

**ДОГОВОР  
ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ**

ЮЗУ "Неофит Рилски"  
№ Ю 4-758/17.12.2014  
Благоевград

Днес, 17.12. 2014 година, в гр. Благоевград, се сключи настоящият договор за възлагане на обществена поръчка за застраховане на имуществени и неимуществени интереси на ЮЗУ "Неофит Рилски"

**1. ЮЗУ "НЕОФИТ РИЛСКИ" – гр. Благоевград, ул. Иван Михайлов – 66, ЕИК № BG 000017149, представляван от проф. д.н. Иван Мирчев – ректор, чрез Николай Тахов – помощник-ректор, упълномощен със Заповед № 44 / 06.02.2012 година, и Трендафил Мудурски – главен счетоводител, наричан накратко **ВЪЗЛОЖИТЕЛ**, от една страна,**

**и**

**2. „ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ“ АД, със седалище и адрес на управление: гр. София, 1407, бул. Черни връх, № 51Д, ЕИК 175010739, представлявано от Кирил Добромиров Василев, определен за **ИЗПЪЛНИТЕЛ** на обществена поръчка чрез публична покана с уникален код 9036566, от друга страна.**

Страните се споразумяха за следното:

**ПРЕДМЕТ И СРОК НА ДОГОВОРА :**

Чл. 1. **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** възлага, а **ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ** приема да предоставя услуги по застраховане, в съответствие с предложена застрахователна премия и условия на офертата по обособена позиция № 1. Застраховка на лица при пътуване в чужбина - Европа, неразделна част от договора.

Чл. 2. Настоящият договор за обществена поръчка се сключва за срок от една година, считано от 01.01.2015 година.

**ДОГОВОРЕНИ ЦЕНИ, РЕД И УСЛОВИЯ НА ПЛАЩАНЕ**

Чл. 3. Договорените цени за изпълнение на поръчката са определени като предложени от **ИЗПЪЛНИТЕЛЯ** и оценено предложение за застрахователна премия по обособена позиция № 1. Застраховка на лица при пътуване в чужбина - Европа.

Чл. 4. За подписаните застрахователни полици, **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** се задължава да заплати стойността им съгласно договорените цени по чл. 3.

Чл. 5. Заплащането на стойността се извършва при подписване на застрахователните договори (полици) с платежно нареждане по банковата сметка на **ИЗПЪЛНИТЕЛЯ**.

Чл. 6. Договорените премии на видовете застраховки не се променят за срока на действие на подписаните застрахователни полици, освен в случаите на чл. 43, ал. 2 от ЗОП.

Чл. 7. Застрахователното обезщетение се заплаща от изпълнителя в срок, по вид, основание и размер, определени с техническото предложение на **ИЗПЪЛНИТЕЛЯ**, неразделна част от настоящия договор.

**ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ**

Чл. 8. **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** се задължава:

1. Своевременно да предостави необходимата информация за подписване на застрахователни полици.

2. Да изплаща на **ИЗПЪЛНИТЕЛЯ** стойността на подписаните застрахователни договори по договорените цени, не по-късно от уговорения срок.

Чл. 9. **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** има право:

1. Да изисква информация по всяко време за извършване на поръчката, както и да иска изплащане на обезщетението.

2. Да се откаже от поръчката при съществена промяна на обстоятелствата, възникнали след сключването на договора, поради което не е в състояние да изпълни своите задължения.

**ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ИЗПЪЛНИТЕЛЯ**

Чл. 10. **ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ** се задължава:

1. Да изпълни поръчката лично, без подизпълнители, ако не е заявил това при подаване на предложението за участие в процедурата, с грижа на добър стопанин и в защита на интересите на **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ**.

2. Да заплати застрахователното обезщетение при настъпване на застрахователното събитие в определените срокове.



3. Да издава на **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ** надлежно оформени застрахователни полици.

Чл. 11. **ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ** има право при точно изпълнение на поръчката да получи стойността на застрахователните премии по подписаните договори за застраховка, заявена от **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ**, в уговорения срок за плащане.

#### **НЕИЗПЪЛНЕНИЕ**

Чл. 12. Всяка страна има право да развали договора, ако насрещната страна не изпълни задълженията си по него.

#### **ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОРА**

Чл. 13. Настоящият договор се прекратява:

1. С пълното (навременно, точно и цяло) изпълнение на всички задължения на страните по договора;

2. С писмено споразумение между страните, с което се уреждат и последиците от прекратяването;

3. При настъпване на обективна невъзможност за изпълнение, за което обстоятелство страните си дължат надлежно уведомяване в едноседмичен срок от настъпване на обективната невъзможност, която следва да се докаже от страната, твърдяща, че такава невъзможност е налице;

4. Едностранно от изправната страна със 7-дневно писмено предизвестие до другата страна при съществено виновно неизпълнение на задълженията ѝ по договора.

5. **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** може да прекрати договора, ако в резултат на обстоятелства, възникнали след сключването му, не е в състояние да изпълни своите задължения. В този случай, **ВЪЗЛОЖИТЕЛЯТ** дължи на **ИЗПЪЛНИТЕЛЯ** обезщетение за претърпените вреди от сключването на договора.

#### **ДРУГИ УСЛОВИЯ**

Чл. 14. Този договор не подлежи на изменение или допълнение, освен по изключение, в приложимите случаи по чл. 43, ал. 2 от Закона за обществените поръчки.

Чл. 15. За неуредените в договора въпроси се прилагат разпоредбите на Кодекс на застраховането, Закона за задълженията и договорите и действащото законодателство в Република България.

Чл. 16. Страните по договора ще решават споровете, възникнали по изпълнението му по взаимно съгласие, а при липса на такова - от компетентният съд.

Договорът се състави и подписа в 2 /два/ еднообразни екземпляра - за всяка от страните.

**ВЪЗЛОЖИТЕЛ**

**ЮЗУ «НЕОФИТ РИЛСКИ»**

**ПОМОЩНИК-РЕКТОР**

**Николай Тахов**

**ГЛ.СЧЕТОВОДИТЕЛ**

**Трендафил Мудурски**

Съгласувано с:

Главен юрисконсулт

**ИЗПЪЛНИТЕЛ**

**«ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН  
ИНСТИТУТ» АД**

**ПРЕДСТАВИТЕЛ**

**Кирил Василев**



Дата на издаване: 13.11.2014 г.

## СВИДЕТЕЛСТВО ЗА СЪДИМОСТ

### СОФИЙСКИ РАЙОНЕН СЪД

УДОСТОВЕРЯВА, ЧЕ ОТ СПРАВКАТА, НАПРАВЕНА В БЮРОТО ЗА  
СЪДИМОСТ ПРИ **СОФИЙСКИ РАЙОНЕН СЪД**,  
СЕ УСТАНОВИ, ЧЕ ЛИЦЕТО:

### КИРИЛ ДОБРОМИРОВ ВАСИЛЕВ

ЕГН/ЛНЧ:

РОДЕН(А):

ГРАЖДАНСТВО: **България**

НАСТОЯЩ АДРЕС:

МАЙКА: **БОРЯНА ПЕТКОВА БОГДАНОВА**

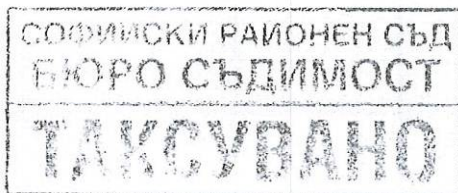
БАЩА: **ДОБРОМИР КИРИЛОВ ВАСИЛЕВ**

### НЕ Е ОСЪЖДАНО

НАСТОЯЩОТО ВАЖИ ЗА: ЗОП

Служител Бюро Съдимост: .....

/Ивгетанка Карапанова/



Стр. 1/1

На 05.12.2014 г. **Ваня Карасанова-Тончева**  
Нотариус в район - РС София  
Рег. № 444 на Нотариалната Камара, удостоверявам  
верността на този препис, снет от:  
на официален (частен) документ, представен ми от:  
**ПЕТЯ ГЕОРГИЕВА ГРЕБЕНЧАРСКА**

с местожителство в гр. (с.)

като в първообраза нямаше зачерквания, прибавки,  
поправки и други особености.

Рег. № 2459

Такса

Нотариус:



**"ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ" АД**  
/наименование на фирмата на участника/

**ДЕКЛАРАЦИЯ**  
по чл. 47, ал. 5 от ЗОП

от Кирил Добромиров Василев, [REDACTED], с постоянен адрес в [REDACTED],  
[REDACTED], настоящ адрес в [REDACTED]

г. Член на Съвета на директорите и Изпълнителен директор (член на управителния съвет, член на Съвета на директорите) на "Животозастрахователен институт" АД (ЕТ, ООД, ЕООД, АД и др.)

**ДЕКЛАРИРАМ, че**

1. В качеството ми на член на управителен или контролен орган, или временно изпълняващ тази длъжност не съм свързано лице с възложителя и със служители на ръководна длъжност в неговата администрация.

2. Не съм сключил договор с лице, посочено в чл. 21 и чл. 22 от Закона за предотвратяване и разкриване на конфликт на интереси.

12.12.2014 година

**ДЕКЛАРАТОР**



Забележка:

Когато кандидатите или участниците са юридически лица, обстоятелствата по т. 1 се декларират от следните лица:

1. при събирателно дружество - за лицата по чл. 84, ал. 1 и чл. 89, ал. 1 от Търговския закон (ТЗ);

*Чл. 84, ал. 1 от ТЗ - Всеки съдружник има право да управлява дружествените работи освен ако с дружествения договор е възложено управлението на един или няколко съдружници или на друго лице;*

*Чл. 89, ал. 1 от ТЗ - Всеки съдружник представлява дружеството, ако с дружествения договор не е предвидено друго.*

2. при командитно дружество - за лицата по чл. 105 от ТЗ, без ограничено отговорните съдружници;

*Чл. 105 от ТЗ - Управлението и представителството на дружеството се извършват от неограничено отговорните съдружници. Ограничено отговорният съдружник няма право на управление и не може да спира решенията на неограничено отговорните съдружници.*

3. при дружество с ограничена отговорност - за лицата по чл. 141, ал. 2 от ТЗ, а при еднолично дружество с ограничена отговорност - за лицата по чл. 147, ал. 1 от ТЗ;

*Чл. 141, ал. 2 от ТЗ - Дружеството се представлява от управителя. При няколко управители всеки един от тях може да действа самостоятелно освен ако дружественият договор предвижда друго. Други ограничения на представителната власт на управителя нямат действие по отношение на трети лица.*

*Чл. 147, ал. 1 от ТЗ - Едноличният собственик на капитала управлява и представлява дружеството лично или чрез определен от него управител. Ако собственикът е юридическо лице, неговият ръководител или определено от него лице управлява дружеството.*

4. при акционерно дружество - за овластените лица по чл. 235, ал. 2 от ТЗ, а при липса на овластяване - за лицата по чл. 235, ал. 1 от ТЗ;

*Чл. 235, ал. 2 от ТЗ - Съветът на директорите, съответно управителният съвет с одобрение на надзорния съвет, може да овласти едно или няколко лица от съставите им да представляват дружеството. Овластяването може да бъде оттеглено по всяко време.*

*Чл. 235, ал. 1 от ТЗ - Членовете на съвета на директорите, съответно на управителния съвет, представляват дружеството колективно освен ако уставът предвижда друго.*

5. при командитно дружество с акции - за лицата по чл. 244, ал. 4 от Търговския закон;

*Чл. 244, ал. 4 от ТЗ - Съветът на директорите възлага управлението на дружеството на един или няколко изпълнителни членове, избрани измежду неговите членове и определя възнаграждението им. Изпълнителните членове са по-малко от останалите членове на съвета.*

6. при едноличен търговец - за физическото лице - търговец;

7. във всички останали случаи, включително за чуждестранните лица - за лицата, които представляват кандидата или участника;

8. в случаите по т. 1 - 7 - и за прокуристите, когато има такива; когато чуждестранно лице има повече от един прокурист, декларацията се подава само от прокуриста, в чиято представителна власт е включена територията на Република България.

**ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПОРЪЧКАТА  
ТЕХНИЧЕСКА и ЦЕНОВА ОФЕРТА**  
за възлагане на обществена поръчка с предмет:  
Предоставяне на услуги за застраховане

**ОБОСОБЕНА ПОЗИЦИЯ № 1**  
**Застраховка на лица при пътуване в чужбина – Европа**

**ДО:** ЮЗУ “НЕОФИТ РИЛСКИ”  
Ул. Иван Михайлов - 66  
гр. Благоевград 2700

**ОТ:** „ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ” АД

**УВАЖАЕМИ ДАМИ И ГОСПОДА,**

С настоящото представяме нашата техническа и ценова оферта за изпълнение на обществената поръчка по обявената процедура с горепосочения обект по проекти.

Декларирам, че сме запознати с обектите за изпълнение и ще изпълним поръчката в съответствие с изискванията на възложителя и документацията за участие;

Декларирам, че съм запознат с критерия за оценка на офертите от документацията за участие – „най-ниска цена”.

При така предложените от нас условия, в нашата ценова оферта сме включили всички разходи, свързани с качествено изпълнение на поръчката. Гарантираме, че сме в състояние да изпълним качествено поръчката в пълно съответствие с представената офертата.

Предлагаме изплащане на обезщетенията в срок от **5 /пет/** календарни дни, считано от датата на представяне на изискуемите документи).

**1. Застраховка на лица при командировки в чужбина - Европа**

Застрахователното покритие включва минимум рисковете: спешни медицински разходи в случай на инцидент, спешни медицински разходи в случай на заболяване, лекарства, медицински транспорт, медицинско репатриране.

Застрахователна сума: 4 000 евро.

Възраст на застрахованите:

- 1) от 19 до 65 години.
- 2) над 65 години

Продължителност на пътуването: от 2 дни до 10 дни.

**Изискуеми документи при застрахователно събитие:**

За да предяви претенция за плащане, Застрахованият или неговите наследници, трябва да представят на Застрахователя следните документи:

1.1. За всички застрахователни плащания: служебна бележка, че Застрахованият е в трудовоправни отношения със Застрахователя към момента на застрахователното събитие и уведомление-претенция (по образец на застрахователя – Приложение 1) за плащане;

2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитието:

**При Медицински разходи вследствие на злополука и заболяване**

1. Лична амбулаторна карта;
2. Амбулаторни листове от прегледи при лекар, диагностицирал заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията и следящ неговото развитие или съответен документ;
3. При проведено болнично лечение – копие на епикризата;
4. Копие на болнични листове.



5. При възстановяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят и:

5.1. Разходни документи - фактурата подробно и четливо да се посочи точно вида на извършената медицинска услуга – медицински преглед или изследвания;

5.2. При извършени изследвания – копие на документа, указващ назначените изследвания /медицинско направление/.

6. При възстановяване на разходи за закупени медикаменти се представят и:

6.1. Оригинална рецепта, на която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;

6.2. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.

7. При възстановяване на разходи за оперативно лечение се представят и:

7.1. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата точно да се опишат извършените оперативни услуги и в случай, че има включени консумативи – да се впише наименованието им и съответстващата цена;

7.2. Други медицински документи, касаещи оперативното лечение и заболяването (епикризи и пр.).

8. В случай, че извършените медицински разходи са по повод на претърпяна злополука и в зависимост от характера ѝ, се представят и документи, свързани с нея.

9. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.

#### **При Болничен престой и болнично лечение:**

1. Епикриза;

2. Копия на болнични листове;

3. Лична амбулаторна карта;

4. Амбулаторни листове от преглед при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение. При определяне на продължителността на болничния престой се взимат предвид реално пролежаните пълни дни, т.е. не се включва деня на изписването.

5. В случай на болнично лечение, наложено поради претърпяна злополука се представят и документи.

6. При необходимост застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничния престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.

7. За установяване степента на работоспособност на застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, застрахователят може да изиска допълнителни документи.

#### **При разходи за транспортиране и погребение:**

1. Разходни документи съгласно във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В случай на смърт на застрахованото лице – в полето „Получател” на фактурата, се попълват трите имена и ЕГН на законен наследник. В частта “Наименование на стоките и услугите” се записват трите имена на застрахованото лице;

2. Договор с погребалната агенция за извършените услуги и цени.

3. Всички документи касаещи събитието, подробно описани по-горе, в зависимост от неговия характер.

**При възстановяване на направени разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за ДДС:**

1. Оригинална фактура с фискален бон;

2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити, като подробно се опишат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;

3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащащо услугата.



Не се признават фактури, на които е записано само „Медицинска услуга” или „Лекарствени средства”. Изключение се прави, когато на касовия бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитието и определяне размера на дължимото обезщетение.

№ по ред	<b>ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (1 лице)</b>	За (1) един ден	Цена в лева (без данък по ЗДЗП)
1.	Възраст: от 19 до 65 години	1 ден	0,25 (двадесет и пет) стотинки
2.	Възраст: над 65 години	1 ден	0,67 (шестдесет и седем) стотинки
	Общо:	-	1,92 (един и 0,92) лева

**ПРИЛОЖЕНИЯ:**

1. Общите условия на застрахователя.
2. Списък на представителствата (клонове, офиси) на застрахователя.

Дата	01-12-2014
Подпис:	
Име и фамилия на лицето, упълномощено да подписва	Кирил Василев Изпълнителен директор
Печат:	



A large handwritten signature in blue ink, located at the bottom left of the page.

A smaller handwritten signature in blue ink, located at the bottom center of the page.

A handwritten signature in blue ink, located at the bottom right of the page.

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1. "Живозастрахователен институт" АД, наричан по-нататък "Застраховател", съгласно на тези Общи условия застраховки "ЗЛОПОЛУКА" е едно или повече лица, изданици на пратката "Застраховател".
- 2. Застраховката може да се сключи от името и за сметка на физическо или юридическо лице, наричано по-нататък "Застраховач".
- 3. Застраховачът и Застрахователният договор бъдат едно и също или различни лица. Застраховачът и ползващото се лице могат да бъдат физически или юридически лица.
- 4. Обект на застраховката са здрави дееспособни българи и чуждестранни граждани, с постоянно местожителство в Република България. Застраховател се лица, на възраст такава, че при изтичане срока на застраховката да не надвишават 70 години, ако се застраховат за рисковете само вследствие на злополука и 65 години, ако се застраховат за рисковете вследствие заболяване и злополука.
- 5. На подплат на застраховката лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%, поименово болни лица или ако по преценка на Застрахователя са с недопустимо високо застрахователен риск.
- 6. Допускат се за застраховка и лица бележащи или преобладаващи от определени болести, посочени в списък на Застрахователя, които се застраховат при премия за увеличен риск или се изключват от застрахователното покритие рисковете, свързани с тези заболявания.
- 7. Застрахователното покритие за рисковете Смърт и трайна намалена или загубена работоспособност е валидно за цял свят, а за всички останали покрити рискове - за територията на Република България, освен ако не е договорено друго.

II. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

- 1. Застрахователът покрива следните рискове:
  - 1.1. Основни рискове:
    - 1.1.1 Смърт вследствие на злополука.
    - 1.1.2 Трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука.
  - 1.2. Допълнителни рискове:
    - 1.2.1. Временна неработоспособност вследствие на злополука;
    - 1.2.2. Временна неработоспособност вследствие на заболяване (за лица на възраст до 65 години);
    - 1.2.3. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване;
    - 1.2.4. Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука и/или заболяване;
    - 1.2.5. Суми за оперативно лечение вследствие на злополука и/или заболяване;
    - 1.2.6. Разходи за транспортни (репарационни) и за погребение.
  - 2. Предмет на застрахователния договор могат да бъдат рискове по т.1.1. взети заедно или поотделно (само за риска смърт), ако са изрично посочени в конкретен застрахователен договор. Рисковете по т.1.2. могат да се включват само допълнително покритие.
  - 3. Застрахователното покритие е в сила, ако застрахователната премия или разсрочената част от нея е редовно платена.
  - 4. За лица на възраст над 65 до 70 години се носят рискове само вследствие на злополука.

III. ОБЩИ ИЗКЛЮЧЕНИЯ

- 1. Общи Общи условия: Застрахователът не носи отговорност за застрахователни събития, дължими са че:
  - 1.1. Война, размирици или действия, имащи военен характер, стачки, локути, демонстрации, съботни и опити за убийство, тероризъм.
  - 1.2. Плътувания в политически нестабилни райони, престои в зоните сурови метеорологични условия, участия в експедиции в научни и други цели.
  - 1.3. Земетресение, атомни и ядрени експлозии, замърсявания от радиоактивни продукти или йонизираща радиация.
  - 1.4. Умишлени действия на Застраховача с цел самонараняване и причиняване на неработоспособност, преднамерено излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), както и непредпазливост на Застраховача, причинява увреждане на здравето му.
  - 1.5. Опит за или извършване на престъпление от общ характер по Наказателния кодекс.
  - 1.6. Самоубийство или опит за самоубийство.
  - 1.7. Смърт в резултат на излизане в съмирна присъда над Застраховача или настъпила при задържане на Застраховача от органите на властта.
  - 1.8. Употреба на алкохол, наркотици, стимуланти, динорични и други подобни вещества, забранени (или зависими) от тяхната употреба; алкохолни отравяния; заболяване, причинено преумствено от алкохол или от съдържана алкохолна генеза; злоупотреба с лекарства за лечение на алкохолна или наркотична зависимост, наличието на алкохол и други повишаващи доверие агенти е основание за отказ от изплащане на обезщетения и възстановяване на разходи.
  - 1.9. Практикуване на опасни спортни занимания – аплинизъм, скално катерене, лещерно дело, въздушни спортове, ски спускане извън пистите; водомоторни и подводни спортове; конен и ловен спорт; автомотобили и мотоциклетизъм, каскадорство, демонстрации или изпитания на автомобили, мотоциклети, моторни лодки, самолети, управление на самолети по разсрочен и чартърни полети; извън служебни задължения и други подобни на тях, освен ако договорено друго.
  - 1.10. Когато лицето в пътник или екипаж на летателен апарат, невъзможно за гражданско въздухоплаване или пътник във военен самолет, приспособен за пратката.

- 1.1. не в каското и да било спорт като професионален състезател.
  - 1.1.1. не в състезание, включващо употреба на сухопътна, водно или въздушно превозно средство.
  - 1.1.2. Управление или возене на мотор или моторен скутер над 125 куб. см., както и на всякакви моторни превозни средства извън пътна мярка.
  - 1.1.3. Браненост (включително в армията, полицията, граждане и аборт, както и състояние, обусловено от тях или произтичащо от това медицински или оперативно лечение, съпроводено на сушател, когато в резултат на пратката злополука е настъпило усложнение на бранеността или е предизвикано преждеремно рязане или аборт; изкуствено оплоднене, лечение на стерилитет; промяна пола; имплантация.
- 1.15. СПИН/ИВ и свързване с тях усложнения, освен в случаите, когато същите са причинени от медицински манипулации или други болести предавани по полов път; заболявания от венерически болести.
- 1.16. Самолечение, несъгласен предписан режим на лечение, злоупотреба с лекарства.
- 1.17. Слънчев, топлинен удар или измръзване.
- 1.18. Вродени аномалии и последиците от тях.
- 1.19. Увреждане на МПС без документ за правоспособност, както и при управление на дейност, за която Застрахования няма необходимия разрешителен документ.
- 1.20. Участие на Застрахования като шофьор на МПС, резервен шофьор или пътник в МПС при тежестни изпитания.
- 1.21. Упражняване на работа, забранена от Кодекса на труда или която е в нарушение на нормативните уредби за здравословни и безопасни условия на труд или при упражняване на професия различна от трудовия договор.
- 1.22. Участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинично-изследователска цел.
- 1.23. Нервни или психични заболявания, независимо от тяхната клинична картина, психиатрични и еуфорични състояния, депреси от всякаква дължина или дължина, депреси и последици от тях, епилептични припадъци, припадъци, причинени от други съществуващи заболявания, възкръснали или парализирани, причинени от високо налягане.
- 1.24. Не са считат за застрахователна злополука болести от каквото и да е естество, епилептични припадъци, припадъци причинени от други съществуващи заболявания, включително последиците от тях, кръвоизливи и парализи, причинени от високо кръвно налягане и други, освен в случаите, когато вследствие на покрития от застраховката злополука се появяват болести средпация и в резултат на същите настъпи смърт или трайна загубена или намалена работоспособност.
- 1.25. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет (инсулинозависими тип) и последиците от него, освен ако не е договорено друго;
- 1.26. Заболявания, регистрирани за първи път преди началото на срока на договора, последици от заболявания, настъпили извън срока на застрахователното покритие.
- 1.27. Заболявания, лекувани през последните два месеца преди сключването на застрахователния договор;
- 1.28. Последици от злополука, настъпили преди началото на застраховката.
- 1.29. Инфекциозни (заразни) заболявания;
- 1.30. Провеждане физиотерапия, рехабилитация и конезитерията;
- 1.31. Лечение в профилаториуми, санаториуми, минерални бани и други, които не са регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 1.32. Лечение в специализирани болници и отделения за рехабилитация и физиотерапия, освен ако същото не е продължено от лечение в отделение (клиника), посещаване психиатрична терапия;
- 1.33. Стоματοлогично лечение, освен ако не е свързано със злополука, покрития по тези Общи условия.
- 1.34. Осъществяване волята на Застраховача без необходимост от медицинска гледна точка.
- 1.35. Професионално заболяване.

- 2. Застрахователът не обезщетява медицинска помощ, включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета, което гражданите на Р. България ползват по право, специална медицинска помощ, детско и майчинско здравеопазване, трансплантация на органи, хемодиализа, скрининг и лечение на онкологични заболявания, неврохирургични и кардиологични операции с особена висока сложност, различни имунизации и други дребни услуги, които се предоставяват в извънболнична терапия на здравни заведения.
- 3. За всички покрити рискове по тези Общи условия са в сила, както Общите изключения по т. 1 и т. 2, така и специфичните за съответния риск.
- 4. При изчисляване на застрахователно събитие във всички посочени в т. 1 и т. 2 случаи, както в специфичните изключения по съответните рискове, вносите пре-делкат на вършане.
  - 5. 3. делкат в конкретен договор може да изключи и други рискове, като намали премията или да покрити някои от изключение рисковете, като увеличи премията, за което уведомява предварително Застрахователя/Застрахования.

IV. ПОКРИТИ РИСКОВЕ

- 1. Смърт вследствие на злополука
  - 1.1. По смисъла на тези условия: За злополука се смята всяко неволяно действие на външни сили от случане и непредвидим характер, станали в срока на договора, но не волята на Застраховача, които в срок от една година от датата на злополука са причинили смърт или различни по тежест телесни увреждания. За злополука се приемат изключване, обявяния или съдържане на стави, сухожилия и мускули като следствие от напране на собствени сили, както и смърт или телесно увреждане на Застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.
  - Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, в резултат на застрахователна злополука, станала през време и във връзка или по повод на извършване на работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятелите, когато е причинено временна неработоспособност, трайна намалена работоспособност или смърт, призната за трудова с разрешение на ТП на НОУ съгласно чл. 55, ал. 1 и ал. 2 от Кодекса за социално осигуряване.
  - Битова злополука е всяка друга злополука.
- 2. Застрахователни плащания
  - 2.1. При Смърт вследствие на злополука се изплащат договорната застрахователна сума, ако смъртта е настъпила до една година от датата на злополука, в причинна връзка с със смъртта и е настъпила през срока на застраховката.
  - 2.1.2. Ако смъртта е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което Застраховачът е получил суми за трайна намалена или загубена работоспособност, се изплаща разликата между договорната застрахователна сума и изплатените суми.
  - 2.2. Общата сума от застраховка за Смърт, Трайна намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да надвишава застрахователната сума.
  - 2.3. Общата сума от застраховка за Смърт, Трайна намалена или загубена работоспособност и Временна неработоспособност за една и съща злополука не може да бъде изплатена еднократно или разсрочена в размер и за период, договорен с ползващото или ползващите лица.
  - 2.4. Застрахователно плащане
    - 2.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва в случаите, когато злополука е настъпила в срока на застраховката и трайната неработоспособност е установена не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на злополука.
    - 2.4.2. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛНИК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.
    - 2.4.3. Ако през срока на застраховката са уредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни и Застрахователът е платил за застраховане уреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.
    - 2.4.4. Ако трайна намалена или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което в настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна работоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност или двете пари за болничен престой или суми за оперативно лечение.
    - 2.4.5. Застрахователното обезщетение за трайна намалена или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.
  - 2.5. Специфични изключения:
    - 2.5.1. Всички общи изключения, посочени в Раздел III, т. 1.
    - 2.5.2. Обезщетения за транспортни разходи при смърт (репарационни) или за погребение не се покриват ако са направени във връзка с настъпила смърт, която не е причинена от злополука.
    - 2.5.3. Разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни суми за направената услуга.
  - 2.6. Трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука
    - 2.6.1. По смисъла на тези условия: Трайна намалена или загубена работоспособност е окончателно намалена в определен процент или напълно загубена способност за извършване на трудова дейност, в резултат на засягане функцията на отделен орган или система, или на целия организъм.
    - 2.6.2. Рискът трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се сключва заедно с основния риск смърт вследствие на злополука.
    - 2.6.3. В конкретни застрахователни договори, Застрахователът може да договори застрахователно плащане само над определен процент трайна намалена или загубена работоспособност.
    - 2.6.4. Застрахователно плащане
      - 2.6.4.1. Изплащане на обезщетение за Трайна намалена или загубена работоспособност вследствие на злополука се извършва в случаите, когато злополука е настъпила в срока на застраховката и трайната неработоспособност е установена не по-рано от 3 месеца и не по-късно от 1 година от датата на злополука.
      - 2.6.4.2. На Застрахования се изплаща процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност, установен с ЕР (Експертно решение) на ТЕЛНИК/ДЕЛК или фиксирана сума, посочена в конкретния договор.
      - 2.6.4.3. Ако през срока на застраховката са уредени органи и системи, които и преди началото на застраховката са били функционално негодни и Застрахователът е платил за застраховане уреденото лице, се определя съответно редуциран процент трайна загуба на работоспособност.
      - 2.6.4.4. Ако трайна намалена или загубена работоспособност е настъпила в резултат на същото застрахователно събитие, за което в настъпила временна загуба на работоспособност, се изплаща разликата между сумата за трайна работоспособност и изплатеното обезщетение за временна неработоспособност или двете пари за болничен престой или суми за оперативно лечение.
      - 2.6.4.5. Застрахователното обезщетение за трайна намалена или загубена работоспособност може да бъде изплатено еднократно или разсрочено в размер и за период, договорен със застрахованото лице.
    - 2.6.5. Специфични изключения: Не се покриват Трайна намалена или загубена работоспособност, в случаите когато:
      - 2.6.5.1. Определеният процент на трайна намалена или загубена работоспособност е в резултат на пратководствено на застрахованото лице, освен в случаите по т. 2.4.
      - 2.6.5.2. Когато е в резултат на злополука, регистрирана за първи път преди началото на срока на договора.

V. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РИСКОВЕ

- 1. Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване
  - 1.1. По смисъла на тези условия: Временна неработоспособност е невъзможност за извършване на трудова дейност вследствие на злополука или заболяване в определен период от време, преди който застрахованото лице е било работоспособно. Временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване в определен период от време, преди който застрахованото лице е било работоспособно. Временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване в определен период от време, преди който застрахованото лице е било работоспособно.
  - 1.2. При Временна неработоспособност вследствие на злополука или заболяване в определен период от време, преди който застрахованото лице е било работоспособно, се изплаща процент от застрахователната сума в зависимост от продължителността на временната неработоспособност, съгласно конкретния договор. 1.2.1. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на злополука се изплаща само в случаите, когато уредените, двете до временна неработоспособност, са с

- проявила и са дименсионирани и за първи път до една година от датата на злополука и за втори път - до три месеца от датата на събитията. 1.2.3. Обезщетение за Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща един път в срока на договора, а при договори със срок 2 и повече години – един път в застрахователната година и отговорността на Застрахователя по този риск към лицето, получило обезщетение, се прекратява. 1.2.4. Временна неработоспособност вследствие на заболяване се изплаща само на лица на възраст до 65 години, освен ако не е договорено друго. 1.2.5. Обезщетение се изплаща, ако дните за временна неработоспособност са реално ползвани. 1.2.6. Обезщетение се изплаща в случай, че получават болничен лист е с дата на издаване след началото на застрахователното покритие. Останалите трябва да са продължения, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първичната. Болничните листове трябва да са без прекъсване, като са издадени за заболяване и в съответствие с т.1.2.2. когато са за злополука, 1.3. Специфични изключения: Не се покриват разходите за:
  - 1.3.1. Хронични, повтарящи се заболявания, диабет, алергии и последиците от него, освен ако не е договорено друго в конкретния договор; 1.3.2. Инвалидизация и коремни жерихи, дихавни жерихи, радикулит и подобни на тях заболявания с МКБ 10: от К40 до К46 включително, от М50 до М54 включително, от G50 до G59 включително, H33, от H43 до H45 включително, освен ако не е договорено друго в конкретния договор. 1.3.3. Изплатени суми за дневни пари за болничен престой с последващо домашно лечение, ако този риск е включен в покритието на застраховката.
  - 2. Медицински разходи вследствие на злополука и/или заболяване 2.1. По смисъла на тези условия Медицински разходи са разходите, извършени на територията на Република България, само ако е налице временна неработоспособност за продължителност и в размер, определени в конкретния договор или о лице, който трябва да извършва работоспособност, покрития по условията на застраховката във връзка със същото събитие, до което се извършват разходите. Медицински разходи са: А) Разходи за медицински; Б) Разходи за прегледи и изследвания;

- Разходи за медицински са разходите за лекарствени средства, използвани за лечение, които са в причинна връзка с настъпило по време на застраховката събитие, специализирани консултации, медицински консултации, покритие по тези условия. Лекарствени средства са всички официално признати таблетки, регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата, които имат предназначение за употреба в България и се използват за лечение. Разходи за прегледи и изследвания са разходите за консулти за лекарски прегледи, стойност на извършените специализирани изследвания - лабораторни и апаратни, свързани с откритите отклонения в здравословното състояние, ако са в причинна връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия. Извършените лекарски прегледи и специализирани изследвания трябва да са отразени в документ с съответното лечебно заведение.
- 2.2. Застрахователно плащане
  - 2.2.1. Разходи за медицински: Възстановяват се направените разходи в размер над самоучастие, ако такова е договорено, но не повече от лимита, определен в съответната тарифа или конкретен договор.
  - 2.2.2. Разходи за прегледи и изследвания: Възстановяват се направените разходи за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от злополука и/или заболяване в размер над самоучастие, ако такова е договорено в съответната тарифа или конкретен договор.
  - 2.2.3. Разходи за медицински услуги за прегледи и изследвания във връзка с лечение на последиците от заболяване, освен ако изплащат на лице на възраст до 65 години.
  - 2.2.4. Специфични изключения: Не се покриват разходите за:
    - 2.2.4.1. Заболявания или злополуки, дължими са на изброените в Раздел III общи изключения.
    - 2.2.4.2. Медицински, които нямат директно лечебно действие, както и такова с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани консултации, физиотерапевтични средства за уста и гърло, предписани сплителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингови средства, разходи за контрацепция.
    - 2.2.4.3. Медицински, изключени след 15 дни от тяхното излизане, освен ако не е договорено друго;
    - 2.2.4.4. Хирургични добавки, медицинска косметика; консултации, във санитарни материали, като бинт, памук, памперси и други; помощни средства, като шини, ортези, колани и други; както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;
    - 2.2.4.5. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия;
    - 2.2.4.6. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за съзвуча и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;
    - 2.2.4.7. Честта от разходите, която е покрива от задължителна или доброволна здравна осигуровка или истраховка, или в поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;
    - 2.2.4.8. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
  - 2.2.5. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3. Разходи за транспортни (репарационни) и за погребение: Не се покриват разходите за:
  - 2.3.1. Заболявания или злополуки, дължими са на изброените в Раздел III общи изключения.
  - 2.3.2. Медицински, които нямат директно лечебно действие, както и такова с профилактичен характер, витамини, ваксини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани консултации, физиотерапевтични средства за уста и гърло, предписани сплителни средства, лекарствени средства за отслабване, стимулатори, допингови средства, разходи за контрацепция.
  - 2.3.3. Медицински, изключени след 15 дни от тяхното излизане, освен ако не е договорено друго;
  - 2.3.4. Хирургични добавки, медицинска косметика; консултации, във санитарни материали, като бинт, памук, памперси и други; помощни средства, като шини, ортези, колани и други; както и лекарствени средства, които не са регистрирани от Изпълнителната агенция по лекарствата;
  - 2.3.5. Профилактични прегледи и рутинни изследвания, имунизации и ваксини, контролни прегледи и изследвания, които не са във връзка с настъпила злополука или заболяване, покрити по тези условия;
  - 2.3.6. Рутинно изследване на зрение, слух, очни рефракции, разходи за съзвуча и рамки за очила, контактни лещи и слухови апарати, освен ако не е договорено друго;
  - 2.3.7. Честта от разходите, която е покрива от задължителна или доброволна здравна осигуровка или истраховка, или в поета от други осигурителни схеми (НЗОК) или лица;
  - 2.3.8. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.9. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.10. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.11. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.12. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.13. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.14. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.15. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.16. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.17. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.18. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.19. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.20. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.21. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.22. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.23. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и

- 2.3.24. Направени разходи, които надхвърлят приемливите и обичайни разходи за специфичната услуга.
- 2.3.25. Разходи за протезиране, пластични и козметични процедури, операции и препарати; както и медикаменти или други средства и процедури за лечение на беззъби, яне и



началото на договора;

1.3. Групови застраховки за юридически лица с премия:

1.3.1. За сметка на застрахованите лица - по приложен списък, с възраст съгласно т. 1.1;

1.3.2. За сметка на работодателя - по приложен списък или по средносписъчен състав с възраст съгласно т. 1.1.

**VII. ПРЕДГОВОРНАТА ИНФОРМАЦИЯ, ФОРМА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ, СКЛЮЧВАНЕ.**

1. Преди сключване на застрахователен договор е длъжен да предостави на кандидата за застраховане настоящите Общи условия и да го запознае с тях.

2. Преди сключване на застрахователен кандидатът за застраховане е длъжен да отговори доброволно, изчерпвателно и точно на въпросите, поставени в предложението и декларацията за здравословно и финансово състояние и да посочи всички обстоятелства от значение за сключване на застрахователен договор.

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

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

5. Групови застраховки с общо с писмен списък или по средно списъчен състав по определен от Застрахователя лимит.

5.1. При застраховане по средно списъчен състав застраховани са лицата, които са в трудовирвоващи отношения с работодателя и за които е платена дължимата застрахователна премия. Застраховател се спечелва за определен или определен брой лица, чрез посочване на друго тясно звено (длъжност, категория персонал, териториално местоположение и др.). В групата се включват и лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застрахователна влиза в сила от началото на работата. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.

5.2. При застраховане по приложен поименен списък, застраховани са лицата, които са включени в приложението към застрахователния договор списък и за които е платена дължимата застрахователна премия. В групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. Поименен списък на кандидатите за застраховане се изготвя в следните случаи: когато групата е до 10 души включително; когато обхващат всички лица от групата; застрахователната сума е различна за отделните лица от групата. Списък може да се изготви и за по-големи групи при застраховане с сумата от Застрахователя или при висок застрахователен лимит. В групата не се включват лица с намалена работоспособност (инвалидност) 50% и над 50%.

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

6.1. Декларация за здравословно състояние на лицето, върху чийто живот се сключва застрахователна. Тя се попълва и подписва лично от него. Ако лицето е под 18 навършени години, здравната декларация се подписва от законните му представители.

6.2. Специален въпросник по образец на Застрахователя, както и други документи необходими за определяне на риска.

6.3. Застраховател, ако смята за необходимо, има право да изиска медицински изследвания и лекарски преглед за оценка на медицинския риск при сключване на застрахователен договор.

6.4. При групови договори в случай, че числеността на застрахованите лица е по-малка от 50% от общия брой работници или служители, или групата е до 10 човека, Застрахователят може да изиска декларация за здравословно състояние на кандидатите за застраховане.

7. Ако при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи фактори, Застрахователят може да предложи на Застрахования сключване на застрахователна при утежняващи или условия, различни от заявените в предложението. Ако кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застрахователен договор. Застрахователят има право да откаже сключването на застрахователна при недопустимо висок застрахователен риск.

8. За застраховане със срок до или една година, по определени от Застрахователя тарифи, се допуска сключване на застрахователен договор без попълване на предложението и декларацията за здравословно състояние и без предварителна оценка на риска. В тези случаи договорът се сключва с подписване на застрахователна полица от двете страни и заплащане на застрахователната премия.

9. Предложението на кандидата за застраховане, здравната декларация, резултатите от медицинските изследвания, застрахователната полица и общите условия, избраната тарифа, добавките, специалните условия и всички останали договорности в писмена форма, приложени към нея, са неразделна част от договора за застраховане.

10. При сключване и по време на действие на договора Застрахованият/Застрахованите трябва да уведомява Застрахователя за следното:

10.1. При сключване да обяви точно и изчерпвателно съществените обстоятелства, които са по него известни и са от значение за риска.

10.2. По време на действие на договора, извадено или след изваждането им, да обяви пред Застрахователя всички новонастъпнали обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят е поставил писмено въпрос.

10.3. При промяна на указания в застрахователния договор адрес, да съобщи новия си адрес. До получаване на уведомлението за промяна, съобщенията изпратени от страна на Застрахователя до него на адреса на Застрахования /Застрахованите, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от него с всички предвидени в закона или договора правни последици.

11. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен да уведоми Застрахователя не по-късно от седем дни, считано от датата на уведомяване за събитията в писмена форма.

12. Застрахователен договор се сключва за сключен, когато застрахователната полица е подписана от Застрахования /Застрахованите и Застрахователя, а застрахователната премия е платена.

13. Застрахователен договор се счита за сключен и с подписването на Писмо за покритие, в което са посочени параметрите на договора, в т.ч. размерът и начинът на плащане на застрахователната премия.

14. Застрахователен договор съдържа размера на самоучастие, ако такова е извършено между страните.

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

**VIII. СРОК И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР**

1. Срокът на действие на застрахователния договор за индивидуални и семейни застраховани е до 5 години, като срокът се избира така, че при изтичането му Застрахованият или третото лице, върху чийто живот се сключва застрахователна, да не превишава предельната възраст, определена от Застрахователя в съответната тарифа.

2. За групови застраховки срокът е една година, освен ако е договорено друго.

3. Застрахователна влиза в сила от 00:00 часа на деня, следващия ден, в който застрахователната премия (годишна или разсрочена) е постъпила по банков сметка или в касата на застрахователя, но не по-рано от 00:00 часа на началото на застрахователната година и излиза в 24:00 часа на последния ден от срока на застрахователна. По изрично изявление от страна на Застрахования, Застрахователят може да посме авансово рикосвете по договора (или част от тях), след получаване на писмо за покритие, попълнено лично на дъжната премия.

4. При груповите застраховки се допуска отпадане от или допълване в списъка на Застрахованите в хода на договора.

4.1. Отговорността на Застрахователя за новонастъпналите в групата лица започва от 00:00 часа на деня на постъпването.

4.2. При групови договори за сметка на Застрахования, за лицата, напуснали групата на застрахованите, отговорността на Застрахователя се прекратява от 24:00 часа на деня на напускането.

4.3. Допълването или изрязването на премията става по договореност между страните на застрахователната година.

5. При групови договори за сметка на Застрахования, сключени с поименен списък – в групата не се включват лица, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане или отглеждане на дете. Ако застрахованото лице напусне, рикосът за него се носи до изтичане на срока, за който е платена премията.

6. При групови договори за сметка на Застрахования, в групата не се включват лицата, които към началото на договора са в отпуск по болест, бременност, раждане и отглеждане на дете. За тях застрахователна влиза в сила от 00:00 часа на деня на връщането им на работата, освен ако не е договорено друго, ако е заплащана премия или е договорен начин за плащането ѝ.

7. Застрахователят се прекратява за всеки отделен застрахован лице, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователен период, в 24:00 часа на деня, в който е настъпила смъртта на Застрахования; с навършване на 85 години на Застрахования за рикосове вследствие на заболяване, настъпило в периода на действие на договора, извадено или след изваждането им на застрахователна.

**IX. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА, ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ**

1. Застрахователната сума е лимит на отговорност на Застрахователя към Застрахования по силата на застрахователния договор. Тя се определя в лева или валута, по споразумение между страните по договора. Всички плащания за едно лице не могат да надвървят застрахователната сума за риска смърт.

2. Застрахователните премии се определят и заплащат, както следва:

2.1. Размерът на премията зависи от съответната тарифа, валутата по време на договора, избраното покритие, броя на застрахованите лица, срока на застрахователна, застрахователната сума, начина на плащане на премията, рикоса към лицата, възрастта и медицинския риск на застрахованите лица.

2.2. При груповите застраховки за групи до 10 лица включително, застрахователната премия се изчислява по тарифите за сключване на индивидуални застраховки.

2.3. Премията са одишени и се плащат еднократно или разсрочено, съгласно условията в договора.

2.4. При застраховки с разсрочено плащане на премията, текущата премия се плаща в договорения срок, най-късно до падежната дата, записана в договора.

2.5. При неплащане на текуща премия/премии до един месец от датата на падежа, Застрахователят има право да приложи разпоредбите на Кодекса за застраховането, т.е. да прекрати договора или да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

2.6. Застрахованият/Застрахованите се смята за уведомени при изрично посочване в застрахователния договор, че Застрахователят ще упражни правото си да прекрати застрахователна с изтичане на едномесечен срок от датата на падежа на вноската.

2.7. При настъпване на застрахователно събитие преди годишната застрахователна премия да е внесена изцяло, Застрахователят има право: при индивидуално покритие да изрично уведоми кандидата за застраховане за размера на застрахователното плащане; при групови договори да намали застрахователната сума пропорционално на внесената премия.

2.8. Когато застраховане се сключва за срок по-малък от една година, премията се изчислява по краткосрочната тарифа на Застрахователя, освен ако не е договорено друго.

4. Премията се заплаща в лева по курса на БНБ за съответната валута към датата на плащането ѝ.

5. Когато плащането на премията се извършва чрез почтенски запис или търговска банка, важи датата на получаването му или заверката на банковата сметка на ЖивоЗастрахователен институт "АД".

6. При предсрочно прекратяване на договора, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор, платена е годишна премия и няма изключения и предвидени щети. В този случай премията се изчислява пропорционално за неутрализиран период от срока на застрахователна, която внесената премия се намалява с авансирания и административно-спонсорските разходи по нея.

7. При предсрочно прекратяване на групови застраховки, Застрахователят връща неизразходваната част от застрахователната премия, само ако това е предвидено в конкретния договор и е платена годишна премия. В този случай премията се изчислява пропорционално за неутрализиран период от срока на застрахователна, която внесената премия се намалява с изплатените и предвидени щети и авансиранияте и административно-спонсорските разходи по застрахователна.

8. Ако през периода на действие на договора застрахователен риск значително се увеличи, Застрахователят има право, на основание чл. 192, ал. 2 от Кодекса за застраховането, да поиска прекратяване на премията.

**X. ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ**

1. За да предяви претенция за плащане, Застрахованият, неговите наследници или ползвател или лица, трябва да представят на Застрахователя следните документи:

1.1. За всички застрахователни полици: застрахователната полица и сметка за платена вноска (оригинал или заверено копие), а за групови застраховки, сключени по средносписъчен състав и служебна бележка, че Застрахованият е в трудовирвоващи отношения със Застрахователя към момента на застрахователното събитие и е включен в обхвата на договора.

2. Освен документите по т.1.1, за всяко застрахователно плащане се представят и документите, описани по-долу в зависимост от вида на събитиято.

2.1. При смърт на Застрахования вследствие на злополука:

2.1.1. Препио-извлечение на акта за смърт;

2.1.2. Списание за смърт;

2.1.3. В случай, че смъртта е настъпила в болнично заведение се представя и копие на епикриза;

2.1.4. В случай, че е правена аутопсия – копие на аутопсияния протокол /судебно-медицинска експертиза на трупа;

2.1.5. Ако в договора не е посочено конкретно ползвателно лице, се представя и оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата;

2.1.6. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпването на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, като:

2.1.6.1. Справка за реално обработени дни;

2.1.6.2. Копие на болнични листове;

2.1.6.3. Амбулаторни листове от прегледа при лекар;

2.1.6.4. Лична амбулаторна карта;

2.1.6.5. Други документи, касаещи работоспособността на Застрахования – епикриза, изследвания и пр., данни за личен лекар.

2.1.7. При групови договори – копие на заповедта за прекратяване на трудовите правоотношения.

2.1.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и:

2.1.8.1. При битова злополука – ползвателно лице или законен наследник, попълва Уведомление-претенция по образец на Застрахователя, в частта: "Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства";

2.1.8.2. При трудова злополука се представя копие на декларацията за трудова злополука, в съответствие с чл. 57 от КСО и разпореджата на НОИ, в съответствие с чл. 60 от КСО;

2.1.8.3. При ПТП – копие на протокола за ПТП, заверен с резултат от алкохолна проба, в случай, че Застрахованият е бил шофьор;

2.1.8.4. Ако във връзка с настъпването на събитие, настъпило следствиено дело или полицейско досъзнание, се представя и официален документ от компетентните органи, удостоверяващ резултата от следствиеното дело (прокурорско постановление и пр.);

2.1.8.5. Други документи, удостоверяващи злополуката, ако има издадени такива.

2.2. При трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука:

2.2.1. Всички медицински документи, свързани със злополуката, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност;

2.2.1.1. Лична амбулаторна карта;

2.2.1.2. Амбулаторни листове от прегледа при лекар;

2.2.1.3. Епикриза;

2.2.1.4. Резултати от изследвания и пр.

2.2.2. Експертно извещение на ТЕЛК/НЕЛК/ДЕЛК, с дата на инвалидизация не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. Ако трябва да бъде заверено с гриф "Влязло в сила".

2.2.3. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.

2.2.4. Когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за ползателство.

2.2.5. В зависимост от характера на злополуката, прилагателни трайни учреждения се представят и документите, съгласно т.2.1.8.

2.3. При временна загуба на работоспособност вследствие на злополуката или заболяване:

2.3.1. Копия на болнични листове, издадени в съответствие с разпоредбите на КСО и Наредбата за медицинска експертиза, които да бъдат заверени от работодателя, със забележка: "Вярно с оригинала. Болничните са работни" – печат и подпис на длъжностното лице. В случай, че болничните са поизвани частично, следва да е посочена точната дата, на която лицето се е върнало на работата и е прекратило отпуската по болест. Началото на първията болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователната година.

2.3.2. При проведено болнично лечение се представя и копие на епикриза;

2.3.3. Амбулаторни листове от прегледа при лекар;

2.3.4. Лична амбулаторна карта на Застрахования;

2.3.5. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи, съгласно т. 2.1.6.

2.3.6. При изплащане на обезщетение за временна загуба на работоспособност, когато застрахованото лице е непълнолетно се представя удостоверение за раждане и/или документ за ползателство.

2.3.8. В зависимост от характера на злополуката се представят и документите, съгласно т.2.1.8.

2.3.9. Рентгенови снимки и други резултати от изследвания, довазидващи степента на увреждане на увреждане на застрахованото лице.

2.3.10. При групови застраховки при представяне на болнични листове се прилагат и следните документи:

2.3.10.1. Придружителното писмо с опис за издадените такива за текуща период, с които работодателят или изплаща до съответното подделение на НОИ съгласно Наредба за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване (Приложение № 8, чл.11, ал.1) и други;

2.3.10.2. Ако застрахованото е подала платен годишен отпуск за времето, отразено в болничните, то работодателят представя на застрахователя болничния лист заедно с копията от заповедта за отпуск, така както е предявена в съответното ТП на НОИ съгласно Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г.

2.4. При Медицински разходи вследствие на злополуката или заболяване:

2.4.1. Лична амбулаторна карта;

2.4.2. Амбулаторни листове от прегледа при лекар, диагностика/диагноза заболяването, назначил медикаментозното лечение и изследванията, и следващия неговото развитие;

2.4.3. Копие на епикриза;

2.4.4. Копие на болнични листове;

2.4.5. При установяване на разходи за медицински прегледи и изследвания се представят също:

2.4.5.1. Разходни документи съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги, единична цена и брой.

2.4.6. При извършване на разходи за закупени медикаменти се представят и:

2.4.6.1. Оригинална рецепта, в която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозирката и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;

2.4.6.2. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой.

2.4.7. За установяване степента на работоспособност на Застрахования преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска допълнителни документи.

2.5. При болничен престой и оперативно лечение:

2.5.1. Копие на епикриза;

2.5.2. Копия на болнични листове;

2.5.3. Лична амбулаторна карта;

2.5.4. Амбулаторни листове от прегледа при лекар, извършвал амбулаторно лечение преди хоспитализацията и от прегледа, при който лицето е насочено за болнично лечение.

2.5.5. При необходимост Застрахователят изисква и допълнителни документи, удостоверяващи застрахователното събитие и продължителността на болничен престой – история на заболяването, резултати от изследвания и пр.;

2.5.6. Разходни документи, отговарящи на изискванията по т.2.7, в които подробно са описани извършените услуги, единична цена и брой.

2.6. При разходи за транспортни разходи или погребени

2.6.1. Разходни документи, съгласно т.2.7. Във фактурата подробно и четливо да бъдат указани извършените услуги – единична цена и брой. В случай на смърт на застрахованото лице – в полето "Получател" на фактурата, се попълват трите имена и ЕГН на всички наоселни/поползвателно лице по застрахователна.

2.6.2. Документи погребвателна агенция за извършване услуги и цени;

2.6.3. Всички документи касаещи погребението, подробно описани в точки от т. 2.1. в случай на смърт и т. 2.3. при временна неработоспособност, наложима вследствие на трайно увреждане от несвоя характер.

2.7. При установяване на парични разходи се представят разходни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Законът за въвеждане на данъци върху добавената стойност.

2.7.1. Оригинална фактура с фискален бон;

2.7.2. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички ревизити, като подробно се описат извършените медицински услуги, закупени медикаменти и пр.;

2.7.3. В горния ъгъл на фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН. В долния ъгъл се попълват данните на лицето, заплащало услугата. Не се признават фактури, на които е записано само "Медицинска услуга" или "Лекарствени средства". Изключение се прави, когато на фискалния бон, придружаващ фактурата, са изброени закупените медикаменти.

2.8. Застрахователят изисква застрахователната сума или обезщетенията в срок до 15 дни от датата към която са представени всички необходими документи за доказване правото и размера на обезщетението.

2.9. При необходимост Застрахователят може да изиска представянето и на други документи, имащи отношение към събитията и определяне размера на дължимото обезщетение.

10. В случаите когато е договорено самоучастие, застрахователното обезщетение се намалява с толкова, колкото е договореното самоучастие;

2.11. Застрахованият е длъжен да уведоми всеки от застрахователите за наличието и на други застрахователни договори, като посочи другите застрахователи и застрахователните суми по сключените с тях договори.

2.12. При изплащане на застрахователно обезщетение Застрахователят удържа всички вземания, които има срещу Застрахования или ползвателите се лица.

2.13. При прекратяване на застраховки със срок до една година, застрахователното обезщетение се намалява със сключените, както се отнася премията за срока на застрахователна към годишната премия. Лимитите на отговорност за болничен престой, за болничен престой с последващо домашно лечение, медицински разходи и оперативно лечение се намаляват в същото съотношение, да бъде отнесена премията за срока на застрахователна към годишната премия.

2.14. По желание на получателя сумата или обезщетението могат да бъдат изплатени в офисите на Застрахователя, да бъдат преведени в почтенски запис (за лева) или по посочена от него сметка в търговска банка. Плащанията се извършват в съответствие с разпоредбите на Закона за ограничаване на плащанията в брой. При плащане извън офисите на Застрахователя разходите са за сметка на получателя.

2.15. Всички плащания се извършват в лева по фискал на БНБ към деня на застрахователното събитие.

**XI. ПРЕГРЕС**

1. Застрахователят, след изплащане на застрахователната сума или обезщетение не може да въсти в правата на Застрахования срещу лицето, причинило застрахователното събитие, и изключение на случките, когато е платено обезщетение за медицински или друг вид разход.

2. Когато за медицински или друг вид разходи са сключени с различни застрахователи два или повече застрахователни договори при еднакви покрити застрахователни рикосове, всеки застраховател отговаря в равна пропорция, в каквато застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховани.

3. Пропорциите се прилагат и при наличие на два и повече застрахователни договори и еднакви покрити рикосове при ЖивоЗастрахователен институт "АД".

**XII. ДАНЪЦИ И ТАКСИ**

1. Длъжните държавни такси и данъци се определят съгласно българското законодателство към момента на възникването им.

2. Застрахователните премии се облягат с данък съгласно Закона за данък върху застрахователните премии (Обн. ДВ. № 86 от 2 Ноември 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.) (ЗДВТ).

**XIII. ЗАКЛУЧИТЕЛНИ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Договорните отношения между Застрахованият/Застрахованите и Застрахователя се уреждат от застрахователния договор, настоящите Общи условия и съответните тарифи на ЖивоЗастрахователен институт "АД".

2. Възникнали спорове между Застрахованият/Застрахованите и Застрахователя се уреждат чрез преговори, а при непостигане на съгласие – от компетентния български съд.

3. Правата на застрахованите и/или ползвателите се лица, за получаване на суми от Застрахователя, се согласават с петгодишна давност от датата на застрахователното събитие.

4. Настоящите Общи условия се предоставят като част от преддоговорната информация по чл. 185, ал. 1 от Кодекса за застраховането на всеки потребител на застрахователни услуги преди сключването на застрахователен договор.

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗА ЦЕЛИТЕ НА ТЕЗИ ОБЩИ УСЛОВИЯ:**

1. ЗАСТРАХОВАЩЕ ЛИЦЕ (физическо или юридическо), което сключва застрахователната полица и плаща определената застрахователна през

2. ЗАСТРАХОВАНО Е ФИЗИЧЕСКО ЛИЦЕ, което ползва застрахователното покритие по сключената застрахователна полица.

3. КАНДИДАТ ЗА ЗАСТРАХОВАНИЕ Е лицето, което желее да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до Застрахователя за сключване на застрахователна полица.

4. ЗАСТРАХОВАНО ТРЕТО ЛИЦЕ Е физическо лице, чийто живот е застрахован със застрахователна година.

5. ПОЛЗВАТЕЛНО ЛИЦЕ Е лице, посочено от Застрахованият/Застрахованите в застрахователния договор като имащо право да получи пълен размер или част от застрахователното обезщетение или застрахователна сума.

6. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ Е събитие, рикосът от което е покрит и при настъпване на което Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение или сума.

7. ОБЕЩА ЗАБОЛЯВАНЕ Е всяка болест по критериите на Световната Здравна Организация (СЗО), която не е определена като професионално заболяване или траматично увреждане

8. ХРОНИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ Е заболяване на отделен орган или система от орган, започнало остро или с протегнати оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повторящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

9. ПРЕДИШТАТОВА ЗАБОЛЯВАНЕ Е каквато и да е предидущо заболяване, което би изисквало хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или било дълготрайно обезщетение или застрахователна сума.

10. ПРЕДИШТАТОВА ЗЛОПУЛУКА Е каквато и да е предидуща злополука, която би изисквала хоспитализация и/или медикаментозно лечение и/или е била диагностика/диагноза преди първия ден на застрахователна.

11. ПРОЕЦИОНАЛНО ЗАБОЛЯВАНЕ Е заболяване, настъпило изключително или предидущо под въздействието на вредните фактори на работната среда или на трудовия процес върху организма и е включено в Списъка на професионалните болести. Приемат се дефинициите в Глава първа "Общи положения" от Наредбата за реда за събиране, регистриране, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести.

12. ТЕЛК Е Териториална експертна Лекарска Комисия; НЕЛК - Национална експертна Лекарска Комисия; ДЕЛК – Детска експертна Лекарска Комисия. КСО е Кодекс за социалното осигуряване.

13. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА Е договорената сума, за която е сключен застрахователния договор и до размера на която Застрахователят е отговорен при настъпване на застрахователно събитие.

14. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ (вноска) е сумата, която Застрахованият/Застрахованите дължи на Застрахователя като плащане по застрахователния договор.

15. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ Е сумата, която Застрахователят се задължава да изплати на Застрахования при настъпване на застрахователно събитие.

16. СРОК НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА Е срокът, през който Застрахователят покрива полет рикос и който е посочен в застрахователния договор (полица).

17. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ГОДИНА Е период от една година, считано от дата на застрахователното покритие.

18. ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ОБЩНОСТ Е група от лица с незастрахователен интерес. Два и повече лица образуват група.

19. ПРЕДИШНО ЗАБОЛЯВАНЕ Е писмено отворено от кандидата за застраховане до Застрахователя за сключване на застрахователен договор.

20. ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ Е писмена декларация-въпросник за здравословното състояние на застрахованото лице.

21. ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО СА съпругът, съпругата, децата до 18-годишна възраст, ако продължават образованието си – до 26 годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно неработоспособни – независимо от възрастта.

22. САМОУЧАСТИЕ Е договорено задължение на Застрахования в случай на настъпване на застрахователно събитие да участва в покриването на определена част от обезщетението и/или възстановяването на разходите.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на ЖивоЗастрахователен институт "АД" в сградата на ул. "Св. Кирил и Методий" № 24/1, 2006 г., с изменения и допълнения в съгласие с Решенията на директорите от 02.09.2009 г., от 17.03.2011 г., от 09.05.2015 г. и от 13.09.2015 г.

**Застрахователен посредник:** \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис: \_\_\_\_\_

**ЖИВО ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ИНСТИТУТ "АД"**  
**Застрахован / застрахован:** \_\_\_\_\_

Днес \_\_\_\_\_ долу подписаният \_\_\_\_\_  
получих подписан вкъщи явявялор от настоящите Общи условия, съгласен съм с тях и ги приемам, за което се подписвам: \_\_\_\_\_

