застрахованото лице е под постоянен лекарски надзор, което разполага с диагностична и терапевтична техника и където лечението се провежда по строго научни и клинично изпитани методи.
16. „Правоспособен медицински специалист / лекар“ е лице, което има законово право да упражнява медицинска професия в съответната държава.
17. „Методи и средства на нетрадиционната медицина“ са неконвенционални методи и средства за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, включително, но не само: акупунктура, акупресура, ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване, нетрадиционни физикални методи, нелекарствени продукти от минерален или органичен произход.
18. „Разумни и обичайни разходи“ са разходите за:
 - а) закупуване на определена здравна стока, които не надвишават средната сума, срещу която може да бъде закупена същата здравна стока на територията на съответната държава;
 - б) ползване на определена здравна услуга от конкретен изпълнител на медицинска помощ съобразно съответния медицински стандарт, които не надвишават средната сума, срещу която може да се ползва същата или сходна здравна услуга, предоставена от други изпълнители на медицинска помощ на територията на съответната държава.
19. „Багаж“ са личните вещи на застрахованото лице, пренасяни в куфар или чанта и предназначени да задоволяват неговите лични нужди по време на пътуване и престой в чужбина. Не се смятат за багаж стокано-материални ценности от всякакъв вид, пренасяни от застрахованото лице срещу заплащане и/или с цел търговия, оръжия, както и всякакви видове животни, растения, храни и напитки.
20. „Стоки от първа необходимост“ са: храна, напитки, санитарни и хигиенни материали или лекарства.

21. „Чужбина“ е държава, различна от държавата, на която застрахованото лице е гражданин или в която то се ползва със статут на дългосрочно или постоянно пребиваващ.

22. „Груба небрежност“ е неполагането на дължимата грижа, която би положил и най-небрежният човек при подобни условия.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Покрити рискове

Чл. 5. (1) Застрахователят покрива само тези рискове, които са посочени в застрахователния договор, като уговорките, които ги установяват, не могат да се тълкуват разширително.

(2) Основното покритие по застрахователния договор се договаря от страните под формата на една от следните опции:

1. „**Опция А**“, включваща рисковете: „*Медицински разходи*“, „*Спешна стоматологична помощ*“, „*Медицинско репатриране*“, „*Репатриране на тленни останки*“, „*Репатриране на лица под 18 г.*“ и „*Гражданска отговорност*“.

2. „**Опция Б**“, включваща рисковете: „*Медицински разходи*“, „*Спешна стоматологична помощ*“, „*Медицинско репатриране*“, „*Репатриране на тленни останки*“, „*Репатриране на лица под 18 години*“, „*Посещение по време на хоспитализация*“, „*Кражба на багаж*“, „*Загуба или забавяне на багаж*“, „*Забавяне на полет*“, „*Изпускане на свързващ полет*“, „*Съкращаване или удължаване на престоя в чужбина*“, „*Лични документи*“, „*Правни разноски*“, „*Гражданска отговорност*“.

(3) При изрична договореност между страните, покритието по застрахователния договор може да включва и един или повече от следните допълнителни рискове (допълнително покритие):

1. „Спасителни разходи“;
2. „Влошаване на хронично заболяване“;
3. „Усложнения при бременност след 26 г.“;
4. „Заместващ персонал“;
5. „Трайно намалена работоспособност вследствие на злополука“;
6. „Смърт вследствие на злополука“.

Характеристика на покритите рискове

Чл. 6. (1) По риск „*Медицински разходи*“ застрахователят покрива, при настъпване на злополука или акутно заболяване в чужбина, разумните и обичайни разходи за оказване на неотложна или спешна медицинска помощ на застрахованото лице, включващи:

1. медицински транспорт на застрахованото лице от мястото на настъпване на застрахователното събитие до най-близкото лечебно заведение или лекар;
2. медицински прегледи, манипулации и изследвания, назначени и проведени от правоспособни медицински специалисти;
3. спешна хоспитализация за диагностика и стационарно лечение в стандартна стая на лечебното заведение за не повече от 20 (двадесет) дни;
4. хонорари на лекари;
5. лекарствени средства, предписани от правоспособен лекар и закупени до 5 (пет) дни от датата на предписанието.

(2) Медицинската помощ по ал.1 включва само медицинските дейности, насочени към овладяване на острата болкова симптоматика и възстановяване на здравето на застрахованото лице до степен, която му позволява да продължи пътуването или да бъде извършено медицинско репатриране.

Чл. 7. По риск „*Спешна стоматологична помощ*“ застрахователят покрива разумните и обичайни разходи за оказване на спешна стоматологична помощ на застрахованото лице само и единствено в случай на пулпит, абсцес или екстракция (вадене) на зъб.

Чл. 8. (1) По риск „*Медицинско репатриране*“ застрахователят покрива, при настъпване на злополука или акутно заболяване в чужбина, разходите за:

1. репатриране на застрахованото лице до лечебно заведение в Република България или до държавата на постоянното му местожителство с цел продължаване на лечението в болнични условия;
2. придружител на застрахованото лице по време на репатрирането, ако е налице необходимост от това. Придружител може да бъде медицинско лице, медицински екип, роднина или друго лице, за което застрахователят предварително е одобрил разходите.

(2) Отговорността на застрахователя по ал.1 се ангажира само и единствено ако са налице следните условия:

1. всички условия и разходи във връзка с репатрирането са предварително одобрени от застрахователя/асистиращата компания или репатрирането е организирано от застрахователя/асистиращата компания, и
2. съгласно лекарско становище здравословното състояние на застрахованото лице позволява репатриране.

(3) В случай че застрахованото лице откаже да бъде репатрирано:

1. считано от момента на отказа застрахователят не дължи възстановяване и не покрива каквито и да е разходи, необходими за по-нататъшно лечение;
2. губи правото да бъде репатрирано на по-късен етап.

Чл. 9. (1) По риск „*Репатриране на тленни останки*“ застрахователят покрива, в случай на смърт на застрахованото лице, настъпила в чужбина вследствие на злополука или акутно заболяване, разходи за:

1. репатриране на тленните останки от чужбина до Република България или до държавата на постоянно местожителство на застрахованото лице, или
2. погребение или кремация в чужбина в размер до 10 (десет) процента от договорения общ лимит на отговорност.

(2) Отговорността на застрахователя по ал.1 се ангажира само и единствено ако:

1. всички условия и разходи във връзка с репатрирането, погребението или кремацията са предварително одобрени от застрахователя/асистиращата компания, или

2. репатрирането, погребението или кремацията е организирано/а от застрахователя/асистиращата компания.

(3) Застрахователят не покрива разходи за инвентаризация, съхранение и връщане на имуществото на застрахованото лице до Република България или до държавата на постоянното му местожителство.

Чл. 10. (1) По риск „*Репатриране на лица под 18 години*“, в случай на хоспитализация, медицинско репатриране или смърт на застрахованото лице, настъпили вследствие на злополука или акутно заболяване в чужбина, застрахователят покрива разходи за:

1. репатриране на непълнолетните лица, придружаващи застрахованото лице, до Република България или до държавата на постоянно местожителство на застрахованото лице;

2. придружител по време на репатрирането, ако е налице необходимост от това.

(2) Отговорността на застрахователя по ал.1 се ангажира само и единствено ако са налице следните условия:

1. няма друг пълнолетен придружител, който да се погрижи за непълнолетните лица, и
2. репатрирането е организирано от застрахователя/асистиращата компания.

Чл. 11. (1) По риск „*Посещение по време на хоспитализация*“, в случай на хоспитализация на застрахованото лице в чужбина за повече от 10 (десет) последователни дни вследствие на злополука или акутно заболяване, застрахователят покрива пътни разходи за посещение на застрахованото лице от посочено от него лице, намиращо се в Република България или държавата на постоянно местожителство на застрахованото лице.

(2) Отговорността на застрахователя по ал.1 се ангажира само и единствено ако посещението е организирано от застрахователя/асистиращата компания или всички условия и разходи във връзка с посещението са предварително одобрени от застрахователя/асистиращата компания.

Чл. 12. (1) По риск „*Кражба на багаж*“ на застраховано лице, настъпила в чужбина, застрахователят покрива действителната стойност на откраднатите вещи до съответния лимит на отговорност.

(2) Застрахователят не покрива кражба на пари, бижута, ключове, документи, чекове, пощенски марки, банкови карти, билети за пътуване, ваучери, ръкописи, планове, чертежи, проекти, счетоводни книги, всякакви видове ценни книжа.

Чл. 13. (1) По риск „*Загуба или забавяне на багаж*“, застрахователят покрива реално извършени разходи за закупуване на стоки от първа необходимост (храна, напитки, санитарни и хигиенни материали, лекарства), в случай че при пътуване в чужбина с полет по редовна въздушна линия регистрираният багаж на застраховано лице бъде загубен или забавен от авиопревозвача. Покритието е валидно при условие че багажът пристигне в пункта, посочен в самолетния билет като краен, с повече от 12 (дванадесет) часа закъснение считано от момента на пристигане на застрахованото лице в същия пункт.

(2) Застрахователят не покрива разходи за закупуване на стоки от първа необходимост, когато:

1. крайната точка на полета е на територията на Република България или на държавата на постоянно местожителство на застрахованото лице (ако е различна от България);

2. багажът е задържан, конфискуван или унищожен от съответните компетентни органи.

Чл. 14. (1) По риск „*Забавяне на полет повече от 5 часа*“, застрахователят покрива реално извършени разходи за закупуване на стоки от първа необходимост (храна, напитки, санитарни и хигиенни материали, лекарства), в случай че отпътуването на застрахованото лице с полет по редовна въздушна линия бъде забавено с повече от 5 (пет) часа и авиопревозвачът не може да осигури алтернативен превоз. Покритието е валидно за всеки допълнителен час забавяне след петия час, но не повече от лимита на отговорност за този риск.

(2) Застрахователят не покрива разходи за закупуване на стоки от първа необходимост, когато:

1. забавянето на отпътуването е на територията на Република България или на държавата на постоянно местожителство на застрахованото лице (ако е различна от България);

2. застрахованото лице не е успяло да се регистрира за полета поради причини, които са под негов контрол;

3. полетът е отменен или е пропусната връзка с последващ полет, независимо от причините за това.

Чл. 15. (1) По риск „*Изпускане на свързващ полет*“, в случай че поради закъснение или отлагане на изходящия полет от началната дестинация на отпътуване или на последващ полет по маршрута към крайната дестинация на пътуването застрахованото лице пропусне прекачане на свързващ полет, застрахователят покрива разходи за превозка на билета за алтернативен полет или за закупуване на билет за алтернативен транспорт.

(2) Застрахователят не покрива разходите по ал.1, когато застрахованото лице пропусне прекачане на свързващ полет поради причини, които зависят изцяло от негови действия или бездействия.

Чл. 16. (1) По риск „*Съкращаване или удължаване на престоя в чужбина*“, в случай на настъпване в периода на застрахователното покритие на независещи от

застрахованото лице причини, застрахователят покрива следните разходи, свързани с промяната в продължителността на престоя на застрахованото лице в чужбина:

1. при „съкращаване на престоя“:

а) за закупуване на нов билет за икономична класа на самолет, влак или автобус, в случай че предварително закупеният билет за връщане не е използван и не може да бъде презаверен, или

б) за презаверка на билет, при условие че след презаверката билетът е използван.

2. при „удължаване на престоя“:

а) за настаняване в хотел за период от най-много 4 (четири) дни;

б) за закупуване на нов билет за икономична класа на самолет, влак или автобус, в случай че предварително закупеният билет за връщане не е използван и не може да бъде презаверен, или

в) за презаверка на билет, при условие че след презаверката билетът е използван.

(2) „Съкращаване на престоя“ по смисъла на ал.1 е преждевременно прекратяване на пътуването и завръщане на застрахованото лице по спешности, по-рано от планираната и фиксирана в двупосочния билет дата за връщане в Република България или държавата на постоянното му местожителство, поради някоя от следните причини:

1. смърт или спешна хоспитализация на негов роднина;

2. смърт или медицинско репатриране на негов спътник, когато застрахованото лице трябва да придружи пострадалия или неговите телни останки по време на репатрирането;

3. наводнение, пожар или кражба чрез взлом в постоянното му жилище, когато пристъпването на застрахованото лице на място се изисква от органите, които разследват събитието.

(3) „Удължаване на престоя“ по смисъла на ал.1 е отлагане на предварително планираното връщане на застрахованото лице в Република България или държавата на постоянното му местожителство, за което има закупен двупосочен билет с фиксирани дати, поради злополука или акутно заболяване, вследствие на което застрахованото лице е хоспитализирано или му е предписан режим на лечение, който не позволява пътуване.

Чл. 17. (1) По риск „**Лични документи**“, в случай че по време на пътуване или престой в чужбина личен документ на застрахованото лице (лична карта, паспорт, виза или свидетелство за управление на МПС) бъде изгубен, повреден, унищожен или откраднат, застрахователят покрива разходи за издаване на временен заместващ документ от същия вид.

(2) Застрахователят не покрива разходите по ал.1, в случай че документът е с изтекъл срок на валидност или е задържан или конфискуван от съответните компетентни органи.

Чл. 18. (1) По риск „**Правни разноси**“ застрахователят покрива разноси за правна защита на застрахованото лице, в случай че по време на пътуване или престой в чужбина срещу него бъде предявен иск за причинени вреди на трети лица или за извършено административно нарушение съгласно местното законодателство. По този риск се покриват вреди и административни нарушения, настъпили или извършени в периода на застрахователно покритие на територията на държава, различна от държавата по обичайно пребиваване на застрахования и включена в териториалното покритие по застраховката.

(2) Застрахователят не покрива:

1. задължения на застрахованото лице за плащане на съдебна гаранция или глоба, конфискация или друга имуществена санкция по смисъла на наказателна или административнонаказателна разпоредба;

2. разноси за свидетели и/или назначаване на съдебна експертиза;

3. съдебни разноси, включително разноси за държавни такси.

Чл. 19. (1) По риск „**Гражданска отговорност**“ застрахователят покрива отговорността на застрахованото лице за вреди, причинени от него на трети лица по време на пътуване или престой в чужбина на територията на държава, включена в териториалното покритие по застраховката.

(2) Предмет на покритие по ал.1 са:

1. неимуществени и имуществени вреди вследствие на телесно увреждане или смърт;

2. вреди, причинени на чуждо имущество;

3. съдебни разноси, присъдени в тежест на застрахованото лице във връзка с предявяването на претенция за обезщетяване на вреди по т. 1 – 2.

Чл. 20. (1) По риск „**Спасителни разходи**“ застрахователят покрива действително извършените разходи от местни специализирани служби за издирване, спасяване и оказване на първа помощ на застраховано лице.

(2) Застрахователят не покрива разходи за издирване и спасяване:

1. в случай на неспазване от застрахованото лице на установените правила, маркировки, предупредителни или забранителни знаци или табели, устни или писмени указания на екскурзоводи, водачи, спасителни служби или на всеки друг компетентен орган, отговарящ за безопасността на съответното място;

2. в пустини, джунгли, планини над 4 000 метра надморска височина, Арктика и Антарктида.

Чл. 21. (1) По риск „**Влошаване на хронично заболяване**“, в случай че по време на пътуване или престой в чужбина здравословното състояние на застрахованото лице внезапно се влоши вследствие обостряне на съществуващо хронично заболяване, което пряко застрашава здравето и живота му, застрахователят покрива разходи за оказване на неотложна или спешна медицинска помощ, включително медицински транспорт.

(2) Медицинската помощ по ал.1 включва само медицинските дейности, насочени към овладяване на острата болкова симптоматика и възстановяване на здравето на застрахованото лице до степен, която му позволява да продължи пътуването.

Чл. 22. (1) По риск „**Усложнения при бременност след 26 г.с.**“, в случай че по време на пътуване или престой в чужбина внезапно настъпят неочаквани усложнения, свързани с бременността на застрахованото лице след 26-та навършена гестационна седмица, които пряко застрашават здравето и живота на бременната и/или бебето, застрахователят покрива разходи за оказване на неотложна или спешна медицинска помощ, включително медицински транспорт.

(2) Застрахователят не покрива каквито и да е разходи в случай на усложнения, за които застрахованото лице е знаело и които са били установени преди сключването на застрахователния договор (рискова/патологична бременност).

Чл. 23. (1) По риск „**Заместващ персонал**“ застрахователят покрива реално извършени разходи за закупуване на билет за икономична класа на самолет, влак или автобус за заместващ служител, който ще поеме служебните ангажменти на застрахованото лице, за които то е било командировано в чужбина, но които не може да продължи да изпълнява поради:

1. хоспитализация в болнично заведение или медицинско репатриране вследствие на злополука или акутно заболяване, покрити съгласно настоящите Общи условия;

2. смърт или трайно намалена работоспособност вследствие на злополука, покрити съгласно настоящите Общи условия.

Чл. 24. (1) По риск „**Трайно намалена работоспособност вследствие на злополука**“ застрахователят покрива злополука, настъпила по време на пътуване или престой в чужбина, последствията от която са се проявили до 12 (дванадесет) месеца от датата на застрахователното събитие и са довели до трайно намалена работоспособност на застрахованото лице.

(2) Застрахователят изплаща на застрахованото лице такъв процент от лимита на отговорност, договорен за този риск, както и процентът на трайно намалената работоспособност, определен от съответния компетентен орган на медицинската експертиза.

(3) В случай че застрахованото лице има установен процент трайно намалена работоспособност преди настъпване на застрахователното събитие, този процент не се отчита при определяне на размера на застрахователното обезщетение.

Чл. 25. (1) По риск „**Смърт вследствие на злополука**“ застрахователят покрива злополука, настъпила по време на пътуване или престой в чужбина и довела до смърт на застрахованото лице.

(2) На третите ползвачи се лица или на законните наследници на застрахованото лице се изплаща лимита на отговорност, договорен за този риск.

(3) Когато е изплатено обезщетение за трайно намалена работоспособност вследствие на злополука и последваща смърт на застрахованото лице в резултат на злополуката до една година от датата на настъпването ѝ, дължимата застрахователна сума за смърт се намалява с размера на изплатеното обезщетение за трайно намалена работоспособност.

(4) Не се покрива риск „смърт“ на застраховано лице, което е малолетно, или лице, поставено под пълно запрещение.

Обхват на покритието

Чл. 26. (1) Застрахователното покритие е валидно само за събития, настъпили в рамките на териториалния обхват, посочен в застрахователния договор.

(2) Независимо от договорения териториален обхват, застрахователното покритие няма действие по отношение на събития, настъпили на територията на Република България и всяка друга държава, на която застрахованото лице е гражданин или в която то се ползва със статут на дългосрочно или постоянно пребиваващ.

Чл. 27. (1) В случай че по време на престоя си в чужбина застрахованото лице ще упражнява спорт или ще извършва работа, свързана с леко или тежко физическо натоварване или дейност, свързана с повишен риск за здравето или при която са предвидени стандарти или мерки за безопасност, при изрична договореност между страните, застрахователното покритие може да бъде разширено и по отношение на тези дейности, като дейността се вписва в застрахователния договор като цел на пътуването.

(2) „Работа, свързана с леко физическо натоварване“ по смисъла на ал.1 е полагане на труд от застрахованото лице в областта на хотелиерството и ресторантьорството, търговията, информационните технологии, услугите, образованието, административните дейности, здравеопазването, недвижимите имоти, държавното управление или в друг икономически сектор, в който естеството на работата изисква леко физическо натоварване.

(3) „Работа, свързана с тежко физическо натоварване“ по смисъла на ал.1 е полагане на труд от застрахованото лице в областта на добивната или преработващата промишленост, строителството, транспорта, складирването, селското, горското или рибното стопанство, озеленяването, охранителната дейност, управлението на отпадъци или в друг икономически сектор, в който естеството на работата изисква тежко физическо натоварване.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл. 28. (1) Застрахователят не изплаща обезщетение или сума и не покрива разходи за събития, настъпили:

1. извън периода на застрахователното покритие;

2. в резултат на неспазване на или отказ от предписан режим и/или лечение, както и при самолечение;

3. докато застрахованото лице е под влиянието на или при употребата на алкохол, наркотици, упойващи вещества или медикаменти, стимулиращи вещества или

такава с характер на допинг;

4. при или в резултат на участие на застрахованото лице в експерименти, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;

5. при или в резултат на груба небрежност, незаконни и противоправни действия, оказване на съпротива на орган на властта, самоубийство, самонараняване или съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот) от страна на застрахованото лице;

6. в резултат на умствено, психично или психоневрологично смущение, състояние или заболяване на застрахованото лице, включително, но не само, функционално нервно разстройство, депресия, невроза и други подобни, като не се покрива и тяхната диагностика или каквото и да е лечение;

7. в резултат на война, военни действия или учения, тероризъм, бунтове, стачки, митинги, шествия, граждански вълнения, или други събития от подобно естество;

8. в резултат на газози, атомни или ядрени експлозии, радиация, замърсявания (биологично, химическо или друго), аварийни или бедствени ситуации, неправомерно използване на запалими или взривни материали.

(2) Застрахователят не изплаща обезщетение или сума и не покрива разходи за събития, настъпили по време на:

1. спорт или дейност, които са извън обхвата на договорената и вписана цел на пътуване в застрахователния договор;

2. спорт или дейност без необходимата предпазна екипировка, оборудване и/или в некатегоризирани, неподдържани, необозначени, несъоръжени или небезопасени за целта места;

3. туризъм, включващ екстремни спортове, които не е организиран от лицензиран туроператор и/или без придружаващ лицензиран инструктор или водач;

4. контактни спортове, скално катерене, алпинизъм, планинарство над 4000 метра надморска височина, хели ски, гмуркане на дълбочини над 10 метра, мотоциклетизъм, парашутизъм, безмоторно летене, бейсджъмпинг, пещерничество, спелеология, циркова дейност, каскади, както и всякакви други екстремни дейности и спортове.

(3) Освен ако е договорено друго, застрахователното покритие не включва обезщетение, сума или каквито и да е разходи, включително спешна и неотложна медицинска помощ, свързани с:

1. минали или хронични заболявания или техни рецидиви;

2. бременност, раждане или аборт, включително последиците от тях;

3. СПИН и заболявания, предавани по полов път;

4. множествена склероза, епилепсия, цирроза, остеопороза, злокачествени заболявания или доброякоствени образувания;

5. вродени аномалии и заболявания, премахване на физически дефекти;

6. кожни изгаряния, причинени от въздействието на слънчевите лъчи или на кварците, солариумни или други подобни лампи.

7. всички видове хернии, радикулит, дископатия, увреждане на междупрешленни дискове, лумбаго, артроза, ишиас.

(4) Застрахователят не покрива:

1. превенция на здравето (прегледи и/или диагностика с профилактичен характер);

2. ваксинации и имунизации;

3. рехабилитация, физиотерапия, масажи, възстановителни процедури, следболнично лечение и други подобни;

4. извличане, съхранение или имплантиране на стволни клетки, трансплантация или имплантация на органи и тъкани;

5. изработка и/или поставяне на изкуствени зъби, зъбни коронки, мостове, импланти, протези, изкуствени крайници, коригиращи устройства и други подобни;

6. пластично-възстановителни, реконструктивни, пластични или козметични корекции, процедури, манипулации или операции, или други козметични услуги, както и последиците от тях;

7. диагностика и лечение, при които се използват методи и средства на нетрадиционната медицина и/или извън утвърдените медицински стандарти, както и които не са проведени/назначени от правоспособен лекар или са назначени и/или проведени от самото застраховано лице или негов роднина;

8. дейности и услуги, свързани с личния комфорт на застрахованото лице по време на болничен престой, включително настаняване в самостоятелна стая, ползване на телевизор, телефон, интернет и други подобни;

9. разходи, извършени на територията на Република България или всяка друга държава, на която застрахованото лице е гражданин или в която то се ползва със статут на дългосрочно или постоянно пребиваващ;

10. тази част от разходите, която е платима от друг застраховател, държавен орган, социална или здравна програма, или други подобни;

11. тази част от разходите, с която се надхвърлят разумните и обичайни разходи или разходите, които биха били направени, ако са използвани услугите на посочено от асистиращата компания лечебно заведение или лице;

12. глоби, неустойки, лихви или други санкционни плащания, наложени на застрахованото лице.

(5) По застрахователния договор не се покрива отговорността на застрахованото лице за вреди:

1. които произлизат от замърсяване, продукт или неизпълнение на договор;

2. произлизаци от собствеността и/или използването на сухопътно превозно средство, плавателен съд, летателен апарат, недвижим имот или животно, за което застрахованото лице отговаря;

3. които се дължат на професионалната дейност на застрахованото лице;

4. настъпили вследствие употребата на оръжие.

Чл. 29. Застрахователят не предоставя покритие и не е отговорен да плати каквито и да е разходи, обезщетение или сума, в случай че:

1. застрахованото лице пътува с цел лечение в чужбина или противно на лекарско предписание;

2. от страна на застрахованото или друго лице, което има право да получи застрахователното обезщетение, са извършени действия или бездействия, целящи инсцениране на застрахователно събитие, измама или заблуда на застрахователя, включително при предоставяне на неавтентични документи или документи с невярно съдържание.

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Сключване на договора

Чл. 30. (1) Застрахователният договор се сключва по предложение на застрахователя писмено във формата на застрахователна полица.

(2) Договорът се сключва за определен срок, който може да бъде:

1. от един ден до една година - в зависимост от продължителността на престоя в чужбина;

2. една година - когато договорът е „мултирип“.

(3) При сключването на застрахователния договор:

1. когато застрахователят е поставил въпроси, застрахователят, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер е длъжен да обяви точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска;

2. застрахователят представя декларация за здравословно състояние в случаите по чл.2, ал.3.

(4) Неразделна част от застрахователния договор са настоящите Общи условия, въпросник, декларация за здравословно състояние в случаите по чл.2, ал.3., платежни и други писмени документи, издадени към него.

Чл. 31. (1) Договор „мултирип“ се сключва за неограничен брой пътувания в чужбина в периода на застрахователното покритие, всяко от които с продължителност до договорения ефективен период, като общият брой дни престой в чужбина не може да надвишава 180 (сто и осемдесет) за срока на договора.

(2) Под „ефективен период“ се разбира максималният период на престой на застрахованото лице в чужбина при всяко отделно пътуване, като този период може да бъде 30 (тридесет), 60 (шестдесет), 90 (деветдесет) или 120 (сто и двадесет) последователни дни.

(3) След изтичането на договорения ефективен период или при надвишаване на 180 дни общ престой в чужбина, застрахователното покритие се прекратява.

Чл. 32. (1) При условие че е платена дължимата премия, застрахователното покритие започва от момента на пресичане на границата при напускане на страната, чиито гражданин е застрахованото лице и/или където се намира постоянният му адрес, но не по-рано от момента, от който започва да тече срока на договора.

(2) Когато се застрахова лице, което при сключването на застрахователния договор се намира в чужбина, застрахователното покритие започва след изтичане на 15 (петнадесет) дни от началото на срока на договора, при условие че е платена дължимата премия. Това ограничение не се прилага когато застрахователният договор се сключва с цел продължаване на застрахователното покритие по настоящите Общи условия и при условие, че новият договор е сключен преди изтичането на срока на действие на предходния.

(3) Застрахователното покритие се прекратява с изчерпването на лимита на отговорност, с изтичането на срока на договора или със завръщането на застрахованото лице от чужбина, което настъпи първо.

Прекратяване на договора

Чл. 33. (1) Застрахователният договор се прекратява:

1. с изтичането на срока, за който е сключен;

2. по взаимно съгласие между страните, изразено в писмена форма;

3. едностранно от всяка от страните чрез едномесечно писмено предизвестие, като срокът на предизвестие започва да тече от датата на неговото получаване;

4. в случаите, предвидени в действащата нормативна уредба.

(2) При прекратяване на застрахователния договор преди изтичане на текущия застрахователен период, застрахователят има право на:

1. съответната премия само за частта от застрахователния период, през който е носил покритие, ако през това време не е настъпило застрахователно събитие, но не по-малко от административните разходи, необходими за издаване на застрахователната полица;

2. цялата премия за застрахователния период, ако преди прекратяването на договора настъпи застрахователно събитие.

(3) Застрахователят може да прекрати застрахователния договор без писмено предизвестие преди влизането му в сила, като в този случай дължи на застрахователя плащане само на административните разходи за издаване на застрахователната полица.

(4) При предсрочно прекратяване на договора финансовите отношения между страните се уреждат към датата на прекратяването, освен ако в застрахователния договор изрично е уговорено друго. Задълженията, свързани с връщане или плащане на премия се изпълняват в срок 15 (петнадесет) работни дни от датата на прекратяването.

Лимити на отговорност

Чл. 34. (1) При сключването на застрахователния договор страните договарят общ лимит на отговорност за едно застраховано лице, който представлява

максималната сума, до която застрахователят изплаща обезщетение и/или осигурява непосредствена помощ на застрахованото лице общо за всички застрахователни събития (независимо от техния брой), включени в договореното покритие.

(2) В рамките на договорения общ лимит на отговорност, за всеки един от покритите рискове се определя отделен лимит на отговорност, който представлява максималната сума, до която застрахователят носи отговорност по съответния риск за срока на договора.

(3) Всички лимити на отговорност се отнасят за едно застраховано лице. Когато по договора са застраховани две или повече лица, договорените лимити на отговорност се отнасят за всяко от тези лица поотделно.

Застрахователна премия

Чл. 35. (1) Размерът на застрахователната премия се определя от застрахователя съгласно действащата тарифа за един застрахователен период, равен на срока на застрахователния договор.

(2) Дължимата премия се заплаща еднократно при сключване на застрахователния договор, освен ако в него е посочена друга дата за плащане.

(3) При неплащане на дължимата премия в уговорения срок, застрахователното покритие не започва и договорът не поражда действие.

Права и задължения на страните

Чл. 36. (1) Застрахователят е длъжен да съобщава на застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, предоставени на застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на застрахователя, изпратено от него на адреса на застрахователя, последно обявен пред застрахователя, се смята за връчено и получено от застрахователя с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

(2) Застрахователят е длъжен да запознае застрахованите лица с правата и задълженията им по сключения застрахователен договор и да предостави на всяко от тях информация за застрахователния договор и приложимите по него общи и специални условия.

Чл. 37. (1) Застрахованото лице има право:

1. на достъп до личните си данни, предоставени на застрахователя, както и право да иска коригирането им по реда и условията на Закона за защита на личните данни;

2. при настъпване на застрахователно събитие в чужбина да поиска съдействие от асистиращата компания за получаване на необходимата медицинска, стоматологична или друга непосредствена помощ в зависимост от вида на събитието;

3. при настъпване на събитие, покрито по условията на застрахователния договор, да отправи претенция по реда на настоящите Общи условия.

(2) Правата на застрахованото лице по застрахователния договор са лични и не могат да бъдат преотстъпвани (прехвърляни) на други лица.

Чл. 38. (1) Застрахованото лице е длъжно да положи максимални усилия за предотвратяване настъпването на застрахователно събитие, намаляване и ограничаване на последиците от него.

(2) При настъпване на застрахователно събитие застрахованото лице е длъжно:

1. да се свърже с асистиращата компания лично или чрез друго лице преди предприемането на действия и извършването на каквито и да е разходи. Ако към момента на настъпване на събитието, по основателна причина не може да бъде осъществен контакт с асистиращата компания, уведомяването трябва да бъде извършено възможно най-скоро, но не по-късно от 3 (три) работни дни;

2. да спазва стриктно всички указания на застрахователя, дадени му пряко или чрез асистиращата компания, включително относно медицинско заведение и лекар, към които следва да се обърне;

3. да представи поисканите от него документи, пряко свързани с установяването на събитието и размера на вредите.

Чл. 39. В случай на кражба, загуба или забавяне на багаж, забавяне на полет, изпускане на свързващ полет или изгубване, повреда, унищожаване или кражба на лични документи, застрахованото лице е длъжно да уведоми съответните компетентни органи веднага след узнаването и да изиска от тях документ, удостоверяващ събитието.

Чл. 40. (1) По отношение на риск „гражданска отговорност“, застрахованото лице е длъжно във връзка с покритието за неговата гражданска отговорност в срок до 7 (седем) работни дни от:

1. узнаването да уведоми застрахователя за обстоятелствата, които биха могли да доведат до възникването ѝ;

2. узнаването да уведоми застрахователя за настъпване на застрахователно събитие;

3. узнаването да уведоми писмено застрахователя за предявяването срещу него претенции;

4. връчване на съобщение да уведоми писмено застрахователя за искова претенция срещу него;

5. извършване на плащания по предявяването срещу него претенции да уведоми писмено застрахователя за тях.

(2) При предявен съдебен иск от увреденото лице застрахованото лице е длъжно в законовия срок да иска привличане на застрахователя в процеса, когато това е допустимо от закона.

(3) Застрахованото лице не трябва да води преговори и да сключва спогодба с увреденото лице, нито да признава задължение и да извършва плащане без писменото съгласие на застрахователя.

Чл. 41. При предявяване на претенция застрахованото лице е длъжно да уведоми застрахователя за всяка друга застраховка, по която се покриват рискове, които изцяло или частично съпадат с тези, покривани по застрахователния договор, сключен със застрахователя, както и за всички суми, получени по такива застраховки и/или от трети лица. Тази разпоредба не се прилага за рисковете „трайно намалена работоспособност“ и „смърт“ вследствие на злополука.

Чл. 42. (1) Всяко едно задължение на застрахованото лице, посочено в настоящите Общи условия и/или в застрахователния договор, се счита за значително с оглед интереса на застрахователя.

(2) При настъпване на застрахователно събитие като следствие от неизпълнението на задължение на застрахованото лице, застрахователят може да откаже или да намали застрахователното обезщетение съответно на тежестта на неизпълнението.

Чл. 43. Застрахователят има право преди сключване на застрахователния договор, както и по време на неговото действие да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на лицето, чиято живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

Чл. 44. Застрахователят е длъжен:

1. в случай на застрахователно събитие да покрие разходите и/или да изплати обезщетение или сума съгласно условията на сключения застрахователен договор и настоящите Общи условия;

2. при получаване на жалба от правоимащото лице относно размера на определеното обезщетение в срок от 7 (седем) дни писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на решението си;

3. да обработва всички лични данни, предоставени му във връзка със застрахователния договор, в съответствие с разпоредбите на приложимото българско законодателство.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Застрахователна претенция

Чл. 45. (1) При настъпване на застрахователно събитие застрахованото лице е длъжно възможно най-скоро, но не по-късно от 3 (три) работни дни да се свърже с асистиращата компания лично или чрез друго лице преди предприемането на действия или извършването на каквито и да е разходи.

(2) При настъпване на риск „трайно намалена работоспособност“ или „смърт“ вследствие на злополука правоимащото лице е длъжно да уведоми застрахователя в срок до 7 (седем) работни дни от настъпване на събитието.

(3) В случаите на неизпълнение на задължението по ал.1, застрахователят има право да откаже да покрие разходи, надвишаващи сумата от 150 (сто и петдесет) евро, които са направени без предварително одобрение от асистиращата компания или застрахователя.

Чл. 46. (1) Асистиращата компания оказва съдействие на застрахованото лице и предоставя информация за получаване на необходимата помощ чрез даване на указания за предприемане на действия, организиране на домашно посещение на лекар, насочване към лекари, стоматолози, лечебни заведения, адвокати или други лица, които могат да предоставят на застрахованото лице услугите, от които то се нуждае, включително заплаща одобрените от застрахователя разходи за получените от застрахованото лице услуги.

(2) Контакт с асистиращата компания се осъществява чрез дежурния телефон, посочен в застрахователния договор.

(3) Когато, съгласно указанията на асистиращата компания или застрахователя, застрахованото лице е заплатило за своя сметка разходите за ползваните услуги/стоки, то може да отправи писмена претенция пред застрахователя за възстановяването им.

(4) В случай че застрахованото лице не спазва указанията, дадени му от асистиращата компания, застрахователят има право да откаже да покрие разходи, надвишаващи сумата от 150 (сто и петдесет) евро, които са направени без предварително одобрение от асистиращата компания или застрахователя.

(5) Когато разходите не се покриват директно от асистиращата компания - в случай на загуба или забавяне на багаж, забавяне на полет, изпускане на свързващ полет или изгубване, повреда, унищожаване или кражба на лични документи, застрахованото лице заплаща за своя сметка разходите за ползваните услуги или закупените стоки, след което може да отправи писмена претенция пред застрахователя за възстановяването им.

(6) Застрахователят не носи отговорност за забавяне или неизпълнение на задълженията си за оказване на помощ, ако забавата или неизпълнението са предизвикани от форсмажорни обстоятелства, включително, но не само, военни действия, бунт, революция, въстание, военен преврат, размирици, стачка, локаут, тероризъм.

Чл. 47. (1) При предявяване на претенция пред застрахователя за възстановяване на разходи или за изплащане на обезщетение или сума застрахованото лице, респективно правоимащото лице е длъжно да попълни уведомление по образец на застрахователя и да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на застрахователя.

(2) Към застрахователната претенция задължително се представят всички документи, които са от значение за доказване на основанието на претенцията и за определяне на размера на обезщетението.

(3) В зависимост от вида на застрахователното събитие документите по ал. 2 са:

- официален документ от съответния компетентен орган, който доказва настъпването на застрахователното събитие (полиция, пожарна, спасителна служба, летищни власти и други);
 - платежни документи за ползваните услуги и/или извършените разходи - в оригинал;
 - при злополука или заболяване: медицински доклад или друг документ за извършен медицински преглед или проведено лечение; епикриза; медицински назначения (предписания); рецепта; резултати от проведени изследвания;
 - при забавяне на полет, загуба или забавяне на багаж: документ, доказващ събитието, издаден от авиопревозвача; билет за съответния полет; платежен документ в оригинал за закупени стоки от първа необходимост, удостоверяващ вида и стойността на всяка стока;
 - при изпускане на свързващ полет: документ, доказващ събитието, издаден от авиопревозвача; билет за съответния полет;
 - при съкращаване или удължаване на престоя в чужбина - документи, доказващи основанието за съкращаване или удължаване на престоя; двупосочен билет с фиксирана дата за връщане;
 - при изгубване, повреда, унищожаване или кражба на лични документи: полицейски протокол или друг документ, доказващ настъпването на събитието; документ за платена такса за издаване на нов временен документ;
 - в случай на трайна загуба на работоспособност - документи, доказващи злополуката; решение, издадено от компетентния орган на медицинската експертиза (ТЕЛК);
 - в случай на смърт на застрахованото лице - документи, доказващи злополуката; смъртен акт; лекарска констатация за причината за смъртта; удостоверение за наследници;
 - обвинителен акт, с който застрахованото лице е поведено под отговорност – при събития, включени в покритието „правни разноси“ или „гражданска отговорност“;
 - други документи в зависимост от вида на събитието.
- (4) Освен изброените в ал. 3 документи застрахователят може да изиска допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му или необходимостта от които не е могла да се предвиди към датата на завеждане на претенцията. Застрахователят може да упражни правото си по предходното изречение в срок 45 (четиридесет и пет) дни от датата на представяне на доказателствата, определени с договора или изискани при завеждането на застрахователната претенция.
- (5) Документите по ал. 3 и 4 се представят пред застрахователя в оригинал или копие, като:
- платежните документи трябва да бъдат издадени на името на застрахованото лице и да съдържат стойността на всяка една извършена услуга или закупена стока – в оригинал;
 - медицинските документи за извършен преглед или проведено лечение трябва да съдържат подробно описание: анамнеза, обективно състояние, поставена диагноза, назначени изследвания и терапия;
 - документите трябва да бъдат придружени с легализиран превод на български език;
 - разходите за тяхното набавяне са за сметка на лицето, отправило претенцията.
- Чл. 48.** (1) Застрахователят се произнася по претенцията в срок 15 (петнадесет) работни дни от представянето на всички доказателства, като:
- определя и изплаща размера на обезщетението или
 - мотивирано отказва плащане.
- (2) Когато не са представени всички изискани доказателства застрахователят се произнася по един от начините по ал. 1 не по-късно от шест месеца от датата на завеждане на претенцията.
- Застрахователно обезщетение**
- Чл. 49.** (1) Застрахователното обезщетение се определя въз основа на представените пред застрахователя доказателства и е до размера на лимита на отговорност за съответния покрит риск, като общата сума на всички обезщетения не може да надхвърля договорения общ лимит на отговорност, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития в срока на договора и предявените претенции.
- (2) В случаите на многократно застраховане по смисъла на Кодекса за застраховането застрахователят отговаря в такава пропорция, в каквато съответният лимит на отговорност по сключената с него застраховка се отнася към общия лимит на отговорност по всички застраховки, като общо изплатеното от застрахователите обезщетение не може да надхвърля действително претърпените вреди. Тази разпоредба не се прилага за рисковете „трайно намалена работоспособност“ и „смърт“ вследствие на злополука.
- (3) При определянето на застрахователното обезщетение застрахователят има право:
- на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на застрахованото лице, като може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето;
 - да извършва проверка на обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие и на представените по претенцията доказателства чрез свои или независими експерти, както и да изиска становища от доверени лекари-консултанти и/или от независими експерти;
 - да организира допълнителни медицински прегледи и/или изследвания на застрахованото лице.
- (4) Застрахователното обезщетение се намалява с:
- размера на сумите, с които застрахованото лице е овъзмездено за направените разходи от друг застраховател, трети лица или по силата на правни разпоредби;

- други суми, които застрахователят не възстановява съгласно тези Общи условия и сключения договор.
- (5) Когато с получените суми по ал. 4, т. 1 застрахованото лице е овъзмездено в пълен размер, застрахователят не дължи застрахователно обезщетение. Тази разпоредба не се прилага за рисковете „трайно намалена работоспособност“ и „смърт“ вследствие на злополука.

VII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 50. (1) С плащането на застрахователното обезщетение, когато застрахователното събитие е причинено от действие или бездействие на трето лице или от вещь, за която отговаря трето лице, застрахователят встъпва в правата на застрахованото лице срещу съответното трето лице до размера на платеното обезщетение и обичайните разноси, направени за неговото определяне, по реда и условията, предвидени в действащото българско законодателство.

(2) В случаите по ал. 1:

- застрахованото лице и застрахователят са длъжни да съдействат на застрахователя при упражняване на правата му срещу отговорните за вредата лица;
- застрахованото лице е длъжно да окаже съдействие и да предостави на застрахователя всички документи, доказателства и сведения, необходими за предявяване на регресен иск от застрахователя срещу отговорните за вредата лица, в оригинал или нотариално заверен препис;
- отказът на застрахованото лице да упражни правата си срещу отговорно за вредата лице няма сила спрямо застрахователя.

Чл. 51. (1) Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнението на застрахователния договор се уреждат в писмена форма.

(2) Писмените изявления и съобщения, от каквото и да било естество, се считат за извършени в уговорения срок, ако са предадени по пощата, по факс или с електронно съобщение до изтичането на последния ден на срока.

(3) Известие или съобщение от застрахователя, връчено на ръка на застрахователя или застрахованото лице, в това число на техен служител, пълномощник или законен представител, се смята получено от застрахователя, съответно от застрахованото лице, от момента на връчването.

(4) Данните, съдържащи се в застрахователния договор, представляват търговска и застрахователна тайна. Страните по договора са длъжни да смятат цялата информация, която обменят помежду си във връзка с неговото изпълнение, за поверителна и да не я споделят или разгласяват пред трети лица без съгласието на другата страна, освен когато разкриването на тази информация е задължително по закон.

(5) Застрахователят не дължи лихва за неправилно заплатена застрахователна премия, както и за ненавременен поискан или получено застрахователно обезщетение, в случай че забавянето е вследствие непредставяне на данни за банковата сметка, по която да бъде преведено обезщетението.

(6) Настоящите Общи условия са отредени на български език. Независимо, че може да имат превод на други езици, в случай на несъответствия в тълкуването или превода ще се прилага българският текст.

Чл. 52. (1) Спрямо застрахователния договор се прилага действащото законодателство на Република България.

(2) За всички въпроси, неуредени в застрахователния договор или настоящите Общи условия, се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховането и приложимото българско законодателство.

(3) Всички спорове между страните по застрахователния договор се разрешават чрез преговори, а при невъзможност за постигане на съгласие между страните се отнасят за разглеждане пред компетентния български съд.

(4) При несъответствие между застрахователния договор и разпоредбите на тези Общи условия има сила уговореното в договора.

(5) Правата и задълженията по застрахователния договор във връзка със застрахователното обезщетение се погасяват с изтичане на законовия давностен срок, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 53. (1) Тези Общи условия:

1. са приети от Съвета на директорите на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД с решение от 05.08.2020 г. и влизат в сила от 01.09.2020 г.;

2. могат да бъдат изменени и/или допълвани за всеки конкретен случай със специални условия или добавъци.

(2) Настоящите Общи условия могат да бъдат изменени или заменени с нови по реда, по който са приети, като застрахователните договори, заварени от влизането в сила на измененията или на новите Общи условия, продължават действието си съгласно Общите условия, по които са били сключени.