

ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ“, СВЪРЗАНА С ИНВЕСТИЦИОНЕН ФОНД

Застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд от „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД Ви осигурява възможност за получаване на доходност върху инвестирания капитал и застрахователна защита при събития в резултат на злополука или заболяване, които могат да имат неблагоприятно въздействие върху Вашия живот и здраве.

Със сключването на застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд Вие имате възможност да влагате средства в инвестиционни фондове, опериращи на световните финансови пазари и работещи с различни финансови инструменти като акции, облигации, държавни ценни книжа, депозити и др. Фондовете могат да бъдат отворени (безсрочни, с възможност за изтегляне на капитала във всеки момент) или затворени (с крайна или падежна дата).

По този вид застраховка Вие можете да постигнете по-висока доходност на вложените (инвестираните) средства от класическите застраховки „Живот“.

Инвестиционните фондове се различават по видовете активи, в които инвестират, следователно и по рисковите профили на всеки един от тях.

Инвестирайки в инвестиционен фонд, Вие се излагате на влиянието на движението на финансовите пазари и като Застраховач по застраховката поемате инвестиционния риск през срока на договора. Някои фондове могат да предлагат различни степени на защита на инвестирания капитал.

Застрахователят Ви предоставя, освен настоящите Общи условия и Основна информация за продукта. В този документ се дава детайлна информация за продукта и инвестиционните фондове, с цел взимане на информирано решение от Вас като Застраховач преди сключване на застраховката.

Застрахователят инвестира премиите, платени от Вас, в инвестиционните фондове свързани с конкретния избран продукт.

Застрахователят публикува актуална информация за стойността на предлаганите инвестиционни фондове на интернет адрес: www.dzi.bg

По застраховката получавате застрахователна защита като при настъпване на застрахователно събитие, ние ще изплатим договорените суми в случай на инвалидност или фатално събитие вследствие на злополука. Можете да сключите застраховка за определен или неопределен срок, като си гарантирате дългосрочна застрахователна защита за целия период на застрахователно покритие. Вие избирате начина на плащане на дължимата сума (застрахователна премия) – разсрочено (месечно, тримесечно, шестмесечно и годишно) или еднократно.

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

При необходимост или при настъпване на застрахователно събитие, Вие можете да се свържете с нас чрез нашия денонощен контактен център на тел.: 0700 16 166 или на електронна поща: clients@dzi.bg, както и да подадете претенция във всяко от нашите структурни звена. Правилата за приемане на претенции, редът за определяне размера на застрахователното обезщетение, разплащане с клиентите и разглеждането на жалби, във връзка със застрахователни плащания, се регламентират с „Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори“, които са публикувани на интернет страницата на ДЗИ: www.dzi.bg

ОБЩИ УСЛОВИЯ НА ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“ СВЪРЗАНИ С ИНВЕСТИЦИОНЕН ФОНД

Редакция 5 от 01.10.2018 г., в сила от 01.11.2018 г.

I. ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА ЗА ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ“ СВЪРЗАНА С ИНВЕСТИЦИОНЕН ФОНД

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

2. При застраховки „Живот“, свързани с инвестиционен фонд, Застрахователят носи риска от инвестицията в избрани от него активи, пряко свързани със стойността на дялове в инвестиционните фондове.

II. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

3. Застраховат се здрави лица на възраст от 18 до 69 години. Възрастта на застрахования се определя в цели години към датата, посочена за начало на застраховката.

4. Могат да се застраховат при утежнен риск или при специални условия лица, боледуващи или преболедували определени болести или лица с увреждания.

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

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

5. Не се застраховат лица:

5.1. с инвалидност над 50%;

5.2. навършили 70 години;

5.3. лица, поставени под запрещение, с покритие за риск „смърт“.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ (ПОКРИТИ РИСКОВЕ)

6. Застрахователят включва в застрахователния договор един или няколко от следните рискове:

6.1. Изтичане (доживяване) края на срока на договора;

6.2. Смърт (загуба на живот);

6.3. Инвалидност (трайна неработоспособност) над 75% от злополука или заболяване;

6.4. Смърт (загуба на живот) от злополука;

6.5. Инвалидност (трайна неработоспособност) от злополука;

6.6. Временна неработоспособност от злополука;

6.7. Диагностициране на особено тежко заболяване.

7. Застрахователят има право да включва и други рискове от видовете и подвидовете застраховки, съгласно Раздел I от Приложение 1 на КЗ.

8. Застрахователният договор е валиден за събития, настъпили на територията на Република България и чужбина.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

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

9.1. Самоубийство или опит за самоубийство, извършено преди да са изтекли три години от сключването на застраховката. В този случай, ако са налице условията за откуп, на лицата, които биха имали правото да получат застрахователната сума при настъпване на събитие, което не е изключен риск, се изплаща откупната стойност по застраховката.

9.1.1. Ограничението по т.9.1. не се прилага, когато самоубийството, съответно опитът за самоубийство, е извършено в състояние на неспособност да разбира свойството и значението на постъпките си, както и да ги ръководи.

9.2. Умишлено извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер.

9.3. Смъртта е настъпила, вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда.

9.4. Война, военни действия и употреба на военна сила, граждански размирици, бунтове или терористични актове.

9.5. Земетресение.

9.6. Радиоактивни аварии, атомни и ядрени експлозии, аварии и облъчване.

9.7. Употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимулатори, допинги и други психотропни вещества и породените от тях увреждания на здравето, включително

свързани с употребата злополуки, пътно-транспортни произшествия, травми и наранявания;

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

9.9. Други събития, настъпили вследствие на умишлено предизвикано от Застрахования сбиване, умишлено самонараняване или съзнателно излагане на опасност, освен в случаите на самоотбрана, спасяване на човешки живот или имущество;

9.10. СПИН;

9.11. Пандемии

9.12. Умишлени действия от страна на лице, имащо право да получи цялото или част от застрахователното плащане;

9.13. Бременност – нормална и патологична; спонтанен и предизвикан аборт; стерилитет; раждане, както и породените от тях усложнения; освен ако са в причинна връзка със злополука;

9.14. Заболяване, диагностицирано преди началото на застраховката.

9.14.1. При групови договори за сметка на работодателя, подновени/сключени без прекъсване, отговорността на Застрахователя обхваща и заболявания, възникнали/диагностицирани по време на действието на предходните договори.

9.15. Упражняване на опасни спортни занимания или хобита: алпинизъм или скално катерене, лов, пещерно дело, безмоторно летене, делтапланеризъм, парашутизъм, подводен спорт, водомоторен спорт, автомобилизъм и мотоциклетизъм, каскадьорство и др.

9.16. Пътувания с въздушен транспорт, когато не са изпълнени изискванията застрахованият да бъде редовен пътник с билет, на борда на лицензирана авиокомпания, извършваща редовни въздушни превози по установени маршрути или пътуване с чартърни въздухоплавателни средства на лицензирани въздушни превозвачи, оперирани от професионален екипаж между установени и поддържани летища.

9.17. В случаите на смърт, описани от т. 9.1 до т.9.14. вкл., при условие, че застраховката има право на откуп, се изплаща стойността на притежаваните инвестиционни дялове.

9.18. Не се изплащат суми за инвалидност, ако:

9.18.1. Застрахованият не спазва лекарските предписания за лечение;

9.18.2. Застрахованият умишлено е причинил инвалидността.

9.19. Не се изплащат суми за временна неработоспособност, ако дните болничен отпуск не са реално ползвани.

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

V. СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

11. Всяко лице, което желае да сключи индивидуална застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд е необходимо да попълни и подпише: предложение за сключване на застраховката, лична здравна декларация, Въпросник за уместност на продукта и Анализ на нуждите на клиента.

12. При попълване на предложението за застраховане се прави идентификация на Застрахования/Застрахования, съгласно „Вътрешните правила на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД за контрол и предотвратяване на изпирането на пари и финансирането на тероризма“.

13. Застрахователят има право да изисква попълване на финансов въпросник, извършване на медицински прегледи или изследвания от кандидатите за застраховане съгласно действащите Подписвачески правила или по преценка на доверен лекар.

14. Въз основа на данните от личната здравна декларация, лекарския преглед и резултатите от изисканите допълнителни изследвания или прегледи, довереният лекар дава писмено мнение относно сключването на застраховката в лекарски рапорт:

14.1. да се сключи при нормален риск;

14.2. да се сключи при утежнен риск;

14.3. да се намали застрахователната сума;

14.4. да се намали срокът на застраховката;

14.5. да се откаже сключването на договора.

15. Ако Застрахователят откаже да сключи застраховката, Застрахованият се уведомява писмено за решението.

16. Сключване на групови договори по застраховки „Живот“, свързана с инвестиционен фонд:

16.1. Групова застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд се сключва на група лица за сметка на застрахованите лица или за сметка на работодателя (организация), въз основа на попълнени: предложение за застраховане, Въпросник за уместност на продукта, Анализ на нуждите на клиента и списък на застрахованите лица.

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

16.2. В зависимост от броя на лицата в групата, застрахователната сума и възрастта Застрахователят може да изиска от лицата, предложени за застраховане попълване на предложение, лична здравна декларация, финансов въпросник или допълнителни прегледи и изследвания съгласно Подписваческите правила на Застрахователя, както и по своя преценка.

16.3. Въз основа на предложението от страна на Застраховачия и след получаване на първата премия, Застрахователят издава рамково споразумение (Групова полица) и/или индивидуални застрахователни полици.

17. Застрахователният договор се сключва писмено, под формата на застрахователна полица или на друг писмен документ. Неразделна част от застрахователния договор са настоящите Общи условия. При наличие на противоречие между текст от Общите условия и условията на застрахователната полица, валиден е текстът на застрахователната полица.

18. Писменото предложение за сключване на застрахователния договор, личната здравна декларация, финансовият въпросник, Въпросникът за уместност на продукта, Анализът на нуждите на клиента, списъкът на лицата, приложенията към застрахователния договор, резултатите от медицинските прегледи и/или изследвания са неразделна част от застрахователния договор.

19. Застрахователят издава застрахователната полица, след като е приключила оценката на риска на кандидата за застраховане. Оценката на риска се извършва съгласно Подписваческите правила на Застрахователя.

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

20. Застрахователният договор може да бъде сключен за определен или за неопределен срок. Срокът на договора може да бъде по-дълъг от периода на застрахователното покритие.

20.1. Началото на застрахователния договор се определя в месеца, в който първата премия или вноса е постъпила по сметката на Застрахователя – първо число или датата на постъпване на премията.

20.2. Не се допуска началото на застрахователния договор да се връща назад от месеца, в който е сключен.

20.3. Застрахователният договор се прекратява с изтичането на срока, за който е сключен.

21. Период на застрахователното покритие е периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката.

21.1. Периодът на застрахователно покритие започва от 00.00 часа на датата, посочена в застрахователната полица за начало и при условие, че застрахователната премия (или първата разсрочена вноса) е платена в уговорения срок.

21.2. Краят на периода на застрахователното покритие е при навършване от застрахования на 75 г. възраст.

21.2.1. Пределната възраст по застраховки, които са сключени с утежнен риск, се определя от увеличената възраст.

22. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия.

22.1. Застрахователният период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок.

23. Срочен застрахователен договор може да бъде прекратен без неустойки или други разноси от всяка от страните с едномесечно предизвестие, отправено до другата страна. Прекратяването по изречение първо влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

24. В случай че застрахователният договор е сключен за неопределен срок, договорът може да се прекрати без неустойки или други разноси от всяка от страните преди края на текущия застрахователен период. Прекратяването влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

25. Физическо лице, сключило индивидуален застрахователен договор по застраховка „Живот“ със срок повече от 6 месеца, има право едностранно да прекрати договора в срок до 30 дни от датата на сключване на договора, като представи писмено искане до Застрахователя.

26. След втората застрахователна година Застраховачият има право на промяна по договора:

26.1. Застраховачият има право да увеличава или намалява размера на застрахователната сума.

26.2. Застраховачият има право да увеличава или намалява размера на инвестиционната вноса.

26.3. Правото на намаляване на застрахователната сума и инвестиционната вноса се допуска еднократно през срока на договора.

26.4. Застраховачият има право да включва, със съгласието на Застрахователя, допълнителни пакети, ако не са били избрани при сключване на застраховката. Допълнителните пакети могат да се сключват само в началото на застрахователна година и при условие, че няма дължими периодични премии.

26.5. Застраховачият има право да променя периодичността на плащане на премии, избрана при сключване на застрахователния договор. Промяната на периодичността се извършва на база писмено споразумение (анекс) към застрахователната полица и е в сила от началото на следващата застрахователна година и при условие, че няма дължими периодични премии.

27. Всички промени се извършват съгласно Условията на застрахователния продукт, въз основа на писмено искане на Застраховачия и с издаване на Анекс.

28. Когато Застраховач и Застрахован са различни лица, правото на промени по договора има Застраховачият или Застрахованият, със съгласието на Застраховачия.

29. Право на изплатена полица

29.1. Застраховачият има право на трансформация на застраховката в „изплатена полица“, ако договорът е поддържан поне 2 (две) години (или ако са платени 15 на сто или по-голяма част от премията по застраховката), при условие, че дължимите периодични премии са редовно платени.

29.2. След подаване на писмена молба по образец до Застрахователя, застрахователният договор се трансформира в „изплатена полица“, при което:

29.2.1. Задължението за плащане на периодичните премии в бъдеще отпада. Продължава удържането на дължимите: такса по застраховката, такса за управление на фонда и рискови премии.

29.2.2. В случай на смърт или преживяване се изплаща стойността на резерва по застраховката към датата на събитието.

29.2.3. Прекратява се отговорността на Застрахователя по допълнителните покрития (рискове).

29.3. Изплатена полица се прекратява от Застрахователя в случай, че резервът по полицата не достига за покриване на разходите по т.29.2.1.

30. Право на откуп и Частичен откуп

30.1. Застраховачият има право на откуп през срока на договора, при условията, определени в настоящите Общи условия и след попълнено писмено заявление по образец до Застрахователя. 30.1.1. Ако застраховката е сключена в полза на трето лице, което е заявило, че приема уговорката в негова полза, право да получи откупната стойност има третото лице.

30.1.2. Когато Застраховач и Застрахован са различни лица, правото на откуп по договора има Застраховачият или Застрахованият, със съгласието на Застраховачия.

31. Правото на откуп се придобива при следните условия:

31.1. При застраховки с периодични премии – от началото на периода на застрахователното покритие са изминали поне две години и са платени всички премии за този период. Изискването да са изминали поне две години не се прилага, когато са платени 15 на сто или по-голяма част от премията по застраховката;

31.2. При застраховки с еднократни премии – от началото на застраховката да е изминал един месец.

32. Откупната стойност представлява стойността на притежаваните инвестиционни дялове към падежната дата (резерва на застраховката), намалена с таксата за откуп. Резервът по застраховката по време на застрахователния период се променя съобразно текущата стойност на инвестиционния дял и в момента на определяне размера на задължението на Застрахователя, може да бъде по-висок или по-нисък от инвестиционните вноски по полицата.

32.1. Отговорността на Застрахователя по застраховка, по която е подадена молба за откуп, продължава до момента на изплащане на откупната стойност.

32.2. Застрахователят не дължи откупна стойност при предсрочна ликвидация по допълнителните застрахователни пакети.

33. При поискване от страна на Застраховачия, Застрахователят е длъжен да предостави информация за точния размер на откупната стойност.

34. Застраховачият има право на частичен откуп през срока на договора, при условията, определени в настоящите Общи условия и Условията на конкретния продукт, записани в застрахователната полица, след попълнено писмено заявление по образец до Застрахователя. Частичният откуп е на база резерва по застраховката, изчислен към първата дата за оценка, следваща датата на подаване молбата за частичен откуп. В заявлението за частичен откуп Застраховачият трябва да посочи от кои фондове иска изплащането и за каква сума. В случай, че Застраховачият не е посочил от кои фондове иска да получи частичния откуп и разпределението, то тогава Застрахователят извършва частичния откуп пропорционално от фондовете по застрахователния договор.

34.1. Размерът на изтеглената сума не може да бъде по-малък от минималния размер, определен в условията на съответния продукт.

34.2. Задължително условие за правото на частичен откуп е резервът по застраховката да остане не по-малък от минималния размер, определен от Застрахователя в условията на съответния продукт, след изтеглената сума.

35. Таксата при откуп или частичен откуп се посочва в условията на съответния продукт.

VII. ТАКСИ И РАЗХОДИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ИНВЕСТИЦИОННИТЕ ФОНДОВЕ

36. С влизането в сила на застрахователния договор, Застрахователят има право да удържа еднократни или периодични такси и рискови премии за покритие на аквизиционните и ежегодните разходи и застрахователния риск, определени в условията на съответния продукт.

37. Еднократните или периодични такси и рисковите премии се удържат от премиите или от резерва на застраховката.

38. Застрахователят има право да променя размера на таксите. Застрахователят се задължава да информира Застрахователя за всяка промяна най-късно до 30 дни, преди влизането ѝ в сила.

VIII. ПОЛЗВАЩИ СЕ ЛИЦА

39. В зависимост от покрития риск, се посочват:

39.1. „Ползващо лице при смърт” – лице, посочено от Застрахователя, имащо право да получи договореното застрахователно плащане или определена сума, при смърт на Застрахования през срока на договора.

39.2. „Ползващо лице при доживяване” – лице, посочено от Застрахователя, имащо право да получи договореното застрахователно плащане или определена сума при доживяване от Застрахования до края на срока на договора.

40. За сключване на застрахователен договор в полза на трето лице не е необходимо съгласието на това лице. Когато договорът е сключен с определяне на ползващо се лице (трето ползващо се лице) и то е заявило, че приема уговорката в своя полза, право да получи откупната стойност има ползващото лице само ако такова право е изрично предвидено в договора.

41. Когато застрахователният договор е сключен в полза на децата на Застрахователя, без да са посочени поименно, ползващи се лица са и децата, родени след сключването на договора, освен ако е уговорено друго.

42. Ако застрахователния договор е сключен в полза на непосочен поименно съпруг на Застрахователя, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със Застрахователя към деня на настъпването на застрахователното събитие.

43. Когато ползващите се лица са няколко, те имат равни права. Ако ползващо се лице откаже да получи или не получи своята част, неговата част се добавя съответно към частта на останалите ползващи се лица. Ако ползващо се лице до изтичане на давностния срок не потърси своята част от застрахователната сума, Застрахователят я разпределя пропорционално между останалите ползващи се лица. Ако в случаите по изречение трето в едногодишен срок от изтичане на давностния срок ползващо се лице не получи допълнителната част, тя остава в полза на Застрахователя.

44. Ако ползващото се лице почине преди Застрахования и по договора няма определени други ползващи се лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования или на неговите наследници.

44.1. Ако ползващото се лице почине след смъртта на Застрахования, дължимата сума се изплаща на законните наследници на ползващото лице.

45. Ползващото се лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователното събитие или ако е склонило или е подпомогнало застрахованото лице към самоубийство или към предизвикване на застрахователното събитие. Ако ползващите се лица са няколко, частта на ползващото се лице, загубило правата си по договора, при условията по предходното изречение, се разпределя поравно между останалите. Ако няма определени други ползващи се лица, застрахователната сума се изплаща на Застрахования, съответно на неговите наследници.

46. Ако по иск на кредиторите на Застрахователя застрахователният договор бъде отменен, третото ползващо се лице отговаря до размера на получената сума, но за не повече от платените от Застрахователя премии.

47. Право на третото ползващо се лице:

47.1. Застрахователната сума не влиза в наследствената маса на Застрахователя, Застрахования или третото ползващо се лице, дори когато за ползващи се лица са определени наследниците му.

47.2. Ако ползващото се лице е наследник, то има право на застрахователната сума, дори ако се откаже от наследството.

IX. ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА ИНФОРМИРАНЕ

48. Преди сключване на договор за застраховка „Живот”, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на Застрахования.

49. Застрахователят (Застрахованият) е длъжен да отговори добросъвестно, изчерпателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларациите за здравословно и финансово състояние. Когато Застрахованият е непълнолетен,

предложението и личната здравна декларация се попълват от негов законен представител.

50. Ако се установи независимо кога, че застраховката е сключена при неверни сведения за възрастта и/или здравословното състояние на Застрахования, Застрахователят има право:

50.1. Да промени условията на застраховката в едномесечен срок от узнаването, ако при известност на укритите обстоятелства е било възможно тя да бъде сключена.

50.1.1. Ако Застрахователят не приеме предложените промени в двуседмичен срок от получаване на предложението, застраховката се прекратява, като се изплаща стойността на инвестиционните дялове към 1-во число на месеца на прекратяване на застраховката.

50.2. Да прекрати застраховката в едномесечен срок от узнаването, ако при известност на укритите обстоятелства не е било възможно сключването ѝ, като изплати стойността на инвестиционните дялове към 01-во число на месеца на прекратяване на застраховката.

51. Застрахователят има право през срока на застрахователния договор да извърши анкета относно здравословното състояние на Застрахования при сключване на договора.

51.1. При смърт на застрахования (с изключение на случаите на смърт от злополука) се събира информацията относно здравословното състояние на Застрахования при сключване на договора.

51.2. Ако бъде установено, че има укрито заболяване и то е в причинна връзка със смъртта, се изплаща стойността на резерва по застраховката към 01-во число на месеца на събитието.

52. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право да изиска цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования.

53. По време на действието на застрахователния договор Застрахованият/Застрахователят е длъжен да обявява пред Застрахователя, веднага след узнаването им, всяка промяна в обстоятелствата при сключване на застрахователния договор, както и всички нови обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос или изискал данни.

54. Застрахователят задължително поддържа информация за всяка застраховка – параметри на застраховката, информация за постъпилите премии и вноски, падежите, на които са платени, извършените плащания и всички промени по застраховката през срока ѝ.

55. Застрахователят изпраща ежегодно на Застрахователя писмено уведомление за състоянието на резерва по застрахователния договор.

56. Застрахователят се задължава по искане на Застрахователя да предоставя информация за състоянието на застраховката.

57. Застрахователят няма право да дава данни за застраховката на други лица, освен на съдебните и следствените органи в предвидените от законодателството случаи.

58. При промяна на адреса си за кореспонденция, Застрахователят трябва да уведоми Застрахователя в срок до 20 дни за новия си адрес.

59. В случай, че Застрахователят са променили адреса си за кореспонденция по време на действието на застрахователната полица и не са уведомили за това Застрахователя в срок до 20 дни от промяната, то всяка информация или уведомления, изпратени на адреса, посочен от Застрахователя, ще се считат за валидно получени.

60. При промяна в обстоятелствата по застрахователния договор, Застрахователят е задължен на уведоми Застрахователя, както следва:

60.1. При Застраховател физическо лице: ако по време на застраховката настъпи промяна на обстоятелства като гражданство, постоянен адрес, адрес за кореспонденция или адрес на пребиваване, Застрахователят се задължава в срок до 20 дни от съответната промяна да съобщи за това писмено на застрахователя. Същото се отнася и за случаите, когато е настъпила промяна на обстоятелствата, декларираните от Застрахователя при сключване на застраховката за целите на автоматичния обмен на финансова информация за данъчни цели на основание чл.142 т. ал.1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК), определящи неговия статут на местно лице за данъчни цели на съответната юрисдикция/и.

60.2. При Застраховател - образувание (юридическо лице): ако по време на застраховката е настъпила промяна на обстоятелства като адрес (по регистрация, място на управление централен офис) или контролиращи лица на образуването Застрахователят се задължава в срок до 20 дни от съответната промяна да съобщи за това писмено на застрахователя. Същото се отнася и за случаите, когато е настъпила промяна в обстоятелствата, декларираните от Застрахователя при сключване на застраховката за целите на автоматичния обмен на финансова информация за данъчни цели на основание на чл.142 т. ал.1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК), определящи неговия статут на местно лице за данъчни цели на съответната юрисдикция/и.

60.3. В случаите на промяна на обстоятелства, посочени в т.60.1 или 60.2, Застрахователят се задължава да подпише и представи валидна декларация (във форма, посочена от застрахователя), която документира неговия статут на местно лице за данъчни цели на съответната юрисдикция, както и при необходимост да

представи на Застрахователя допълнителни документални доказателства, потвърждаващи достоверността на декларацията.

60.4. В случаите, когато Застрахователят не предостави на Застрахователя валидна декларация или не уведоми Застрахователя за настъпилата промяна на обстоятелства по т.60.1 и 60.2 и Застрахователят узнае за това, последният счита застрахователния договор на Застрахователя като, за който се предоставя информация на Съединените американски щати и има право да прекрати застраховката едностранно, с едномесечно писмено предизвестие, за което Застрахователят дава изричното си съгласие с приемане на настоящите Общи условия.

X. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА И ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

61. Застрахователната сума се избира от Застрахователя. Размерът на минималната и максимална застрахователна сума се определя от Застрахователя.

62. Размерът на застрахователната премията се определя от избрания продукт, срока на застраховката, застрахователната сума, възрастта на Застрахователя и здравословното му състояние.

63. Застрахователната премия може да бъде:

63.1. Годишна – предплаща се в началото на всяка застрахователна година. Застрахователят може да разсрочи годишната премия на месечни, тримесечни или шестмесечни вноски. Разсрочените вноски се предплащат в началото на всеки период, за който се отнасят.

63.2. Еднократна – предплаща се при сключване на застраховката за целия ѝ срок.

63.3. Допълнителна (извънредна) премия – в зависимост от условията на съответния продукт, Застрахователят има право да внася допълнителна премия за закупуване на допълнителни дялове от избран инвестиционен фонд или фондове. Застрахователят има право да плаща допълнителна (извънредна) премия само в случай, че са платени редовните периодични премии.

64. Застрахователните премии (вноски) се заплащат от Застрахователя преди или на падежа, определен в застрахователния договор.

65. Застрахователните премии (вноски) се плащат:

65.1. По касов път (в брой) премията (вноските) се плащат чрез легитимен застрахователен посредник или на касата в поделенията на Застрахователя, срещу квитанция по образец на Застрахователя.

65.2. Чрез банков превод, по електронен път или чрез финансов посредник осъществяващ плащания;

66. Застрахователят определя периодичността на плащане на застрахователните премии (вноски) при сключване на застраховката. Той може да променя периодичността на плащане на премията (вноските) на годишен падеж, след като уведоми писмено Застрахователя. За промяната се издава анекс към застрахователния договор.

67. Плащането на застрахователната премия по застраховки сключени в евро се извършва в български лева по официалния курс на Българска Народна Банка за евро, в деня на плащане на премията, или се извършва директно в евро.

68. Дължимата застрахователна премия (вноска) се плаща на падежа, или най-късно до 24.00 часа на последния ден от втория месец след падежа (двумесечен рисков срок). През това време застраховката е в сила по условията, по които е сключена.

68.1. През втория месец от двумесечния рисков срок Застрахователят е длъжен да покани писмено Застрахователя да плати текущата премия (вноска) в срок от един месец от получаването на уведомлението.

68.2. През този едномесечен срок застраховката се счита за редовна и при настъпване на застрахователно събитие се изплаща дължимата сума.

69. Ако дължимата премия не бъде платена в указания едномесечен срок застраховката става нередовна, като:

69.1. В случай че премията са платени най-малко за две години (или ако са платени 15 на сто или по-голяма част от премията по застраховката) – застраховката се продължава с намалена застрахователна сума като се трансформира в „изплатена полица“, която се изплаща само в случай на смърт или при доживяване на срока ѝ.

69.1.1. Намалената застрахователна сума се определя на базата на откупната стойност към датата на трансформирането, която се приема за еднократна премия за аналогично застрахователно покритие за остатъка от застрахователния срок. За дата на трансформирането се смята датата на падежа на първата неплатена премийна вноска.

69.2. В случай че премията са платени за период по-малък от две години (или ако са платени по-малко от 15 на сто от премията по застраховката), Застрахователят се освобождава от отговорността си по застраховката, без да връща внесените премии. Застрахователният договор се прекратява и застраховката се унищожава поради неподдържане.

70. Застрахователят има право да плаща на Застрахователя и допълнителна премия за инвестиране, при което сумата на допълнителната премия не може да бъде по-ниска от минималния размер, предварително определен от Застрахователя. Минималният размер на допълнителната премия не зависи от размера на периодичната застрахователна премия.

70.1. Няма изискване допълнителната премия да бъде инвестирана в същите фондове, избрани при сключване на застраховката.

70.2. Плащането на допълнителни премии по застраховката не освобождава Застрахователя от задължението му да плаща редовно дължимите разсрочени застрахователни премии.

71. Сумите, които Застрахователят е длъжен да плаща на Застрахователя, според застрахователния договор, се считат за платени, когато постъпят по банковата сметка на Застрахователя.

XI. ИНВЕСТИРАНЕ НА ПРЕМИЯТА И РЕЗЕРВ ПО ЗАСТРАХОВКАТА

72. Застрахователят има право да избира между предлаганите от Застрахователя инвестиционни фондове, в зависимост от различията в очакваната доходност и степента на риск, както и съотношението, в което да бъде вложена инвестиционната вноска във всеки отделен фонд.

73. След представено писмено заявление по образец пред Застрахователя, Застрахователят има право да прехвърля притежаваните инвестиционни дялове от един фонд в друг или да променя съотношението на бъдещите инвестиционни вноски, ако няма дължими неплатени премии. При разсрочени премии промяната влиза в сила в деня на плащането на следващата дължима премия, при условие, че подаденото заявление е одобрено от Застрахователя.

74. Всяка платена от Застрахователя еднократна, периодична или извънредна премия се трансформира в дялове от избрани инвестиционни фондове или фонд, определени от Застрахователя. Трансформирането е в съотношението, избрано от Застрахователя в предложението за застраховане и вписано в застрахователната полица.

75. Застрахователят извършва необходимите изчисления при преобразуването на премията в инвестиционни дялове, според стойността на инвестиционния дял на първата дата за оценка, следваща датата на плащане на периодичната или еднократна премия, или извънредната премия.

76. Резервът на застраховката „Живот“ свързана с инвестиционен фонд се изчислява като общият брой на притежаваните дялове се умножи по стойността на един дял, определена за съответния фонд.

77. Стойността на притежаваните инвестиционни дялове зависи изцяло от стойността на активите в избрания фонд или фондове и не се гарантира от Застрахователя.

78. Застрахователят има право да стартира нови или да прекратява предлагането на инвестиционни фондове, в които се инвестират премията.

78.1. Притежаваните инвестиционни дялове от прекратените фондове се прехвърлят в дялове на други фондове.

78.2. Застрахователят уведомява Застрахователя чрез писмена покана в 30-дневен срок да прехвърли инвестиционните дялове на прекратените фондове в нови фондове.

78.3. След съгласието на Застрахователя, от притежаваните дялове се изваждат дяловете на прекратените фондове и се преизчисляват в съответния брой дялове от един или повече други инвестиционни фондове.

79. При изчисленията във връзка с притежаваните инвестиционни дялове броят дялове от инвестиционни фондове се закръгля максимално до 6 десетични позиции.

XII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ

A/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЛИЦЕТО С ВЪЗНИКНАЛИ ПРАВА ПО ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ“

80. Претенция за изплащане на сума по застрахователен договор се предявява писмено от лицето, с възникнали права по този договор (правоимащо лице).

80.1. При настъпване на застрахователно събитие трябва да се представят следните документи пред Застрахователя:

80.1.1. Правоимащото лице попълва Претенция (по образец на Застрахователя), предоставя пълни и точни данни за банковата сметка и предоставя документ за самоличност при всички застрахователни събития.

80.1.2. Образованата преписка се завежда в регистър за плащания, като на преписката се отбелязва поредният номер и датата, на която е вписана в него.

80.1.3. Правоимащото лице получава писмено удостоверение за номера на заведената преписка.

80.2. За изплащане на суми при отделните застрахователни събития трябва да се представят следните документи:

80.2.1. При изтичане (доживяване) края на срока на договора – по възможност оригинал от застрахователната полица;

80.2.2. При инвалидност от злополука – копие от застрахователната полица; документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатирани травмирани увреждания, проведеното лечение и състоянието на уврежданията непосредствено преди освидетелстване от ЦЗМК; решение на ЦЗМК.

80.2.3. При инвалидност над 75% от заболяване – копие от застрахователната полица; Експертно Решение на ТЕЛК/НЕЛК.

80.2.4. При временна неработоспособност от злополука – копие от застрахователната полица; документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила злополуката; медицински документи, удостоверяващи: оказаната първа медицинска помощ, констатирани травмирани

увреждания и проведеното лечение; реално ползвани болнични листове за продължителността на временната неработоспособност.

80.2.5. При диагностициране на „Особено тежко заболяване“ - медицински документи, свързани с първоначалното диагностициране на заболяването, проведеното лечение.

80.2.6. При смърт – по възможност оригинал на застрахователната полица; препис-извлечение от акта за смърт, съобщение за смърт, документи, удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила смъртта на застрахованото лице; удостоверение за наследници – оригинал или копие; Служебна бележка от Застрахователя при групови договори,

80.2.7. При откуп – по възможност оригинал на застрахователната полица.

80.2.8. При частичен откуп – копие на застрахователната полица;

81. Откупната стойност се определя на първата дата за оценка, следваща подаването на претенцията.

82. При изплащане на изтекъл срок, откуп и частичен откуп Застрахователят/Застрахованият попълва декларация за ползвани данъчни облекчения по застраховката.

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

84. Уведомяването на правоимащото лице за необходимостта от представяне на допълнителни доказателства е най-късно 45 дни от датата на завеждане на преписката.

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

Б/ ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ, СРОК ЗА ПЛАЩАНЕ И НАЧИН ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ.

86. Застрахователят се задължава да изплати суми по условията на застрахователния договор в случаите на:

87. Изтичане (доживяване) края на срока на договора – на Застрахователя/Застрахования или на посочените в полицата ползвачи се лица при доживяване се изплаща резерва по застраховката.

88. Смърт на застрахования – на ползвачите лица при смърт се изплаща сума, съгласно условията на продукта.

88.1. При смърт от злополука, договорената в застрахователната полица сума се изплаща при условие, че смъртта е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и е в причинна връзка с нея.

89. Смърт от злополука – на ползвачите лица при смърт се изплаща допълнителна застрахователна сума съгласно условията на продукта

90. Инвалидност от злополука – на Застрахования се изплаща застрахователната сума или процент от нея, равен на процента инвалидност, съгласно условията на продукта.

90.1. Процентът инвалидност от злополука се определя от Централна застрахователно-медицинска комисия (ЦЗМК) на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД, въз основа на следните документи:

- **ИНСТРУКЦИЯ** за застрахователно-медицинска експертиза на инвалидност (трайната загуба на работоспособност) на пострадали при злополука лица;

- **УКАЗАНИЯ** за прилагане на Скалата за травматичните болести и увреди, при които се определя процент на инвалидност (трайна неработоспособност от злополука);

- **СКАЛА** на травматичните болести и увреди, при които се определя процент на инвалидност (трайна неработоспособност, вследствие злополука).

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

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

90.4. Ако лечението не е завършило и уврежданията не са стабилизирани една година след датата на злополуката, ЦЗМК преценява състоянието на пострадалото лице към края на годишния период от злополуката и определя окончателния процент на инвалидност, който задължително се записва в Решението на ЦЗМК.

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

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

90.6.1. ЦЗМК определя предварителен процент на инвалидност, който следва да отразява предполагаемото обективно състояние на пострадалия към края на годишния период от датата на злополуката.

90.6.2. Изплаща се авансово 75% от застрахователната сума, съобразно предварителния процент.

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

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

90.6.5. Суми за инвалидност от злополука се изплащат, ако същата е настъпила най-късно до една година от датата на злополуката и е в причинна връзка с нея.

91. При инвалидност над 75% от заболяване – на Застрахования се изплаща застрахователната сума.

91.1. Процентът на инвалидност от заболяване се определя въз основа на Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК. Застрахователят изплаща суми за инвалидност от заболяване само за първо решение на ТЕЛК/НЕЛК в срока на застраховката и при изпълнени следните условия:

91.2. Заболяването следва да е възникнало и диагностицирано след изтичане на Изчаквателния период посочен в застрахователния договор.

91.3. Решението на ТЕЛК/НЕЛК следва да е с дата на влизане в сила след изтичане на Изчаквателния период посочен в застрахователния договор.

92. Временна неработоспособност от злополука – на Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, в зависимост от продължителността на временната неработоспособност - съгласно условията на продуктите.

92.1. Застрахователят изплаща суми за временна неработоспособност от злополука, настъпила за първи път до един месец от датата на злополуката и повторно до три месеца от тази дата.

92.2. Началото на първичния болничен лист за временна неработоспособност, трябва да бъде в рамките на срока на застрахователния договор. Следващите болнични листове трябва да са издадени в продължение на първичния и да са без прекъсване.

92.3. Когато застрахованото лице не е осигурено, съгласно Кодекса за социално осигуряване, определянето на продължителността на временната неработоспособност се извършва от лекар-експерт на Застрахователя въз основа на всички представени медицински документи, удостоверяващи по безспорен начин продължителността на неработоспособност.

93. Диагностициране на „Особено тежко заболяване“ – на Застрахования се изплаща еднократно определената застрахователна сума, при условие че през срока на договора се диагностицира за първи път заболяване, включено в Списъка на „Особено тежки заболявания“, който е приложение към условията на продукта.

93.1. Не се изплащат суми по допълнителния пакет „Особено тежки заболявания“ в следните случаи:

93.1.1. Диагностицирането на заболяването е през изчаквателния период, указан в условията на покритието.

93.1.2. При смърт на Застрахования преди края на отлагателния период, указан в условията на покритието.

94. Застрахователят не изплаща суми за допълнителните рискове, ако към датата на застрахователното събитие застраховката е нередовна или трансформирана в „изплатена полица“, съгласно настоящите Общи условия.

95. Застрахователят изплаща дължимите суми не по-късно от 15 работни дни след представянето на всички необходими документи.

95.1. В същия срок правоимащото лице се уведомява писмено, ако се отказва пълно или частично плащане по предявената от него претенция. В писмото се излагат мотивите за отказа, съответно за частичното плащане.

95.2. Сумата се изплаща с банков превод в български лева. Ако застрахователната сума е договорена в чуждестранна валута, Застрахователят заплаща левовата ѝ равностойност по фиксинга на БНБ към датата на плащането, освен ако е уговорено друго

95.3. При жалба от правоимащото лице Застрахователят е длъжен в 7-дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението.

96. При изплащане на суми Застрахователят удържа всички вземания, които има по застраховките „Живот“.

97. При изплащане на суми при: доживяване; пълен или частичен откуп; смърт на Застрахован по договори с откупна стойност и анюитетни договори, правоимащото лице трябва да попълни декларация (по образец на Застрахователя) за целите на автоматичния обмен на финансова информация в областта на данъчното облагане, на основание чл.142 т. ал.1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК) и при необходимост да представи на Застрахователя допълнителни документални доказателства, потвърждаващи достоверността на декларацията.

XIII. ЖАЛБИ

98. Политиката на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД за управление на жалбите на ползвателите на застрахователни услуги се определя от „Правила за обработка на жалби“, одобрени от Управителния съвет на компанията и публикувани на www.dzi.bg.

99. Ползвателите на застрахователни услуги на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД имат възможност да подават жалби на всеки етап от обслужването им:

16 166- на официалния електронен адрес на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД: clients@dzi.bg;

– във всяко структурно звено на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД (ЦУ, гл. агенция, агенция и/или офис) в писмен вид.

100. При подаване на жалба от ползвател на застрахователни услуги се поставя входящ номер, който се предоставя на клиента по удобен за него начин. От подателя се изисква да посочи актуален адрес (и/или електронен адрес) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя, както и телефон за връзка, в случай, че има нужда от доуточняващи обстоятелствата въпроси.

101. Писмен отговор се изпраща на ползвателя на застрахователни услуги в срок до един месец от датата на подаване на жалбата. В случай на забавяне, клиентът се информира надлежно в посочените срокове.

102. При отказ да се уважи жалбата, Застрахователят излага мотивите си за отказ, като посочва възможностите на Жалбоподателя да потърси защита на правата си пред Комисията за финансов надзор, както и пред други компетентни институции

XIV. ДОПЪЛНИТЕЛНИ УСЛОВИЯ, ПОДСЪДНОСТ И ДАВНОСТ

103. Договорните отношения между Застрахователя, Застрахованите и Застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Общи условия, Кодекса за застраховане, Закона за задълженията и договорите, Търговския закон.

104. Застрахованият е длъжен да предостави писмено на застрахованите лица цялата информация, която е получил от Застрахователя относно сключения договор за застраховка „Живот“, в това число общите условия или застрахователния договор, ако той не е сключен при общи условия. Информацията по изречение първо включва данни за Застрахователя, предмета на застраховката, застрахователната сума, срока на застраховката, третите ползвачи се лица и процедурата, която се прилага в случай на застрахователно събитие. Информацията или бъдещи промени в нея се предоставя до 15-о число на месеца, следващ месеца на сключването на застраховка по изречение първо, съответно на промените в нея.

105. Споровете, възникнали във връзка със застрахователното правоотношение се разрешават по доброволен ред, а при непостигане на споразумение - от компетентен български съд.

106. Правата по застрахователната полица се погасяват по давност с изтичане на пет години от настъпване на застрахователното събитие.

XV. ДЕФИНИЦИИ

По смисъла на тези Общи условия:

ЗАСТРАХОВАТЕЛ – „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД.

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

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

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

ПОЛЗВАЩО СЕ ЛИЦЕ е лице, посочено от Застрахования, имащо право да получи договореното застрахователно плащане или сума при настъпване на застрахователно събитие.

Застрахованият и Ползвачото лице могат да бъдат физически или юридически лица.

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

СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА – периодът в цели години, посочен в полицата.. Началото и краят на срока на застраховката се посочват в застрахователната полица.

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

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

ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е еднократната или разсрочена (месечна, тримесечна, шестмесечна, годишна) сума, която Застрахованият дължи на Застрахователя срещу поетите от последния задължения по застрахователната полица.

ПАДЕЖ НА ПРЕМИЯ – датата за плащане на премията.

ПАДЕЖ НА ПОЛИЦАТА – краят на застрахователния договор, посочен в полицата.

ТАКСИ ПО ЗАСТРАХОВКАТА – еднократни или периодични удържки за покритие на разходите по застрахователния договор.

ИНВЕСТИЦИОНЕН ФОНД – формиран портфейл от активи за покритие на задълженията по застрахователните договори, свързани с фонда. Характеристиките и целите на инвестиционния фонд, правилата за определяне на стойността на активите на фонда и дяловете са определят в Условията на продуктите.

ДАТА НА ИНВЕСТИРАНЕ – датата, на която Застрахователят инвестира постъпилите премии във фонда. Инвестирането на премията се извършва на първата дата за оценка на активите и дяловете, следваща датата на постъпване на цялата дължима застрахователна премия (еднократна, разсрочена или извънредна).

ИНВЕСТИЦИОНЕН ДЯЛ – основен компонент на инвестиционния фонд, използван за определяне на паричните задължения, произтичащи от застрахователния договор.

ОЦЕНКА НА АКТИВИТЕ – процес на определяне стойността на активите на определен инвестиционен фонд.

ДАТА ЗА ОЦЕНКА НА АКТИВИТЕ И ДЯЛОВЕТЕ – датата, на която се изчисляват стойността на активите на фонда и стойностите на инвестиционните дялове.

СТОЙНОСТ НА ИНВЕСТИЦИОНЕН ДЯЛ – определя се периодично през срока на застраховката като стойността на активите в портфейла на инвестиционния фонд се разделя на броя на инвестиционните дялове към датата на оценка.

РЕЗЕРВ ПО ЗАСТРАХОВКАТА – стойността на притежаваните инвестиционни дялове.

ПАДЕЖ НА ПОЛИЦА – краят на застрахователния договор, посочен в полицата.

АКВИЗИЦИОННИ РАЗХОДИ са разходите, произтичащи от сключване на застрахователните договори.

ОТКУП е право на Застрахования на предсрочно прекратяване на застрахователния договор.

ЧАСТИЧЕН ОТКУП – е право на Застрахования, при определени условия, да получи предсрочно сума на база резерва на застраховката, без това да води до прекратяване на договора.

ИЗПАТЕНА ПОЛИЦА – застраховка, по която при определени условия е прекратено плащането на дължимите периодични премии.

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

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

а) професионални заболявания;

б) доказани налични заболявания или внезапно настъпили болестни състояния, телесни или психични;

в) телесно увреждане, причинено от температурни влияния (измръзване, слънчево изгаряне, слънчев или топлинен удар), освен в случаите при овладяване на последициите от злополука;

г) медицински манипулации (вкл. инжекции, имунизации, ваксинации), интервенции, операции, общи и локални анестезии, химиотерапия, лъчетерапия и други лечебни процедури както и увреждания на здравето вследствие провежданото лечение;

д) употреба на алкохол, наркотици, опиати, стимуланти, допинги и други психотропни вещества;

е) заболявания, които са в причинно – следствена връзка със злополука.

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

ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ е частично намалена или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност за определен период от време в резултат на злополука, професионално или общо заболяване.

ИНВАЛИДНОСТ (ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ИЛИ ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ)

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

- **ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ** е състояние на хронично травматично или нетравматично увреждане (болест), при които лицето в нетрудоспособна възраст е с траен функционален дефицит на съответен увреден орган или система.

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

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

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

ОСОБЕНО ТЕЖКО ЗАБОЛЯВАНЕ е заболяване, включено в списъка на „Особено тежки заболявания“ на Застрахователя.

ИЗЧАКВАТЕЛЕН ПЕРИОД е определен период от време от началото на застраховката след изтичането на който започва отговорността на Застрахователя по даденото застрахователно покритие.

ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД е период, който започва да тече само след възникване на застрахователно събитие и при условие, че е изтекъл изчаквателният период. След изтичане на този период от време се изчисляват и заплащат застрахователни обезщетения.

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

ЕПИКРИЗА е официален медицински документ, който се издава задължително на пациента след проведено стационарно лечение в лицензирано здравно заведение. Етапната епикриза като документ не е епикриза по това определение.

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

Настоящите Общи условия са в сила от Октомври 2009 г., изменени и допълнени Април 2012 г., изменени и допълнени 29.02.2016 г., в сила от 25.03.2016 г., изменени и допълнени

26.02.2018г. в сила от 01.03.2018 г., изменени и допълнени 01.10.2018г. в сила от 01.11.2018 г.

Дата:

За „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД:

.....
(Име, фамилия, подпис)

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

Застраховащ:

.....
(Име, презиме, фамилия, подпис)