

## ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА СРОЧНА РИСКОВА ЗАСТРАХОВКА „ЖИВОТ“

### ПРЕДМЕТ НА ДОГОВОРА

Чл.1. Рискова застраховка „Живот“ предлага доброволен избор за финансово изпълнение над общественото осигуряване срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост на физически лица. Застрахователният договор по рискова застраховка „Живот“ е двустранен, като страните по него са: застрахователят, който приема срещу платена премия от втората страна, наречена застраховател, да носи отговорност за договорените рискове върху живота на физическо лице и при настъпване на застрахователно събитие да заплати на ползващо лице застрахователната сума или част от нея.

### ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.2.(1). Застрахователно еднолично акционерно дружество „ЦКБ Живот“, лицензирано да извършва застрахователна дейност от Комисията за финансов надзор с Решение №1333-ЖЗ от 31.10.2007 г., допълнен с Решение № 545-ЖЗ от 11.07.2013 г., наричано за краткост застраховател, по тези Общи условия за сročна рискова застраховка „Живот“ сключва застраховки за рисковете и при условията, посочени по-долу.

Общите условия на сročна рискова застраховка „Живот“, наричани за краткост Общите условия, представляват неразделна част от застрахователния договор, който застрахователят сключва със застрахователя.

(2). За целите на настоящите Общи условия са в сила следните понятия, които носят смисъла, определен по-долу:

1. Застраховател е застрахователно еднолично акционерно дружество „ЦКБ Живот“, вписано в Търговския регистър и регистър на юридическите лица с нестопанска цел на Република България, със седалище и адрес на управление: гр. София, п.к. 1000, ул. „Стефан Караджа“ № 2.
2. Застраховател/договорител е лицето, което е страна по застрахователния договор. Застрахователят може при условията на застрахователния договор да бъде и застрахован или трето ползващо се лице.
3. Застрахован/застраховано лице е физическо лице, върху чийто живот, телесна цялост и работоспособност се сключва застраховката.
4. Ползващо лице е лицето, на което при определените в договора условия се изплаща застрахователната сума или част от нея. Ползващо се лице може да бъде, както застрахованият, така и застрахователят или друго, посочено от застрахователя лице/а.
5. Срок на застраховката е срокът, за който е сключен застрахователният договор. Неговото начало и край се посочват в застрахователната полица.
6. Период на застрахователно покритие е периодът, през който застрахователят носи риска по застраховката.
7. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия, който период е една година, освен ако премията се определя за по-кратък срок. Застрахователният период може да съвпада със срока на договора. В срока на застрахователния договор може да се включва повече от един застрахователен период.
8. Застрахователно събитие е настъпването на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.
9. Покрит риск са условията, записани в застрахователния договор, при настъпване на които застрахователят дължи плащане.
10. Застрахователен интерес по смисъла на настоящите Общи условия е необходимостта от осигуряване на застрахователна защита срещу последиците от настъпване на неблагоприятни събития, свързани с живота, телесната цялост, здравето или работоспособността на застрахования.
11. Застрахователен договор - сключва се в писмена форма, като застрахователна полица или друг писмен акт. Неразделна част от застрахователния договор са: предложение за сключване на застраховката, здравната декларация, Общите и Специални условия (в случаи, че има такива), към които е сключен конкретният застрахователен договор, както и всички останали писмени договорености.
12. Добавък/Анекс е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него.
13. Отлагателен период е периодът от началото на застрахователния договор, през който застрахователят не предоставя покритие.
14. Застрахователна сума е договорената между страните и посочена в застрахователната полица парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя по застраховката, която застрахователят се задължава да заплати на ползващото лице при настъпване на застрахователно събитие, съгласно условията на договора.
15. Застрахователна премия е определената в застрахователната полица парична сума, която застрахователят изисква да му бъде платена в замяна на поетите от него задължения по договора. Премията може да бъде еднократна или годишна. Годишната премия може да бъде разсрочена на вноски с определен срок. Ако през периода на действие на застрахователния договор застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска увеличаване или намаляване на застрахователната премия или да прекрати договора.
16. Злополука по смисъла на настоящите Общи условия е събитие, настъпило в срока на застраховката, независимо от волята на застрахования, което в резултат на внезапно оказва механично или химично въздействие върху неговото тяло и в срок до една година от настъпването на събитието е причинило неработоспособност или смърт. За злополука се считат и изкъмване, обтягане или скъване на ставни връзки, сухожилия и мускули вследствие на напъване на собствени сили, последиствия от температур-

17. ни и атмосферни влияния, както и телесна повреда или смърт, настъпили за застрахования при спасяване на човешки живот или имущество.
18. Заболяване е съвкупност от клинични оплаквания и/или прояви, диагностицирани в здравно заведение, регистрирани в официален медицински документ, водещи до смърт или ограничаване работоспособността на застрахования.
18. Предшествващо/предварително съществуващо заболяване или състояние е всяко здравословно състояние, което е следствие от някое предишно установено заболяване или злополука, или което е изисквало болнично лечение, или лекарствени средства, или са провеждани изследвания преди влизането в сила на застрахователния договор, т.е. преди началото на застраховката, с което застрахованият е бил запознат към момента на сключване на застрахователния договор.

### ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ, ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОКРИТИЯ И ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

Чл.3. Видове застрахователни договори:

1. Индивидуален застрахователен договор се сключва върху живота на едно, определено физическо лице. При този вид застраховка ако застрахователят и застрахованият не са едно и също лице, застрахованият следва писмено да декларира своето съгласие за застраховането му, за да е валиден сключеният договор. Ако застрахованият е непълнолетно лице, договорът се сключва с писменото съгласие на родител, настойник или попечител.
2. Групов застрахователен договор се сключва върху живота на група лица, които са свързани по социален или друг съществен признак. Групата е предварително формирана, с незастрахователни цели, общност от две и повече лица, чийто брой е определен или определяем.

Чл.4. Видове застрахователни покрития:

1. Основно застрахователно покритие – срещу заплащане на застрахователна премия за основен риск смърт вследствие злополука или заболяване, застрахователят се задължава при загуба на живот на застрахования в срока на застрахователния договор да заплати договорената застрахователна сума на ползващото лице, съгласно условията на застраховката. Териториалният обхват за основно застрахователно покритие по тези Общи условия е цял свят.
2. Допълнително застрахователно покритие – срещу заплащане на допълнителна премия е възможно към основното застрахователно покритие да се добавят и други рискове. Териториалният обхват за допълнително застрахователно покритие е Република България, освен ако в полицата е уговорено друго.

### ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

Чл.5.(1). По настоящите Общи условия се застраховат здрави, дееспособни лица, които са български граждани, както и чуждестранни граждани, притежаващи разрешение за дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България, на възраст от 14 до 64 навършени години, към датата на сключване на застраховката, освен ако не е договорено друго в конкретния застрахователен договор.

1. Лица на възраст от навършени 65 до навършване на 70 години се застраховат за рискове само вследствие злополука при специално договорени условия. При изтичане на застраховката максималната възраст на застрахования не трябва да надвишава 65 години за застрахователно покритие вследствие заболяване и 70 години за застрахователно покритие вследствие злополука.
2. Възрастта на кандидата за застраховане се определя в цели години към датата, определена за начало на застраховката, като се взема резултата от разликата между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.
3. Застрахователният договор може да се сключи и върху живота, здравето или телесната цялост на трето лице. Този договор има сила само ако е сключен с изричното писмено съгласие на застрахованото лице. Когато третото лице е непълнолетно застраховката се сключва с писменото съгласие на родителите или настойниците / попечителите. Застрахованото лице може по всяко време да прекрати застрахователния договор с едностранно писмено изявление, отправено до застрахователя.
4. Допускат се за застраховане и лица с утежнен застрахователен риск, които се приемат в обхвата на застрахователното покритие при някои (или всичките) специални условия, а именно:
  - 4.1. завишаване на премията за това лице;
  - 4.2. намаляване на застрахователната сума за това лице;
  - 4.3. ограничаване на застрахователното покритие за това лице, в съответствие със степенята на установения риск.Степенята на утежнения застрахователен риск се класифицира на база здравословното състояние на лицето, професията, спорта или хобито, които практикува, чрез прилагане на методиката от подписваческата политика на застрахователя при оценка на риска.
5. Не подлежат на застраховане:
  - 5.1. лица с определена трайна загуба на работоспособност над 50%, освен ако не е договорено друго в конкретния застрахователен договор;
  - 5.2. психично болни лица;
  - 5.3. лица, които по подписваческа оценка на застрахователя са с неопустимо висок застрахователен риск;
- 5.4. лица, навършили 70 годишна възраст;

- 5.5. неспособни лица и/или лица поставени под пълно запрещение;
6. При специални условия застрахователят може да предложи застрахователно покритие и за лица, описани в т.5.1. и т.5.4, чрез изрична писмена договореност в застрахователния договор.
- (2). Застрахователният договор може да се сключи и върху живота, здравето или телесната цялост на група от две и повече лица, наричани за краткост застраховани лица, предварително формирана с незастрахователни цели.
1. Групови застрахователни договори могат да се сключват от:
- 1.1. Работодател за негова сметка, като същият е длъжен да предостави на застрахованите си работници и/или служители цялата информация относно сключената застраховка.
- 1.1.1. Подлежаци на застраховане са лица, които са в трудови правоотношения със сформирания група работодател и които последният е подал (включил) в групата за застраховане;
- 1.1.2. На датата на влизане в сила на застраховката в групата на застрахованите лица се включват всички служители, които работодателят е определил за група, съгласно съдното разписание на юридическото лице и е подал за застраховане. Служител, който на тази дата е в законоустановен отпусък по болест се включва в групата на застрахованите лица от 00.00 часа на датата на връщането му на работа.
- 1.2. Организации с нестопанска цел върху живота, здравето, телесната цялост или работоспособността на техни членове.
- 1.3. Застраховани лица за тяхна сметка.
2. Груповите застрахователни договори се сключват поименно, по приложен поименен списък или непоименно, по средносписъчен състав с посочване на брой лица за застраховане.
- 2.1. При сключване на застрахователен договор по поименен списък, застраховката е валидна само за лицата, посочени в списъка на застрахованите лица, които се подписва двустранно и е неразделна част от застрахователния договор.
- 2.2. При сключване на застрахователен договор по средносписъчен състав, към застраховката се включват всички служители на работодателя, работещи на безсрочен или срочен трудов договор при него, към датата определена за начало на застраховката. Застраховки по средносписъчен състав могат да се сключват само от работодател при групи с численост над 300 служителя.
- 2.3. При групови застраховки, сключени по местоработата по средносписъчен състав, новопостъпнали на работа служители се включват в състава на застрахованите от 00.00 часа на датата на постъпването им на работа, а напусналите служители се изключват от групата от 24.00 часа на датата, на която са прекратени трудовите им правоотношения.
- 2.4. Включване или изключване на застраховани лица в/от застрахователното покритие се извършва с издаване на анекс към застрахователния договор, съгласно внесено писмено уведомление от застрахователя и плащане на допълнителна премия при включване на нови лица и/или връщане на премия при изключване на лица от застрахователното покритие.

#### СКЛЮЧВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

- Чл.6.(1). Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено предложение на застрахователя и декларация за здравословното състояние, възрастта, професията и дейността на застрахования, както и всяка друга информация, която застрахователят изисква за оценяване на застрахователния риск.
- (2). Когато при оценка на риска се установи, че са налице утежняващи риска обстоятелства, застрахователят може да предложи на застрахователя сключване на застраховката при утежнен риск или условия, различни от заявените в предложението. Ако в срок от 7 (седем) дни от датата на получаването на писмено уведомление от застрахователя, кандидатът за застраховане не се съгласи със специалните условия, ще се счита, че се отказва от сключване на застраховка.
- (3). Ако между датата на подписване на предложението и издаването на полицата, застрахованият се разболее или получи раняване, промени професионалната си реализация или участва в дейности с повишено ниво на риск, застрахованият и/или застрахованият трябва да уведомят застрахователя своевременно за това в писмена форма, в противен случай застрахователят запазва правото си да откаже плащането на застрахователни обезщетения по индивидуалната полица. Всички уведомления трябва да бъдат изпращани в писмена форма и са валидни след получаването им в офис на застрахователя.
- (4). Предложението за застраховане се обработва в срок от 10 работни дни от датата на неговото получаване от застрахователя. Ако са необходими медицински изследвания или допълнителна информация, този срок се удължава до 30 работни дни.
- (5). Застрахователят има право да откаже сключването на застраховката. При отказ той уведомява писмено застрахователя за това, в срок от 10 работни дни от получаването на предложението и другите изисквани документи, като посочи конкретните причини, обосноваващи отказа.
- (6). Застрахователният договор се счита за сключен след подписването му от застрахователя и застрахователя и при условие, че застрахователната премия или първата вноска от нея е заплатена в пълен размер.
- (7). Ако не се стигне до сключване на застрахователен договор в посочените по-горе срокове, застрахователят се задължава да върне авансово получената застрахователна премия, като удържи от нея стойността на извършените медицински прегледи, експертизи и изследвания, ако са извършени такива за сметка на застрахователя.
- (8). Ако застрахованият е сключил повече от една индивидуална застрахователна полица при застрахователя, по отношение на допълнителни рискове по сключените застрахователни договори плащанията се извършват съгласно определените лимити под условие, че застрахователната сума за основната застраховка се формира от всички полици в общ агрегатен размер до 60 000 лв.
- Чл.7.(1). При сключване на договора застрахованият, застрахованият или техните пълномощници, са длъжни да обявят точно и изчерпателно съществени обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които застрахователят е поставил изрично и писмено въпрос.
- (2). Ако застрахованият, застрахованият или техните пълномощници, съ-

- нателно са обявили неточно или са премълчали обстоятелство, при наличието на което застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, застрахователят може да прекрати договора в едномесечен срок от узнаването му. В този случай застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.
- (3). Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелството не е било известно на някоя от страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи писмено изменение на договора. Ако другата страна не приеме направеното предложение в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. Приемането следва да бъде изрично и писмено адресирано до срещната страна. В противен случай се приема, че страната не го е приела.
- (4). По време на действието на застрахователния договор застрахованият е длъжен да обявява пред застрахователя всички новонастъпнали обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпроси. Обявяването трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на задължението се прилагат съответно разпоредбите на ал.2 и ал.3 на настоящия член.
- Чл.8. Застрахователният договор и всички останали документи към него са действителни, само ако са съставени в писмена форма и са подписани от страните по договора.

#### СРОК И НАЧИНИ ЗА ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

- Чл.9.(1). Застраховката се сключва за срок до 25 години, като срокът се избира така, че при изтичането му възрастта на застрахования да не превишава предената възраст, определена от застрахователя в съответния застрахователен договор.
- (2). Началото на застрахователния договор е от 00:00 часа на датата, посочена в полицата за начало на застраховката и изтича в 24:00 часа на датата, посочена за край.
- Чл.10.(1). Застрахователният договор влиза в сила от 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска по премията е била платена, освен ако не е договорено друго.
- (2). При групови застраховки, сключени по местоработата за лицата, които са в законоустановен отпусък по болест към датата на влизане в сила на договора, застраховката влиза в сила от 00:00 часа на датата на връщането им на работа.
- (3). При групови застраховки, сключени по местоработата по средносписъчен състав за новопостъпващите лица в групата на застрахованите през периода на застраховката, застрахователното покритие влиза в сила от 00:00 часа на датата на постъпването им на работа. За напусналите групи на застрахованите лица, застраховката се прекратява от 24:00 часа на датата на прекратяване на трудовите правоотношения.
- (4). При групови застраховки, сключени с поименен списък, за новопостъпващите лица в групата на застрахованите през периода на застраховката, застрахователното покритие влиза в сила от 24:00 часа на датата на представяне на списък и извършване на допълнителната премия, ако не е договорено друго. За напусналите групи на застрахованите лица, застраховката се прекратява от 24:00 часа на датата, на която застрахователят е получил писмено уведомление.
- (5). Ако първата договорена премия не е била платена до датата за начало на застрахователния договор, отбелязана в полицата, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е била платена първата договорена премия в нейния пълен размер, но не по-късно от тридесет дни след началната дата, освен ако не е уговорено друго.
- (6). В случай, че първата договорена премия не бъде платена до 24:00 часа на тридесетия ден, следващ датата посочена в полицата за начало на застраховката, се приема че договорът не поражда правни последици и задължения за застрахователя. В този случай застрахователят има право да потърси от застрахователя възстановяване на извършени от него разходи за медицински прегледи, изследвания и експертизи, ако са осъществени такива във връзка със сключването на застраховката.
- Чл.11.(1). Застрахованият има право едностранно да прекрати/да откаже индивидуален застрахователен договор, в срок до 30 дни от датата на получаване на застрахователната полица, застрахователните условия и друга информация, имаща значение за съдържанието на договора, като отправно за застрахователя едностранно писмено съобщение.
- (2). В случай на едностранно прекратяване на договора от застрахователя, застрахователят връща платената застрахователна премия или първата вноска от нея в срок до 30 дни от датата на получаване на писменото съобщение по ал. 1, ако междуременно не е настъпило застрахователно събитие, като удържа частта съответстваща на времето, през което застрахователят е носил риск, плюс осъществените административни разходи за това време.
- (3). Застрахованият няма право на едностранно прекратяване на застрахователен договор, който е със срок по-малък от шест месеца.
- (4). Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния период в следните случаи:
1. едностранно писмено изявление от застрахователя до застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие;
  2. в случай че застрахованото лице се противопостави писмено пред застрахователя срещу действието на договора, сключен върху живота му - от датата на получаване на възражението;
  3. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено;
  4. с едномесечно писмено предизвестие от всяка една от страните, при условие че срокът на договора е над 6 месеца.
- (5). Застраховката за едно лице се прекратява, независимо от това дали и за каква продължителност е договорен застрахователния период, в 24:00 часа в деня, когато:
1. е настъпила смъртта на застрахования;
  2. с изтичане на застрахователната година, в която застрахованият навършва 70 години, освен ако не е уговорено друго в застрахователния договор.

- (6). Застрахователят прекратява застрахователното покритие върху застрахования за всички избрани допълнителни рискове вследствие заболяване в 24.00 ч. на деня, когато:
1. е изплатена сума за окончателно диагностициране на критично заболяване;
  2. е изплатена сума за трайна загуба на работоспособност над 50% вследствие заболяване или злополука.
- (7). Застрахователят прекратява застрахователното покритие върху застрахования за всички избрани допълнителни рискове вследствие заболяване в 24.00 ч. на деня на изтичане на застрахователния период, през който лицето е навършило 65 години.
- (8). В случай, че през съответния застрахователен период нетната квота на щетимост надхвърли 120%, застрахователят има право да предложи повишаване на застрахователната премия или промяна на избраните допълнителни рискове. Ако застрахователят не приеме предложението, застрахователят има право да прекрати предсрочно застрахователното покритие по избраните допълнителни рискове без да дължи неустойки.

#### ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА И ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

- Чл.12. Размерът на застрахователната сума се определя по договаряне между застрахователя и застрахователя в лева или в евра и се посочва в полицата.
- Чл.13.(1). Застрахователната премия се определя от застрахователя, в зависимост от възрастта и здравословното състояние на застрахования, избраната застрахователна професия, спорт или хоби и други фактори, имащи значение за риска.
- (2). В зависимост от договорените срокове за заплащане на застрахователната премия, тя се заплаща предварително преди началото на всеки застрахователен период:
1. като еднократно плащане за целия срок;
  2. с годишна премия за всяка една застрахователна година;
  3. разсрочена годишна премия на шестмесечни, тримесечни или месечни вноски.
- При договаряне на разсрочена годишна премия застрахователят има право да начисли коефициент за увеличение на премията, поради разсрочване на задължението.
- Дължимата застрахователна премия се посочва в полицата. Всяка платена премия, която е по-ниска от стойността, указана в застрахователната полица, ще бъде разглеждана като недостатъчна и полицата ще изпадне в нередовност.
- (3). Застрахователната премия се заплаща от застрахователя или от всяко друго лице, което има законното право за плащане на задължението в размерите, валутата и сроковете, посочени в полицата. Премията може да бъде заплатена:
1. в брой срещу документ за плащане, издаден от легитимизиран застрахователен посредник или в офис на застрахователя и при спазване на изискванията на Закона за ограничаване на плащанията в брой;
  2. по безкасов път чрез банков превод, или друг вид електронно разплащане.
- (4). Когато премията се заплаща директно на застрахователя, плащането се счита за извършено от датата на издадения документ за плащане или от деня на постъпване на сумата в сметката на застрахователя. Когато премията се заплаща на застрахователен посредник, плащането се счита за извършено от датата на документа за внесена сума. За всеки ден забава след договорената в полицата дата за падеж застрахователят може да начисли лихва за просрочие.
- (5). Текущите разсрочени вноски от застрахователната премия могат да бъдат предплащани за определен период.
- (6). В случай на смърт на застрахования в срока на застраховката, ако не е платена премията за текущата застрахователна година в пълен размер, застрахователят утвържда незаплатените премии от застрахователната сума. При условие че е предплатена следваща годишна премия или част от нея, застрахователят я връща на ползващото лице.
- (7). Ако не е договорено друго, допълнителната застрахователна премия по допълнителното застрахователно покритие, сключено заедно с основна застраховка „Живот“, се заплаща в същите срокове и валута, както и премията по основното застрахователно покритие.
- (8). Вземането на застрахователя за застрахователна премия се погасява в срок от три години, считано от датата на съответния падеж.

#### ПОСЛЕДСТВИЯ ОТ НЕПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

- Чл.14.(1). Ако първата премия не бъде заплатена до 24:00 часа на датата, определена за начало на застраховката, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития, освен ако не е уговорено друго в застрахователната полица.
- (2). Ако дължима текуща вноска от разсрочената застрахователна премия не бъде платена в размера и срока, посочени в застрахователната полица, застрахователят няма право да търси заплащането и по съдебен ред.
- (3). При неплащане на разсрочена вноска до посочената в полицата дата на падеж, полицата ще се счита за прекратена след изтичане на 15 (петнадесет) дни от тази дата, без писмено предизвестие за прекратяването от страна на застрахователя.

#### ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА

- Чл.15.(1). При сключване на застрахователния договор, както и по всяко време от действието му, застрахователят може да определи едно или повече ползващи лица. Ползващото лице придобива правото да получи застрахователната сума или част от нея с настъпване на застрахователно събитие. Допогова застрахователят може да променя по всяко време ползващото лице, освен в случаите, когато то е неотменимо посочено и не може да бъде променяно по време на договора.
- (2). Ако застраховката е сключена върху живота на трето лице, за определянето на ползващото лице се изисква писменото съгласие на застрахования.
- (3). Не е задължително ползващото лице да бъде посочено по име. Достатъчно е да бъде посочено неговото качество спрямо застрахования: когато застраховката е сключена в полза на децата на застрахования, ползващи лица са и децата, родени след сключването на застрахователния договор, освен ако е уговорено друго;

2. когато застраховката е сключена в полза на съпруг на застрахования, правото принадлежи на лицето, което се намира в брак със застрахования, към деня на настъпване на застрахователното събитие, освен ако е уговорено друго.
- (4). Когато са посочени няколко ползващи лица без определяне на дяловете им, те имат равни права.
- (5). Ползващото лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователно събитие. В този случай неговият дял се разпределя поравно между останалите ползващи лица.
- (6). Ако ползващото лице почине преди застрахования по договора и не са определени други ползващи лица за риска смърт, застрахователната сума се изплаща на законните наследници на застрахования.
- (7). Ако ползващото лице е малолетно или недееспособно, застрахователната сума се заплаща по специално разкрита сметка.
- (8). Промяната в ползващите лица е обвързваща за застрахователя от 24:00 часа на деня, в който е заявена лично от застрахователя в офиса на застрахователя и това е удостоверено с подпис на застрахователя или ако промяната се извърши с изявление с нотариално заверен подпис - от 24:00 часа на деня, в който документът за промяна (искане за промяна на ползващо лице, завещание или друго) постъпи в офиса на застрахователя. Застрахователят удостоверява промяната с издаване на добавък към застрахователната полица.

#### ПРАВО НА ПРОМЕНИ В ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

- Чл.16.(1). Ако от началото на сключения застрахователен договор са изминали поне две години и са платени всички премии за този период, застрахователят придобива право на промени в застрахователното покритие, уговорено в съответната застрахователна полица.
- (2). Застрахователят може да поиска промени в размера на застрахователната сума, застрахователната премия, срока на застраховката или избраните допълнителни рискове, в границите на минималните и максималните размери, определени от застрахователя за съответния застрахователен продукт. Промените се извършват по актуалните тарифи и условия на застрахователя към момента на промяната.
- (3). При индивидуални застрахователни договори, когато застрахователят и застрахованият не са едно и също лице, за извършване на промяната се изисква писменото съгласие на застрахования.
- (4). Промени по сключен застрахователен договор се извършват въз основа на внесено писмено искане от страна на застрахователя и съгласно правилата за подписвателска политика на застрахователя.
- При застрахователни договори с неблагоприятно развитие на риска, застрахователят може да откаже извършване на промени в застрахователното покритие, за което е дължен да уведоми писмено застрахователя в срок от 30 дни.
- (5). При промени в застрахователното покритие новите параметри на застраховката се изчисляват съобразно застрахователно-техническите правила на застрахователя.
- (6). За всяка от горесъброрените промени се подписва добавък от застрахователя и застрахователя.

#### ИЗБРАЕМИ РИСКОВЕ ПРИ ДОПЪНИТЕЛНО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

- Чл.17. Смърт на застраховано лице в срока на договора вследствие злополука – застрахователят изплаща договорената застрахователна сума по този допълнителен риск, заедно със застрахователната сума по основното застрахователно покритие, съгласно условията на сключения договор.
- Чл.18.(1). Смърт на застраховано лице в срока на договора вследствие трудово злополука – застрахователят изплаща договорената застрахователна сума по този допълнителен риск, заедно със застрахователната сума по основното застрахователно покритие, съгласно условията на сключения договор.
- Трудова злополука (по чл. 55, ал. 1 от КСО) е всяко внезапно увреждане на здравето станало през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило смърт.
- Трудова злополука (по чл. 55, ал. 2 от КСО) е злополука, станала по време на обичайния път при отиване или при връщане от работното място го:
- основното място на живеене или го друго допълнително място на живеене с постоянен характер;
  - мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден;
  - мястото за получаване на възнаграждение.
- (2). Застрахователната защита е в сила за събития, причинени от трудово злополука, настъпила при условията на чл. 55 ал. 1 и чл. 55 ал. 2 от КСО.
- Чл.19. Смърт на застраховано лице в срока на договора вследствие ПТП /пътнотранспортно произшествие/ – застрахователят изплаща договорената застрахователна сума по този допълнителен риск заедно със застрахователната сума по основното застрахователно покритие, съгласно условията на сключения договор.
- Пътнотранспортно произшествие /ПТП/ е събитие, възникнало в процеса на движение на пътно превозно средство и предизвикало нараняване или смърт на хора, повреда на пътно превозно средство, път, пътно съоръжение, товар или други материални щети. За пътнотранспортно произшествие се счита всяко събитие, за което компетентните държавни органи са съставили и издали съответния документ – Протокол за ПТП, Констатилен протокол и др.
- Чл.20. Трайна или намалена работоспособност на застрахованото лице, определена в срока на договора вследствие злополука – при настъпване на загуба на работоспособност от 0% до 100%, застрахователят изплаща процент от договорената застрахователна сума по този допълнителен риск, равен на процента загубена работоспособност.
- Трайна или намалена работоспособност е частично или напълно загубена способност за упражняване на трудова или груга дейност, която е пряк резултат на засягане на жизненни функции, породени от злополука, претърпяна от застрахованото лице през периода на застраховката.
- Установяването на степен на неработоспособност се извършва от ТЕЛК/НЕЛК или ЗЕК /застрахователно-експертна комисия/ на застрахователя, в съответствие с Наредба за медицинска експертиза.
- Ако след изтичане на първоначалния срок на трайна неработоспособност лицето бъде преосвидетелствано с по-висок процент трайна не-



- работоспособност от първоначалния, застрахователят изплаща обезщетение, изчислено като разликата между първоначалния и вторичния процент трайна неработоспособност. В случай че застрахованият е преосвидетелстван с процент трайна неработоспособност по-нисък от първоначалния, застрахователят не дължи плащане на обезщетение. Ако преди началото на застрахователния договор застрахованият има определена трайна неработоспособност, застрахователят няма задължение за плащане към това предшествало състояние и е в отговорност само за увреди от злополука, настъпили в срока на договора.
- Чл.21. Пълна трайна неработоспособност на застрахованото лице, определена в срока на договора вследствие заболяване – при настъпване на загуба на работоспособност с определена степен на увреждане над 70%, застрахователят изплаща процент от договорната застрахователна сума по този допълнителен риск, равен на процента загубена работоспособност. Пълна трайна загуба на работоспособност е налице тогава, когато вследствие на получено заболяване застрахованото лице е възпрепятствано да извършва собствена/сходна професия или полагане на каквото и да било друг срещу заплащане или печалба.
- Допълнителен риск пълна трайна загуба на работоспособност вследствие заболяване може да бъде включен в застрахователното покритие на договора, само при условие че е избран и допълнителен риск трайна или намалена работоспособност вследствие злополука, освен ако в полицата не е договорено друго.
- Признава се за застрахователно събитие пълна трайна загуба на работоспособност само освидетелстването на заболяване, което е настъпило в срока на застрахователния договор.
- Чл.22(1). Временна неработоспособност на застрахованото лице в срока на договора вследствие злополука или заболяване – застрахователят изплаща процент от договорната застрахователна сума по този допълнителен риск за реално ползван срок на работоспособността.
- Временна неработоспособност е частично намалена или напълно загубена способност за упражняване на трудова дейност, която е пряк резултат на злополука или заболяване, претърпени от застрахования през периода на застраховката, и поради което застрахованият ползва ефективно отпусък по болест за определен период, чието начало е в срока на застраховката. Установяването на временната неработоспособност се извършва от правоспособен лекар и се освидетелства с издаване на болничен лист, издаден в съответствие с Наредбата за медицинска експертиза. Освидетелстването на временната неработоспособност за ученици, студенти, пенсионери и други неосигурени лица се извършва от Застрахователно-експертната комисия на застрахователя въз основа на медицинската документация по случая.
- Неосигурено лице е всяко лице с прекъснати права за ползване на здравни услуги, съгласно нормативната уредба на Република България. Водещо доказателство за наличие или липса на здравно осигуряване е официалният статус на лицето, посочен от НАП /Национална агенция по приходите/. Продължителността на работоспособността се изчислява на база реално ползвани болнични листове, издадени последователно, без прекъсване, с една и съща диагноза или с различна, но в причинна връзка с първата. Началото на първичния болничен лист трябва да бъде след началото на застрахователния договор.
- Застрахователят има задължение за изплащане на застрахователно обезщетение за риска временна неработоспособност, свързана с бременност и раждане, само когато е проведено стационарно лечение за минимум 7 (седем) дни.
- Не се покрива временна неработоспособност поради бременност и раждане за следните периоди:
- 45 календарни дни преди раждането;
  - 42 календарни дни непосредствено след раждането.
- Застрахователят е в отговорност за риск временна неработоспособност след изтичане на договорения отлагателен период по сключената застрахователна полица.
- Ако не е дефинирано друго в застрахователната полица, се прилагат следните отлагателни периоди:
1. в случай на временна неработоспособност в резултат на злополука – няма отлагателен период;
  2. в случай на временна неработоспособност в резултат на заболяване:
    - 2.1. при индивидуални застраховки – отлагателният период е тридесет дни;
    - 2.2. при групови застраховки с численост на застрахованите до 10 лица – отлагателният период е десет дни;
    - 2.3. при групови застраховки с численост на застрахованите над 10 лица – няма отлагателен период.
  3. в случай на временна неработоспособност при бременност и раждане – отлагателният период е седем месеца от началната дата на влизане в сила на отговорността на застрахователя.
- (2). При временна неработоспособност на застрахованото лице в срока на договора вследствие злополука, застрахователят изплаща процент от застрахователната сума за периода на неработоспособността, както следва, освен ако в застрахователната полица не е договорено друго:
- от 14 до 20 дни – 3% от застрахователната сума;
  - от 21 до 40 дни – 5% от застрахователната сума;
  - от 41 до 60 дни – 8% от застрахователната сума;
  - от 61 до 90 дни – 10% от застрахователната сума;
  - над 90 дни – 12% от застрахователната сума.
- Застрахователят изплаща сума за временна неработоспособност за всяко събитие вследствие злополука, но за не повече от 120 дни в една застрахователна година.
- (3). При временна неработоспособност на застрахованото лице в срока на договора вследствие заболяване застрахователят изплаща процент от застрахователната сума за периода на неработоспособността, както следва, освен ако в застрахователната полица не е договорено друго:
- от 21 до 40 дни – 3% от застрахователната сума;
  - от 41 до 60 дни – 5% от застрахователната сума;
  - от 61 до 90 дни – 8% от застрахователната сума;
  - над 90 дни – 10% от застрахователната сума.
1. Застрахователят изплаща сума само за едно събитие за временна неработоспособност вследствие заболяване в една застрахователна година ;
  2. Ако не е договорено в застрахователната полица, не се счита за застрахователно събитие временна неработоспособност в случай на: санаторно-курортно лечение; медицински преглед или изследване; карантинна; отстраняване от работа по предписание на здравните органи; зледане на болен или карантинен член на семейството; належащо придружаване на болен член от семейството за медицински преглед; зледане на здраво дете, върнато от детското заведение, поради карантинна в заведението.
  3. Допълнителен риск временна неработоспособност вследствие заболяване може да бъде включен в застрахователното покритие на договора, само при условие че е избран и допълнителен риск временна неработоспособност вследствие злополука, освен ако в полицата не е договорено друго.
- Чл.23. Медицински разходи, осъществени от застрахованото лице в срока на договора за амбулаторно или болнично лечение, наложено вследствие злополука или заболяване, които са в пряка връзка с настъпила трайна, частична или временна неработоспособност, призната за застрахователно събитие съгласно настоящите условия – застрахователят възстановява действително осъществените разходи, намалени с процента самоучастие, ако има договорено такова, до общия годишен лимит, в агрегат за всички събития в една застрахователна година.
- Медицински разходи са разходите за стационарно и амбулаторно лечение на заболявания и състояния, изследвания, операции, терапии, получаване на предписани лекарства, медицински консултации и превръзки за заболявания и състояния, диагностицирани от правоспособен лекар в срока на застрахователното покритие на договора.
- Лекарствени средства и консумативи са признатите от Министерството на здравеопазването лекарствени средства и консумативи, чието действие е насочено към лечение на последствията от злополука или заболяването, и са включени в Списъка на Изпълнителна агенция за лекарства, разрешени за употреба.
- Допълнителен риск Медицински разходи може да бъде включен в застрахователното покритие на договора, само при условие че е избран допълнителен риск намалена, трайна или пълна загуба на работоспособност или временна неработоспособност.
- Ако не е дефинирано друго в застрахователната полица, се прилагат следните отлагателни периоди:
1. в случай на медицински разходи в резултат на злополука – няма отлагателен период;
  2. в случай на медицински разходи в резултат на заболяване:
    - 2.1. при индивидуални застраховки – отлагателният период е тридесет дни;
    - 2.2. при групови застраховки с численост на застрахованите до 10 лица – отлагателният период е десет дни;
    - 2.3. при групови застраховки с численост на застрахованите над 10 лица – няма отлагателен период;
  3. в случай на медицински разходи при бременност и раждане – отлагателният период е седем месеца от началната дата на влизане в сила на отговорността на застрахователя.
- Чл. 24. Дневни пари за болничен престой, проведен от застрахованото лице в срока на договора, вследствие злополука или заболяване.
- Застрахователят е в отговорност за риск дневни пари за болничен престой след изтичане на договорения отлагателен период по сключената застрахователна полица.
- Ако не е дефинирано друго в застрахователната полица, се прилагат следните отлагателни периоди:
1. в случай на дневни пари за болничен престой в резултат на злополука – няма отлагателен период;
  2. в случай на дневни пари за болничен престой в резултат на заболяване:
    - 2.1. при индивидуални застраховки – отлагателният период е тридесет дни;
    - 2.2. при групови застраховки с численост на застрахованите до 10 лица – отлагателният период е десет дни;
    - 2.3. при групови застраховки с численост на застрахованите над 10 лица – няма отлагателен период.
  3. в случай на дневни пари за болничен престой при бременност и раждане – отлагателният период е седем месеца от началната дата на влизане в сила на отговорността на застрахователя.
- При хоспитализация вследствие злополука, застрахователят изплаща договорната застрахователна сума за всеки календарен ден, в който застрахованото лице е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие, с максимум до 30 дни болничен престой за едно събитие и общо 90 дни за всички събития в продължение на една застрахователна година на територията на Република България.
- При хоспитализация вследствие заболяване, застрахователят изплаща договорната застрахователна сума за всеки календарен ден, в който застрахованото лице е било хоспитализирано след настъпване на застрахователното събитие, с максимум до 30 дни болничен престой за едно събитие и общо 60 дни за всички събития в продължение на една застрахователна година на територията на Република България.
- За хоспитализация извън територията на Република България, ако е договорено такова, в конкретния застрахователен договор, дневното обезщетение се заплаща максимум за общо 30 дни за всички събития в една застрахователна година.
- Болнично лечение е лечението в рамките на необходимата хоспитализация в болници (здравни заведения), където се спазват общоприетите правила на медицинската професия и където се водят истории за всеки случай. Престоят в болница се счита за хоспитализация, само ако видът лечение изисква болнично лечение в продължение на минимум 24.00 часа.
- Хоспитализацията не се счита за медицински необходима, ако е само по причина от невъзможност за осъществяване на домашни грижи или от други лични изисквания на застрахованата.
- Хоспитализация поради гентално лечение ще се счита за необходима само при настъпило застрахователно събитие злополука.
- За болница се счита здравно учреждение, регистрирано от съответните власти в страната, в която се намира, чиято основна цел е лечение в болничната база на болни или пострадали хора, в която всеки пациент е под постоянно наблюдение на лекар и в която се съхранява медицинска документация по всеки случай.
- Не се считат за болници: спа центрове, клиники за хидротерапия, санато-

- риуми, центрове за физиотерапия и рехабилитация, домове за медицински грижи и старчески домове.
- Чл. 25. Хирургическо лечение на застрахован в срока на договора вследствие злополука или заболяване - застрахователят определя размера на дължимото застрахователно плащане като процент от избраната застрахователна сума по този допълнителен риск.
- Застрахователят е в отговорност за риск хирургическо лечение след изтичане на договорения отлагателен период по сключената застрахователна полица.
- Ако не е дефинирано друго в застрахователната полица, се прилагат следните отлагателни периоди:
1. В случай на хирургическо лечение в резултат на злополука – няма отлагателен период;
  2. В случай на хирургическо лечение в резултат на заболяване:
    - 2.1. при индивидуални застраховки - отлагателният период е тридесет дни;
    - 2.2. при групови застраховки с численост на застрахованите до 10 лица – отлагателният период е десет дни;
    - 2.3. при групови застраховки с численост на застрахованите над 10 лица – няма отлагателен период;
  3. В случай на хирургическо лечение при бременност и раждане – отлагателният период е девет месеца от началната дата на влизане в сила на отговорността на застрахователя.
- Процентът на дължимото застрахователно плащане се определя от застрахователно-експертната комисия на застрахователя в зависимост от сложността на извършената операция, съгласно Хирургическата таблица за вида на операцията и максималния процент застрахователно плащане, наричана по-нататък Хирургическа таблица, валидна към датата на събитието. Изплащането се ограничава до посочения в таблицата максимален процент.
- Ако извършената операция не фигурира в Хирургическата таблица, приложена към договора, застрахователно-експертната комисия към Централно управление на застрахователя определя процента на обезщетение на база, включена в Таблицата операция с подобен характер и сложност.
- Хирургическа операция (интервенция) е лечение, назначено от лекар и проведено в лечебно заведение с разкрптя клиника, отделение или сектор за хирургическо лечение по съответната профилна специалност, извършено под ръководството и контрола на лекар специалист по профилната специалност, чрез прилагане на технически методи в съответствие с професионалните медицински стандарти. Интервенцията трябва да е извършена с цел лечение на последиците от злополука или заболяване, да е документирана с оперативен протокол и епикриза/и.
- Хирургическата таблица е оценъчна таблица на застрахователя, която служи за изчисляване на застрахователното обезщетение от застрахователно-експертната комисия.
- Хирургическата таблица се издава от застрахователя, който си запазва правото да я променя и допълва.
- Обезщетение за хирургическо лечение на един и същ орган или система, в резултат на едно и също заболяване или злополука, се изплаща само един път в рамките на една застрахователна година.
- Когато една хирургическа операция засяга няколко органа или части на тялото, застрахователят плаща обезщетение за онези оперативни интервенции, за която се полага най-висока сума от обезщетението.
- Ако при непрекъснат болничен престой поради последици от една и съща злополука или болест, или по време на анестезия се извършат няколко операции, то застрахователят изплаща обезщетение за онези оперативни интервенции, за която се полага най-висока сума от обезщетението.
- Чл. 26. Окончателно диагностициране на критично заболяване, настъпило в срока на застрахователния договор и определено като покрит риск - застрахователят се задължава да изплати на застрахования договорена застрахователна сума по този допълнителен риск, след изтичане на 30-дневен преживян период от датата на окончателно диагностициране на критично заболяване или провеждането на операцията. Застраховат се здрави лица от 18 до 55 години при сключване на този допълнително избираем риск. С навършване на 65 години застрахователното покритие се прекратява.
- Ползващо лице по този допълнителен риск е застрахованият и застрахователят изплаща сума на негови законни наследници единствено при условие, че претенцията е подадена лично от застрахования след изтекъл период на преживяване.
- (1). Застрахователят е в отговорност за риск окончателно диагностициране на критично заболяване след изтичане на договорения отлагателен период по сключената застрахователна полица.
- Ако не е дефинирано друго в застрахователната полица, се прилагат следните отлагателни периоди:
1. при индивидуални застраховки – отлагателният период е шест месеца;
  2. при групови застраховки с численост на застрахованите до 10 лица – отлагателният период е два месеца;
  3. при групови застраховки с численост на застрахованите над 10 лица – отлагателният период е един месец.
- (2). Окончателно диагностициране на рак.
- Злокачественият тумор или злокачествената неоплазма, е общо наименование на група заболявания /нар. рак/, свързани с аномален растеж на клетките с потенциал за навлизане или разпространение в други части на тялото.
- Рак означава наличие в организма на хистологично определени злокачествени тумори, характеризирани се с неконтролируем растеж на клетките (хистопатологично) и проникване на злокачествени клетки с инвазия на нормалните тъкани и околните лимфни жлези, и/или отдалечени метастази.
- Ракът включва също: злокачествени заболявания на кръвта, кръвотворните органи и лимфната система (включително левкемия), злокачествена лимфома, Болест на Ходжкин (рак на лимфните жлези), злокачествено заболяване на костите, саркома и напреднали стадии на злокачествена меланом на кожата в стадий над I A.
- Не се предоставя застрахователно покритие за:
- Доброкачествени тумори;
  - Всички презлокачествени състояния или неинвазивен рак, прединвазивни новообразувания, карцином „in situ“;
  - Цервикална интраепителна неоплазия със стадии CIN-1, CIN-2 и CIN-3;
  - Ранна форма на рак на простатата, освен ако не е прозресирал минимум до стадий T2N0M0 по TNM-класификацията (Международната класификация на злокачествените новообразувания);
  - Кожни тумори с изключение на злокачествена меланом в стадий над IA (T1a, I6, Ic);
  - Папиларен или фоликуларен карцином на щитовидната жлеза, хистологично диагностициран като T1a (тумор с размер до 1 см или по-малко), ако няма наличие на метастази в лимфните възли и/или отдалечени метастази;
  - Всички тумори и рак при наличие на ХИВ инфекция.
- Правото на застрахователно плащане изисква диагноза за злокачествено новообразование (рак) да е потвърдена клинично и хистопатологично от специализирана клиника или медицински специалист с хистологични становища и класификация на заболяването, съгласно TNM- класификацията (Международната класификация на злокачествените новообразувания). Ако хистопатологичното изследване е невъзможно да се извърши по медицински причини, причините следва да бъдат обяснени и диагнозата за злокачествения тумор следва да се потвърди от лекар-онколог и чрез изследване с КТ (компютърна томография) или МРТ (магнитно-резонансна томография).
- За дата на поставяне на диагнозата се приема датата, на която диагнозата е потвърдена на база резултатите от хистопатологичните изследвания, а когато такива не е възможно да бъдат извършени по медицински причини датата, на която диагнозата е потвърдена на база изследване с компютърна томография /КТ/ или магнитно-резонансна томография /МРТ/.
- (3). Окончателно диагностициране на остър инфаркт на миокарда.
- Острият инфаркт на миокарда /нар. сърдечен удар/, представлява сериозна и внезапна промяна на сърдечната дейност при спиране на достъпа на кръв (исхемия) към определена част от сърцето. Засегнатата сърдечна мускулна тъкан (миокард) се поврежда и умира (некротизира).
1. Окончателната диагноза остър инфаркт на миокарда се поставя при наличието на всеки един от следните критерии и симптоми:
    - 1.1. Клинични симптоми (История на типична болка в гръдния кош);
    - 1.2. Нововъзникнали характерни изменения на електрокардиограмата с типични промени за инфаркт на миокарда;
    - 1.3. Повишаване на типичните за инфаркт ензими – тропонин и други биохимични маркери. Диагнозата остра миокардна некроза изисква значителна промяна в стойностите на високочувствителния тропонин при серийно изследване;
    - 1.4. Диагнозата инфаркт на миокарда трябва да бъде доказана с компютърно-томографска коронарография.
  2. Не се предоставя застрахователно покритие за:
    - 2.1. Не-ST-сегментно разрастване на инфаркта на миокарда (NSTEMI) само с повишене на Тропонин I или T;
    - 2.2. Други остри коронарни симптоми;
    - 2.3. Тих инфаркт на миокарда;
    - 2.4. Микроинфаркт и ангина пекторис (стенокардия).
- Правото на застрахователно плащане произтича от потвърдената диагноза от компютърно-томографска коронарография и специализирана кардиологична клиника или специалист кардиолог. За дата на поставяне на диагнозата се приема датата, на която инфарктът е потвърден на база резултатите от коронарографията.
- (4). Окончателно диагностициране на мозъчен удар.
- Инсултът (нар. мозъчен удар аполектичен удар), е остро нарушение на кръвообращението на мозъка, вследствие на което се получават увреждания на мозъчните функции.
- За инсулт се приема всеки мозъчно-съдов инцидент, водещ до постоянни неврологични последици, продължаващи повече от 24 часа, включващ инфаркт на мозъчна тъкан, кръвоизлив или емболия от екстракраниален източник. Диагнозата трябва да се потвърди чрез типични клинични симптоми и чрез компютърна томография или ядрено-магнитен резонанс на мозъка. Трябва да се получи доказателство за неврологичен дефицит с продължителност от поне 3 месеца.
- Не се предоставя застрахователно покритие за:
- Транзитни исхемични атаки (ТИА);
  - Травматични увреждания на мозъка;
  - Неврологични симптоми, дължащи се на мигрена;
  - Лакунарен инсулт без неврологичен дефицит.
- Правото на застрахователно плащане произтича от потвърдената диагноза от специализирана неврологична клиника или специалист невролог, направена най-рано след 12 седмици от настъпването на инсулта, като за дата на окончателно поставяне на диагнозата се приема датата на издаване на медицинския документ.
- (5). Аорто-коронарен байпас – реална операция при отворен гръден кош (стернотомия), с цел коригиране на една или повече коронарни артерии, чрез коронаро-артериален бай-пас (CABG).
- Необходимо условие за окончателно признаване на критичното заболяване е провеждане на коронарна ангиография за потвърждаване на диагнозата.
2. Не се предоставя застрахователно покритие за:
    - 2.1. Ангиопластика;
    - 2.2. Всички други вътрешно-артериални процедури;
    - 2.3. Минимална инвазивна операция/Ендоскопски процедури.
- Правото на застрахователно плащане възниква след извършване на операцията, като за датата на извършване на операцията се приема датата, посочена в епикризата.
- (6). Смяна на сърдечна клапа - хирургична замяна на една или повече клапи с клапни протези. Включва се протезиране на аортна, митрална, трикуспидална и пулмонална клапа заради стеноза, недостатъчност или комбинация от тези нарушения.
- Извършената операция трябва да бъде потвърдена от специалист-сърдечен хирург и/или кардиолог.
- Изключват се от покритие:
- 1.1. Корекция на собствена сърдечна клапа;
  - 1.2. Валвулопластика;

- 1.3. Валвулопатия;  
Правото на застрахователно плащане възниква след извършване на операцията.
- (7). Операция поради заболяване на аортата – действително претърпяна операция поради хронично заболяване на аортата, което налага изрязване или хирургическа подмяна на увреден участък на аортата с присадка. За целите на тази дефиниция, аортата включва торакалната и абдоминалната аорта, но не и техните клонове и разклонения. Извършването на операция на аортата трябва да се потвърди от специалист.
- Правото на застрахователно плащане възниква след извършване на операцията, като за дата на извършване на операцията се приема датата, посочена в епикриза.
- (8). Окончателно диагностициране на хронична бъбречна недостатъчност. Необратимо увреждане на над 70% от активните нефрони води до Хронична Бъбречна Недостатъчност /ХБН/. Бъбречната недостатъчност е краен стадий на бъбречно заболяване, проявяващо се като хронична необратима недостатъчност на функцията на двата бъбрека, в резултат на което се назначава редовна бъбречна диализа (хемодиализа или перитонеална диализа) или се извършва бъбречна трансплантация. Правото на обезщетение възниква със започване на постоянната диализа или с извършване на бъбречна трансплантация, като за дата на диагностициране се приема датата на започване на постоянна диализа или датата, на която е извършена трансплантацията.
- (9). Трансплантация на жизненоважен орган – действително претърпяна трансплантация от застрахованя, в качеството му/и на реципиент на някой от посочените по-долу органи или тъкани:
1. Сърце или имплантация на изкуствено сърце;
  2. Бял дроб;
  3. Черен дроб;
  4. Панкреас;
  5. Бъбрек;
  6. Костен мозък.
- Правото на застрахователно плащане възниква след извършване на трансплантацията на органа, като за дата на извършване на операцията се приема датата на трансплантация, посочена в епикриза.
- (10). Окончателно диагностициране на слепота.  
Необходимо е клинично потвърждение за пълна, трайна и необратима загуба на зрението и на двете очи в резултат на остро заболяване или злополука. Абсолютно слепи са тези лица, които са загубили напълно зрението си и не могат да различават светлината от тъмнината.
- Правото на застрахователно плащане произтича от потвърдена окончателна диагноза от специализирана очна клиника и/или специалист-офтальмолог, като за дата на окончателно поставяне на диагнозата се приема датата, на която е издаден медицинският документ.
- Застрахователят не дължи обезщетение по този риск, при условие че съществува медицинско лечение за пълно или частично възстановяване на зрението, чрез имплантант или други алтернативни медицински методи.
- (11). Окончателно диагностициране на глухота.  
Необходимо е клинично потвърждение за пълна, постоянна и необратима загуба на слуха на двете уши в резултат на заболяване или инцидент, при което състояние нито тонове, нито звуци могат да бъдат възприемани. Пълна глухота настъпва, когато загубата на слух е по-голяма от 110 dB.
- Застрахователят не дължи обезщетение по този риск, при условие че съществува медицинско лечение за пълно или частично възстановяване на слуха, чрез имплантант или други алтернативни медицински методи.
- Правото на застрахователно плащане произтича от потвърдена окончателна диагноза от специализирана клиника „Уши, нос и гърло“/УНГ и/или специалист „Уши, нос и гърло“/УНГ и доказана чрез аудиометрия. За дата на окончателно поставяне на диагнозата се приема датата на издаване на медицинския документ.
- (12). Окончателно диагностициране на парализа.  
Необходимо е клинично потвърждение за парализа, хемиплегия или тетраплегия – пълна и трайна парализа на крака, ръце или и на краката, и на ръцете с пълно прекъсване проводимостта на гръбначния мозък. Това състояние трябва да бъде медицински документирано за най-малко 3 (три) месеца.
- Правото на застрахователно плащане произтича от потвърдената диагноза от специализирана неврологична клиника или специалист-невролог, направена най-рано след шест месеца от настъпване на заболяването. За дата на окончателно поставяне на диагнозата се приема датата на издаване на медицинския документ за потвърждаване на диагнозата.
- Изключена е от покритие парализа, дължаща се на Guillain- Barre-Syndrom (познат още като Landry-Guillain-Barre-Strohl- Syndrom или GBS; ICD-10 code: G61.0).
- (13). Окончателно диагностициране на множествена склероза.  
Множествената склероза е аутоимунно възпалително невродегенеративно хронично заболяване, което причинява демиелинизация и образуването на лезии в мозъка и води до широк спектър от признаци и симптоми. Необходимо за признаване на застрахователно събитие е поставянето на окончателна диагноза от профилна специалист-невролог, работещ на такова длъжност в лицензирана многопрофилна или специализирана болница. Заболяването се доказва чрез типични клинични симптоми на демиелинизация и разстройство на моторните и сензорните функции, както и чрез характерните за тази диагноза резултати от ядрено - магнитен резонанс.
- За доказване на диагнозата застрахованият трябва или да показва неврологични аномалии, които съществуват непрекъснато в продължение на поне 6 (шест) месеца, или да е имал поне два клинично документиранни пристъпа в разстояние поне един месец един от друг, или да е претърпял поне един клинично документиран пристъп, съчетан заедно с характерни находки в церебриспалната течност, както и специфични мозъчни лезии в ядрено-магнитния резонанс.
- За дата на окончателно поставяне на диагнозата се приема датата, на която е поставена диагнозата при условията на предходното изречение.
- (14). Окончателно диагностициране на кома.

Състояние на пълна загуба на съзнание, характеризиращо се с отпадане на отговор към всяко вътрешно или външно дразнене, с продължителност повече от 96 часа, водеща до разстройство на мозъчната функция с последващ временен (обратим) или постоянен (необратим) неврологичен дефицит. По време на кома може да настъпят обратими или необратими промени на жизненоважни за организма функции. Наличието и степента на мозъчен дефицит се определя от специалист невролог в първите 3 месеца от настъпване на увреждането.

- Изключени от покритието са:
- 1.1. Вторична кома при алкохолна злоупотреба или злоупотреба с упойващи вещества и лекарства;
  - 1.2. Кома, причинена или провокирана от лечебни манипулации или терапевтични вмешателства.
- Правото на застрахователно плащане произтича от потвърдената диагноза от лицензирано лечебно заведение, на база епикриза, подписана от лекарска комисия, съставена от трима специалисти. За дата на окончателно поставяне на диагнозата се приема датата на издаване на медицинския документ за потвърждаване на диагнозата.
- Чл.27. Фрактури /счупвания/ на кости вследствие злополука - размерът на обезщетението се определя като процент от застрахователната сума, в зависимост от вида и тежестта на фрактурата, съгласно Таблица за размера на обезщетенията в процент от застрахователната сума при фрактури на кости вследствие злополука.
- Фрактура на костите е медицинско състояние, при което се нарушава непрекъснатостта на костта.
- При няколко костни счупвания вследствие на една и съща злополука – независимо от броя на счупените кости, застрахователното плащане е еднократно. При няколко, едновременно настъпили костни счупвания от различен вид и различна тежест, меродавна за изчислението на дължимата сума за костни счупвания е най-високо категоризираната фрактура.
- При костни счупвания, причинени от различни злополуки, настъпили по различно време дължимата сума за костни счупвания се изплаща отделно за всяка една злополука.
- Откъсване на сухожилие от загълвното място на костта, отделяне на частици от костта, както и костни фурури и сходни наранявания на костта не се считат за костно счупване.
- Чл.28. Изгаряния в резултат на злополука - размерът на обезщетението се определя като процент от застрахователната сума, в зависимост от степента на изгаряния и засегнатата повърхност на тялото, съгласно Таблица за размера на обезщетенията в процент от застрахователната сума при изгаряне вследствие злополука.
- Размерът на изгарянето се измерва като процент от общата телесна повърхност въз основа на големината на човешката длан. Големината на отпечатъка на човешката ръка (включващ дланта и пръстите) е приблизително 1% от общата телесна повърхност.
- Изгаряния вследствие злополука може да се причинят от най-различни външни източници, класифицирани като термични, химически, електрически и други подобни.

#### ПРОМЯНА НА РИСКА ПО ВРЕМЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ПЕРИОД

- Чл. 29.(1). Застрахователят сключва застрахователен договор и дължи при промяна на професията, вида на производството, в което работи застрахованият, в случаите че е различно лице или други обстоятелства, за които при сключването на договора, застрахователят писмено е поставил въпрос, да уведоми незабавно писмено застрахователя.
- (2). Ако поради тази промяна се увеличи рискът, застрахователят увеличава застрахователната премия. В случай на намален риск той намалява премията или увеличава застрахователните суми. Промените са валидни за остатъчен срок, като страните по договора, подписват добавък към застрахователната полица.
- (3). Ако застрахованият не извести застрахователя за настъпилите промени в риска или не приеме в срок от седем работни дни предлаганите от застрахователя промени в застрахователния договор, произтичащи от промяната в риска и настъпи застрахователно събитие, застрахователят може:
1. да изплати намалена застрахователна сума, изчислена съобразно отношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск;
  2. да откаже плащането, ако с настъпилите промени в риска застрахователното събитие попадне в обхвата на изключените по настоящите Общи условия рискове;
  3. да върне платената в повече застрахователна премия, ако с настъпилите промени в риска в началото на застрахователната година е настъпило намаление на риска.

#### ОГРАНИЧЕНИЯ В ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ И ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

- Чл. 30. Ако не са обект на специално договоряне, застрахователят не покрива събития причинени от:
1. Земетресение;
  2. Война, гражданска война, въстание, революция, употреба на военна сила или узурпиране на властта, целенасочена употреба на международна военна сила за прекратяване, предотвратяване или ограничаване на терористични актове (действителни или подозирани), тероризъм, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу действителни или очаквани терористични прояви;
  3. Атомни, ядрени, химични и биологични експлозии и аварии, радиоактивни продукти и последващи замърсяване и пожари от тях, както и йонизираща радиация;
  4. По време на управление на самолет или летателни апарати от всякакъв вид, плавателни съдове, моторни и други превозни средства без валиден документ/разрешително за управление на такъв модел и тип самолет, плавателен съд, моторно и друго превозно средство. Ще се счита, че застрахованият притежава валиден документ/разрешително за управление/експлоатация в процеса на подготовка и полагане на изпит за получаване на официален документ под прякото ръководство на лицето, което съгласно действително разпоредби може да обучава. При управление и полет с частен самолет;
  5. При участие в какъвто и да било спорт като професионален играч;
  6. При участие в състезание (регламентирано и нерегламентирано, напр.



- участие в гонки, улични състезания, грифтене), организирана демонстрация или изпитание, включващи употребата на сухопътно, водно или въздушно превозно средство;
7. При участие в опасен спорт или хоби като парашутизъм, алпинизъм, делтапланеризъм, парасейлинг, ски спускане извън пистите, бърджи скокове, лов, скално катерене, пещерно бего, безмоторно летене, каскадьорство, водомоторни спортове, подводни спортове, автомобилизъм, мотоциклетизъм на писта и извън писти, и други подобни екстремни спортове;
  8. Съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот), съзнателно самонараняване или неспазване на медицински препоръки, навлизане във водни басейни, обозначени с изрична забрана за ползване. Действията на застрахования са цел саморазболяване или опит за самоубийство;
  9. Престъпление или физическа саморазправа, освен в случай на доказана неизбежна отбрана по смисъла на чл. 12 от Наказателния кодекс. Изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда. По време на подготовка, опит или извършване на престъпление от общ характер, както и при излежаване на влязла в сила присъда за тежко престъпление по смисъла на Наказателния кодекс;
  10. Доказана причинно-следствена връзка с настъпилото застрахователно събитие от употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества върху застрахования към момента на настъпване на застрахователно събитие. Ако не е доказано противното, се счита че събитието е настъпило поради доказана причинно-следствена връзка от употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества за застрахования, както следва:
    - 10.1. Ако към момента на настъпване на застрахователното събитие (пътнотранспортно произшествие), застрахованият, като водач е бил с над 0.5 промила (0,5 %) алкохол в кръвта или под въздействието на наркотици или друго упойващо вещество или ако застрахованият се е намирал в пътнотранспортно превозно средство, управлявано от лице с повече от 1,2 ‰ алкохол в кръвта; Ако при проверката за алкохол се установи шофиране в пияно състояние и застрахованият откаже или погрешно на възможността за определяне степента на неговата интоксикация;
    - 10.3. Ако застрахователното събитие е причинено от заболяване, което е възникнало вследствие (пряко или косвено, свързано с) употреба на алкохол, наркотици или други упойващи вещества.
  11. Причинно-следствена връзка с настъпилото застрахователно събитие от доказано нарушение на Закона за движение по пътищата;
  12. Събития, настъпили при боравене с оръжие или боеприпаси, за които лицето няма официално издадено разрешително или ако събитията не са настъпили при изпълнение на служебни задължения.
  13. Опит за или при извършване на незаконно прекъсване на бременност/аборт;
  14. Епидемия и Пандемия. Заболяване от СПИН (Синдром на Придобитата Имунна Недостатъчност) и свързаните с него усложнения, освен в случаите, когато същото е причинено от медицински манипулации в здравно заведение;
  15. Всяко предварително съществуващо заболяване, физически дефект, недъг или медицинско състояние, освен ако не са били съобщени и одобрени от застрахователя. Към предшествашите заболявания се отнасят и всички състояния, за които застрахованият не е спазил дадените медицински препоръки. Не се включват в застрахователното покритие недеklarирани медицински състояния, настъпили преди началото на застраховката, дори ако са довели до реализиране на покрити риск в срока на застраховката;
  16. При смърт на застрахования вследствие самоубийство, извършено преди изтичане на три години от сключването или промяната на застрахователния договор, застрахователят не дължи застрахователната сума, освен ако бъде доказано, че деянието е било извършено в състояние на болестно психично разстройство и застрахованият не е бил вменяем и не е разбирал свойството и значението на постъпките си и не е можел да ги ръководи;
  17. Неработоспособност, която се дължи на субективни оплаквания на застрахования, които са неустановими с лабораторни тестове, микробиологични или биохимични изследвания и/или сканиране;
  18. Болки в гърба и свързани с тях състояния на неработоспособност, освен ако същите не са доказани чрез рентгенови и радиологични медицински изследвания;
  19. Операции за смяна на пола;
  20. Козметично лечение и козметична операция и последствията от това, когато и ако тези мерки не са предназначени за заличаване на последствията от злополука. Събития, настъпили в резултат на избрана от застрахования пластична хирургия, козметични и разкрасителни процедури, както и в резултат на процедури за коригиране на телото;
  21. Имплантиране на зъби и последствията от това, освен ако не е предназначено за заличаване на последствията от злополука;
  22. Събития и/или медицински усложнения, настъпили в резултат на всички форми на изкуствено оплождане (като напр. Ин витро, инсеминация и др.);
  23. Разходи за: ваксини, витамини, протеини, противозачатъчни средства, специализирани храни, слабители средства, средства за отслабване, стероиди, имуностимулатори, имуномодулатори, хранителни добавки, медицинска козметика, както и всички средства за лечение, които не са регистрирани като лекарствени средства, хомеопатични лекарства, които не са предписани от лекар-хомеопат, помощни средства за рехабилитация, както и за платени потребителски такси в извънболнични и болнични заведения.
  24. Застрахователят не сключва застрахователен договор, не осигурява застрахователно покритие и не изплаща застрахователни обезщетения на лица (физически лица, юридически лица, организации и/или образувания), спрямо които има наложени санкции или на които не е разрешено да се предоставят финансови услуги, съгласно резолюции на съвета за сигурност на ООН, или регламенти и решения на ЕС, или които са включени в забранителните списъци по чл. 46 от Закона за мерките срещу финансирането на тероризма.

## УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

- Чл. 31(1). При настъпване на застрахователно събитие лицата, които имат право да получат плащане, съгласно застрахователния договор /ползващи лица или техни законни представители/, упражняват правата си по полицата, чрез подаване на писмена претенция до застрахователя. Застрахователят има правото да поиска доказателства, които са необходими за определяне правата на ползващото лице.
- (2). За всяко застрахователно събитие се предявява претенция в писмена форма, като се попълва формуляр - Претенция по образец на застрахователя, комплектувана с документи, установяващи настъпването на събитието и правото на претендиращия да получи обезщетение, съгласно „Вътрешни правила за дейността по уреждане на застрахователни претенции по застрахователни договори“ на застрахователя.
- (3). За да се определят фактите и обстоятелствата, които са съществени за застрахователното събитие, застрахователят има право да поиска допълнителни доказателства и документи.
- Чл. 32.(1). Застрахователят се произнася по предявените претенции в срок до 15 работни дни от представянето на всички доказателства, които установяват основанието и размера на претенцията, като застрахователят определя и изплаща размера на обезщетението или застрахователната сума, или мотивирано отказва цялото или част от претендираното плащане.
- (2). Изплащането на сумите се извършва безкасово, чрез банков превод по посочена банкова сметка от ползващото лице.
- (3). При изплащане на обезщетение или застрахователна сума, застрахователят има право да удържи всички вземания, които има спрямо застрахователя или ползващо се лице.

## СПОДЕЛЕНО УЧАСТИЕ В РЕАЛИЗИРАН ПОЛОЖИТЕЛЕН ФИНАНСОВ РЕЗУЛТАТ

- Чл. 33(1). Ако от началото на сключения застрахователен договор са изминали поне две години и са платени всички премии за този период, застрахователят придобива право на споделено участие в положителния финансов резултат по застрахователната полица, ако е реализиран такъв.
- (2). Положителен финансов резултат се изчислява при завършена застрахователна година, като събраната бруто премия за изтеклите застрахователни години се намалява с:
  1. размера на вноските за Обезпечителен фонд и данък върху застрахователната премия;
  2. сумите на осъществените застрахователни плащания за настъпили застрахователни събития;
  3. заделените резерви за предстоящи плащания;
  4. административно-стопанските разходи на застрахователя, които включват и платено комисионно възнаграждение на застрахователен посредник, ако има такъв.
 При реализиране на положителен резултат в размер от над 30% спрямо общата бруто премия за изтеклите застрахователни години на договора, застрахователят придобива право на отстъпка до 5% при плащане на следващата годишна премия, освен ако не е договорено друго в застрахователната полица.
- (3). Споделеното участие на застрахователя в реализиран положителен финансов резултат по сключен застрахователен договор, се удостоверява с издаване на добавък към застрахователната полица.

## ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

- Чл. 34(1). Всички договорария, обявявания, молби, известия и разяснения към застрахователния договор трябва да се извършват в писмена форма. Известия и волеизявления извършени от застрахователя, застрахования или ползващите лица влизат в сила след представянето им пред застрахователя.
- (2). Изявленията на застрахователя са валидни само, ако са издадени по надлежния рег, подписани са от оправомощено лице, и са изпратени на посочения от застрахователя адрес за кореспонденция.
- (3). Ще се счита, че уведомлението, декларацията и други писмени волеизявления, правени от страните във връзка със сключването и изпълнението на договора са подадени в срок, ако са подадени преди изтичане на съответните срокове, определени от настоящите Общи условия.
- (4). При промяна в името на застрахователя, на застрахования, ползващо лице или на посочения в застрахователната полица адрес, застрахователят е длъжен да уведоми застрахователя за настъпилата промяна.
- (5). Ако застрахователят пребивава за по-дълъг период или премести местожителство/седалището си извън територията на Република България, в негов интерес е да посочи на застрахователя лице, постоянно живеещо в Република България, което да е упълномощено да получава известия.
- (6). Всяко уведомление или група писмена информация, изпратена на последния известен адрес на застрахователя и/или застрахования, така както е определено по-горе, и неполучени по причина извън контрола на застрахователя, ще се считат за валидно получени от адресанта на петия ден от изпращането им, от който момент волеизявлението е действително.
- Чл. 35. Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство, към момента на възникването им и са за сметка на застрахователя или ползващото се лице, в зависимост от естеството им.
- Чл. 36. ЗЕАД „ЦКБ Живот“ обработва предоставените от застрахователя/застрахования лични данни в качеството си на администратор на лични данни и в съответствие с Общия регламент за защита на данните (ЕС) 2016/ 679 и действителното българско законодателство.
- С подписване на настоящите Общи условия, застрахователят декларира: запознат съм с Информационната за защита на личните данни, която е публикувана на [www.ccb-life.bg](http://www.ccb-life.bg);
1. информиран съм, че пълният текст на Политиката за защита на лични данни на дружеството, е публикувана на: [www.ccb-life.bg](http://www.ccb-life.bg);
  2. информиран съм за правата ми и как мога да ги упражня;
  3. информиран съм какви са основанията за обработване на предоставените лични данни, а именно предприемане на действия по сключване на застрахователен договор, изпълнение на законови изисквания, защита на легитимен интерес и за защита на правни претенции;
  5. информиран съм за получателите на които личните данни могат да бъ-

- дат предоставяни от ЗЕАД „ЦКБ Живот“ в предвидените от закона случаи;
6. предоставени са ми информация и данни за контакт на длъжностното лице по защита на данните на застрахователя.
7. информиран съм, че предоставянето на данни (включително лични данни) има изцяло доброволен характер и че отказът за предоставянето им е основание застрахователят да откаже сключването на застрахователната полица или да предприеме други действия, в случай че липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска или застрашава реализацията на законните му интереси.
8. със сключване на застраховката, застрахователят се счита упълномощен да получава цялата необходима информация във връзка със застрахователното събитие от трети лица (полицейски органи, медицински заведения и специалисти, личен лекар и други), включително и от личен характер, за случаите, когато се касае за получаване на информация, представляваща служебна или професионална тайна.
- Чл. 37.(1). Жалби срещу решения или действия на застрахователя или негови служители, както и във връзка с предявени претенции за изплащане на застрахователни обезщетения се подават в писмена форма на адрес: ул. Стефан Караджа 2, София 1000, или по електронната поща на адрес office@ccb-life.bg, или на интернет страницата на компанията www.ccb-life.bg. Застрахователят не разглежда анонимни сигнали и жалби поради невъзможността за тяхната проверка. Всяка постъпила жалба или сигнал се разглежда и решава обективно, като се извършва необходимата проверка по нея. Срокът, в който сружеството разглежда жалбите и сигналите, и изпраща отговор по тях, е 7 /седем/ дни от получаването на жалбата, когато същата се отнася до размера на определеното застрахователно обезщетение, и до един месец от датата на постъпването на жалбата или сигнала за всички останали случаи.
- (2). Политиката на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ за управление на жалбите е публикувана на интернет страницата на компанията www.ccb-life.bg
- Чл.38.(1). Всички права, произтичащи от сключените застрахователни договори, се погасяват по давност след изтичане на пет години от датата на настъпване на застрахователното събитие.
- (2). За грешно изчислени от застрахователя или неправилно внесени от него вноски от застрахователната премия, както и за несвоевременно получени суми и обезщетения застрахователят не дължи лихви.
- (3). Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя, от една страна, и застрахователя, застрахования, или ползващите лица от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд. Искове във връзка със спорове между страните се предявяват пред компетентният съд.
- (4). За неуредени в настоящите Общи условия въпроси се прилага българското законодателство.
- Чл. 39. Настоящите Общи условия могат да бъдат допълвани или променяни, като промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато същите са били представени на застрахователя и последният писмено се е съгласил с тях.
- Настоящите Общи условия и Приложения са приети с решение на Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ АД от 12.11.2019 г. и влизат в сила от 15.11.2019 г.



Видовете операции в настоящата Хирургическа таблица са класифицирани според техния обем и сложност съгласно общите медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия в следните категории:

- 1. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия:**
- 1.1. Включват се заболявания на кожата, подкожието и достъпната лигавица (възпалителни, доброкачествени тумори); обработка и корекция на рани; операциите могат да бъдат осъществени в амбулаторни условия или при непро дължителна хоспитализация.
- 2. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия:**
- 2.1. Включват се заболявания на органи, тъкани, системи или части от тях;
- 2.2. операциите изискват задължителна хоспитализация и осъществяване на следоперативен контрол.
- 3. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия:**
- 3.1. извършват се при заболявания, изискващи отстраняването на цял орган или на част от него, заместване с пластичен или изкуствен материал; намеса върху повече от един орган в един етап (симултанни операции), едновременно намеса върху органи и тъкани от две области/кухини на тялото; операциите изискват задължителна хоспитализация.
- 4. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия:**
- 4.1. извършват се при заболявания, изискващи отстраняването на цял орган или на част от него, заместване с пластичен или изкуствен материал; намеса върху повече от един орган и тъкан в един етап (симултанни операции); едновременно намеса върху органи и тъкани от две области/кухини на тялото; трансплантация на органи и тъкани;
- 4.2. осъществяват се в специализирани хирургични клиники/отделения;
- 4.3. операциите изискват задължителна хоспитализация.

**СПИСЪК НА ОПЕРАТИВНИТЕ ОПЕРАЦИИ В ОБЛАСТТА НА СЪДОВАТА ХИРУРГИЯ**

**ХИРУРГИЯ НА АРТЕРИИТЕ**

**I група. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Операции на аневризма на главен клон на аортната съда в гръдния кош.
2. Оперативно отстраняване на придобита стеноза или тромбоза на главен клон на Ао-съда в гръдния кош, чрез реконструкция.
3. Оперативно отстраняване на съдова малформация в гръдния кош, чрез реконструкция.
4. Реконструктивна операция на артерио-венозна фистула в гръдната или коремната кухина.
5. Оперативна обработка на интраторакално съдово нараняване със съдова трансплантация.
6. Реконструктивна операция при торакоабдоминална аневризма IV тип с реплантация на висцерални и мезентериални артериални съдове.
7. Реконструктивна операция на абдоминалната аорта при аневризма.
8. Реконструктивна съдова операция на висцерален съд.
9. Реконструктивна операция на бъбречна артерия.
10. Реконструктивна операция на екстракраниална мозъчна артерия със или без налагане на шънт.
11. Отстраняване на тумор на л. каротикус без или със резекция на артериални съдове и заместване с протеза.
12. Реконструктивна операция на абдоминалната аорта при стеноза или тромбоза.
13. Реконструктивна операция на абдоминалната аорта при стеноза или тромбоза, съчетана с феморо-поплитеална реконструкция с протеза или автовена.
14. Реплантация на ниво брахиум или бедро.
15. Реплантация на ръка в областта на средата или основата на дланта или предмишницата.
16. Експлантация на компроментирана Ао-бифеморална съдова протеза, имплантиране на нова или поставяне на аксило-бифеморална такава.
17. Оперативна обработка на интраторакално или интраабдоминално съдово нараняване с директен шев.
18. Едностранна реконструктивна операция на тазова артерия със съдова протеза.
19. Едностранна едномоментна реконструктивна операция на тазова и бедрена артерия със съдова протеза или съдова протеза и автовена.

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Оперативна обработка на интраторакално или интраабдоминално съдово нараняване с директен шев.
2. Представяне и/или лигиране на кръвоносен съд в гръдната или коремната кухина като самостоятелна дейност.
3. Оперативна обработка на екстракраниално нараняване на мозъчни съдове с директен шев.
4. Едностранна реконструктивна операция на тазова артерия със съдова протеза.
5. Едностранна едномоментна реконструктивна операция на тазова и бедрена артерия със съдова протеза или съдова протеза и автовена.
6. Едностранна реконструктивна операция във феморо-поплитеалния сегмент със съдова протеза или автовена.
7. Реконструктивна операция на бедрена артерия с феморо-феморална протеза „крос-овър“.
8. Двустранна реконструктивна операция на двете бедрени артерии с аксило-бифеморална съдова протеза.
9. Едностранна реконструктивна операция на бедрена артерия с аксило-феморална съдова протеза.
10. Реконструктивна операция на периферна артерия на брахиум или бедро с резекция на съда и заместване със съдова протеза или автовена.
11. Реконструктивна операция на артерията на ръката.
12. Реконструктивна операция на задколянната артерия.
13. Реконструктивна операция на артериите на подбедрицата.
14. Реконструктивна операция на истинска периферна аневризма.
15. Реконструктивна операция на лъжлива (травматична) периферна аневризма.

16. Реконструктивна операция на артерио-венозна фистула на крайниците и шията.
17. Реконструктивна операция на анастомотична аневризма.
18. Реконструктивна операция на периферна артерия чрез тромбендартеректомия (ТЕА) и „със“ или „без“ синтетична заплатка.
19. Реконструктивна операция на периферна артерия чрез емболектомия.
20. Реконструктивна операция на травматично наранен периферен съд и заместване със съдова протеза.
21. Реконструктивна операция на тромбозирала съдова протеза, чрез тромбектомия.
22. Реконструктивна съдова операция на тромбозирала съдова протеза на крайниците, чрез експлантация на протезата и имплантиране на нова.
23. Създаване на артерио-венозен шънт със съдова протеза за хемодиализа.
24. Отстраняване на голямообемна и инфилтрираща съдов тумор (ангиом) на крайниците и телесната повърхност.
25. Експлантация на периферна съдова протеза с пластика на артериална стена или поставяне на нова протеза.
26. Интраоперативна и перкутанна вътрелеуменна ангиопластика и стентерия (ендопротезиране).
27. Имплантация на пейсмейкър (съргечен кардиостимулатор).

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Представяне и/или лигиране на кръвоносен съд на шията като самостоятелна операция.
  2. Шев на травматично наранен кръвоносен съд на крайниците, включително обработка на раната.
  3. Оперативно вземане на артерия за съдова трансплантация.
  4. А-V фистула за хемодиализа без протеза.
  5. Отстраняване на малък тумор (ангиом) на кръвоносните съдове.
  6. Ампутация на бедро или подбедрица при атеросклеротична исхемична гангрена.
  7. Представяне и/или лигиране на кръвоносен съд на крайниците като самостоятелна операция.
  8. Канюлиране на артерия за интраартериални инфузии.
  9. Екстирпация на съдова протеза и лигатура на съда.
- IV група. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**
1. Представяне и/или лигиране на кръвоносен съд на крайниците като самостоятелна операция.
  2. Оперативно вземане на вена за съдова трансплантация.
  3. Канюлиране на артерия за интраартериални инфузии.
  4. Екстирпация на съдова протеза и лигатура на съда.
  5. Вторична хемостаза при хеморазия на крайниците без реконструкция на съд.
  6. Измерване на налягането (интравенозно) в представения кръвоносен съд.
  7. Некрептомия или ампутация на пръсти при съдово-исхемични поражения.

**ХИРУРГИЯ НА ВЕНИТЕ**

**I група. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Реконструктивна операция на вена кава супериор или инфериор (напр. при разширена туморна хирургия с резекция на кавата или заместване с венозна протеза), евент. вкл. поставяне на временна артерио-венозна фистула.
  2. Операция при портална хипертензия чрез венозна анастомоза и артериализация.
  3. Операция при портална хипертензия чрез венозна анастомоза.
- II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**
1. Вено-венозно шънтиране (напр. по Палма) с налагане на артерио-венозен шънт.
  2. Вено-венозно шънтиране (напр. по Палма) без налагане на артерио-венозен шънт.
  3. Операция при портална хипертензия чрез дисекция и гебаскуларизация.
  4. Реконструктивни операции на вени на тялото с изключение на празните вени (тромбектомия, заместване с трансплантант, байпас операции), евент. вкл. налагане на временна артерио-венозна фистула.
  5. Прекръстване на вена кава инфериор след представяне.
  6. Тромбектомия на вени на тялото.
  7. Едностранно премахване на барикозни магистрални вени с лигатура на периферни вени.
  8. Шев на травматично наранена вена на крайниците, вкл. обработка на раната.
  9. Операция на лимфедем на един крайник.
  10. Лимфно-венозни анастомози при лимфедем.
  11. Премахване на лимфно-съдови анастомози при аномалии на цистерна хили.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Имплантация на филтър (транскутанно) във вена кава инфериор.
2. Едностранно премахване на вена сафена магна или парва и екстирпация на повече странични клонове.
3. Изолирана екстирпация на страничен клон и/или дисекция и лигатура на периферната вена.
4. Инцизия на тромбозирал варикозен съд.
5. Закрепване на артерио-венозен шънт.
6. Отстраняване на малък венозен тумор (ангиом) чрез ексцизия.
7. Венесекция за интравенозно вливане.

**ХИРУРГИЯ НА СИМПАТИКУСА**

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Торакална симпатектомия (транспоракална, аксиларна и т.н.).
- III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**
1. Лумбална симпатектомия.

**ХИРУРГИЯ В КОСТНО-КЛАВИКУЛАРНОТО ДЕФИЛЕ****II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Трансторакална резекция на аномално I ребро, съчетана с торакална симпатектомия.
2. Трансторакална резекция на аномално I ребро с акцесорно шийно ребро, съчетана с торакална симпатектомия.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Пресичане на мускули скалени – шиен достъп.
2. Екстраторакално премахване на акцесорно шийно ребро с шиен достъп.

**СПИСЪК НА ОПЕРАТИВНИТЕ ОПЕРАЦИИ В ОБЛАСТТА НА ХИРУРГИЯТА****I група. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия – при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Тиреоидектомия.
2. Екстирпация на ретростернална струма.
3. Разширени шийни лимфни дисекции при тиреоиден карцином.
4. Интрааторакални операции върху хранопровода.
5. Операция върху хранопровода с абдоминоторакален достъп и реконструкция.
6. Езофагектомия без торакотомия с реконструкция.
7. Екцизия на дивертикул на хранопровода.
8. Парциална резекция на хранопровода и реконструкция.
9. Тотална езофагектомия с реконструкция.
10. Езофагеален байпас със стомах, илеум или колон.
11. Гастрален байпас/бендинг при затлъстяване.
12. Горна поларна резекция на стомаха със и без торакотомия.
13. Гастректомия с лимфаденектомия, оментектомия, със или без спленектомия.
14. Блокова резекция на стомаха при рак, с лимфаденектомия, спленектомия и съседен орган – панкреас и/или колон.
15. Резекция на стомаха за пептичен улкус на йеюна или за гастроїеюноколична фистула.
16. Реконструктивна операция на стомаха.
17. Разширена резекция на тънко черво.
18. Операция на Nobel (тотална интестинопликация).
19. Стриктуропластика при болест на Crohn.
20. Операция за фистула на гастроинтестиналния тракт.
21. Субтотална резекция на колона.
22. Тотална колектомия.
23. Блокова резекция на колон и съседен орган – стомах, дуоденум, панкреас.
24. Сфинктеросохраняваща резекция на ректума (ниска резекция, много ниска резекция, „смъквачи“ техники).
25. Проктоколектомия с дефинитивна илеостомия.
26. Проктоколектомия с илеоанонастомоза (rouch).
27. Абдомино-перинеална екстирпация на ректума.
28. Предна резекция на ректума.
29. Тотална или частична тазова екзентерация (ректум, матка, влагалище, простата).
30. Портокавен шънт.
31. Гастрезофагеална гекопексия (Sugiura).
32. Спленектомия при портална хипертония и при тумор на далака.
33. Резекция на черен дроб (сегмент, лоб, половина).
34. Резекция на черен дроб за метастаза едновременно с друга органа резекция.
35. Холедоходуоденоанастомоза, друга билодигестивна анастомоза.
36. Оперативна папилосфинктеротомия или папилосфинктеропластика.
37. Резекция на d. choledochus и d. hepaticus.
38. Реконструктивна операция на екстрахепаталните жлъчни пътища.
39. Екстирпация на папилата с реинплантация на каналите.
40. Дуоденопанкреатична резекция.
41. Лява хемипанкреатектомия със спленектомия.
42. Сегментна резекция на панкреаса.
43. Вирсунгоїеюноанастомоза.
44. Разширена резекция на панкреаса с резекция на съдове (v.portae, мезентериални съдове).
45. Анастомоза (вътрешен дренаж) между панкреатична псевдокиста и кух орган (стомах, дуоденум/їеюноум).
46. Панкреатична сфинктеротомия/сфинктеропластика.
47. Операции при хормонални тумори на панкреасната жлеза.
48. Отстраняване на надбъбречни тумори с парааортална дисекция.
49. Екстирпация на ретроперитонеален тумор.
50. Парааортална лимфна дисекция.
51. Инзивална лимфна дисекция по Dukes.
52. Операция по повод фистула – дуоденална, стомашна, чревна, билиарна, панкреатична.

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Адrenalектомия.
2. Струмектомия.
3. Паратиреоидектомия.
4. Енуклеация на бенигнен тумор на хранопровода.
5. Сутура при перфорация на хранопровода.
6. Кардиомиотомия.
7. Езофагофундопликация.
8. Горна поларна резекция без торакотомия.
9. Сутура на кървяща язва.
10. Сутура на перфорирала язва.
11. Гастротомия с екцизия на полип.
12. Пилороластика, гастродуоденоластика.
13. Гастроентероанастомоза – предна, задна.
14. Проксимална селективна ваготомия.
15. Ваготомия с дренажна операция.
16. Резекция на стомаха със или без ваготомия.
17. Субтотална резекция на стомаха с резеомерна лимфаденектомия.
18. Апендектомия при дифузен апендикуларен перитонит.
19. Илеостомия.

20. Колостомия – цекостомия, трансверзостомия, сигмостомия.
21. Парциална резекция на тънко черво.
22. Екцизия на чревна фистула
23. Резекция на тънко черво – сегментна, частична.
24. Обходна чревна анастомоза.
25. Хемиколектомия (гясна, лява, разширена).
26. Резекция на сигмата.
27. Операция за пролапс на ректума с лапаротомия.
28. Резекция на ректума по Hartmann.
29. Перинеална ампутация на ректума.
30. Ректотомия постериор, включително шев за отстраняване на ректален тумор.
31. Ревизия на анастомоза (тънко и дебело черво).
32. Реституция на чревния тракт при затваряне на илео- или колостомия.
33. Дилатация на чревна стриктура включително стеноза на анастомоза.
34. Резекция на мезентериума, включително локална екцизия за лезия.
35. Херниотомия при инкарцерация (без или със резекция на орган и с перитонит).
36. Лапаротомия при перитонит, с лаваж и дренаж, евентуално с резекция на орган.
37. Холецистектомия при усложнен холецистит (конвенционална, лапароскопска).
38. Холецистостомия, холецистендизе.
39. Поставяне на външен билиарен дренаж.
40. Ехинококциектомия при неусложнен и усложнен ехинокок, множествена ехинококоза.
41. Дренаж на чернодробен абсцес.
42. Атипична (краева) резекция на черния дроб, локална екцизия.
43. Марсупиализация/външен дренаж на панкреатична псевдокиста.
44. Операция за панкреатична фистула.
45. Панкреатолизотомия.
46. Спланхницектомия.
47. Операция по повод хиперплазия на надбъбречните жлези.
48. Спленектомия (без портална хипертония).
49. Сутура на кървящи варици.
50. Пластика при ректотазинална или ректотазикална фистула.
51. Операция при заклещена херния без резекция на орган.
52. Пластика на прегната коремна стена за евентрация/следоперативна херния.
53. Операция за релаксация на диафрагмата.
54. Лапаротомия за абсцес в коремната кухина.
55. Лапаротомия за субфреничен абсцес.
56. Нефректотомия.
57. Хистеректомия.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Езофазостомия в шийната област.
2. Екстирпация на d. thyroglossus.
3. Гастростомия, гастропексия.
4. Езофагофундопексия.
5. Оперативен тубаж на хранопровода.
6. Екцизия/клиновидна резекция на Мекелов дивертикул.
7. Полипектомия на колона.
8. Апендектомия – конвенционална, лапароскопска.
9. Трансанална екстирпация на полип, вилозен тумор.
10. Хемороидектомия.
11. Екцизия на анална фисура.
12. Пластика на аналния сфинктер при инконтиненция.
13. Аноластика при стеноза.
14. Екцизия на перианална фистула.
15. Биопсия на черния дроб.
16. Херниотомия – конвенционална, лапароскопска.
17. Салпингоовариетектомия.
18. Диагностична (експлоративна) лапаротомия.
19. Екцизия на дермоидна/пиларна киста.

**IV група Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**

1. Трансанална екстирпация на полип на краче, на хипертрофирала анална папила.
2. Лигатура на единичен хемороидален възел.
3. Анална дилатация при фисура.
4. Екцизия/дисцизия на интрасфинктерна перианална фистула.
5. Инцизия на супурирала дермоидна киста.
6. Инцизия на перианален абсцес.
7. Инцизия на подкожен флегмон/абсцес.
8. Инцизия на фурункул/карбункул.
9. Екстирпация на вратсна (крив) нокът.
10. Кожно-мускулна биопсия.
11. Регионерна лимфна дисекция на подкожни лимфни възли.
12. Имплантация на подкожен медукаментозен резервоар.
13. Корекция на вициозен цикатрикс.
14. Проста кожна пластика – с ламбо, свободна.
15. Ревизия на оперативна рана.

**В ОБЛАСТТА НА ГРЪДНАТА ХИРУРГИЯ****II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Фиксиране на гръден капак.
2. Атипична резекция на бял дроб.
3. Типична резекция на бял дроб – сегментектомия, лобектомия, билобектомия.
4. Пулмонектомия.

5. Резекция на трахея и пластика.
6. Деконекция на трахео-езофагеална фистула.
7. Декортикация и плеврэктомия.
8. Езофагостомия.
9. Езофагостомия и екстракция на чуждо тяло.
10. Екстирпация на хранопровод.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Торакцентеза и дренаж.
2. Торакоскопия.
3. Торакотомия и стернотомия.
4. Обработка на гръден дефект.
5. Вътрешногрудна хемостаза.
6. Евакуация на коагулирал хематом.
7. Лезиране на дуктус торакикус.
8. Сутура на трахея.
9. Сутура на хранопровод.
10. Трахеостома.

**IV група. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**

1. Първична обработка и ревизия на рана на гръдната стена.
2. Плеврална пункция.

**В ОБЛАСТТА НА КАРДИОХИРУРГИЯТА**

**I група. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Операция по повод заплашваща или налична сърдечна тампонада.
2. Операция по повод на емболия на трункус пулмоналис.
3. Операции при остри дисекции на аортата.
4. Аортокоронарен байпас при остър коронарен инцидент, след неуспешна РТСА с коронарна дисекция или начална нестабилна плака.
5. Кланни протезирания при пациенти с висок функционален клас сърдечна недостатъчност.
6. Операция при остро настъпил слединфарктен междукламерен дефект, непосредствено застрашаващ живота на болния.
7. Операция при тумор на сърцето – миксом в лявото предсърдие.

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Сутура при прободно нараняване на сърцето.
2. Фенестрация на перикарда след прободно или огнестрелно нараняване с риск от тампонада.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Пункция на перикарда.

**В ОБЛАСТТА НА СЪДОВАТА ХИРУРГИЯ**

**I група. Операции с много голям обем и сложност, високоспециализирана хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Операция при руптура на аневризма на главен клон на аортната дъга в гръдния кош.
2. Оперативна обработка на интрааторакално съдово нараняване със съдова трансплантация.
3. Реконструктивна операция на абдоминалната аорта при руптура на аневризма.
4. Реплантация на ниво брахιο или бедро.
5. Реплантация на ръка в областта на средата или основата на гланта или предмишницата.
6. Операция при портална хипертония чрез венозна анастомоза.
7. Сутура на травматично наранена абдоминална аорта и/или долна празна вена със или без кръпка.

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Оперативна обработка на интрааторакално или интраабдоминално съдово нараняване с директен шев.
2. Представяне и/или лигиране на кръвоносен съд в гръдната или коремната кухина (като самостоятелна дейност).
3. Оперативна обработка на екстракраниално нараняване на мозъчни съдове с директен шев.
4. Реконструктивна операция след емболектомия/тромбектомия на магистрална периферна артерия (горен или долен крайник, горна мезентериална артерия, друга).
5. Реконструктивна операция на травматично наранен периферен съд и заместване със съдова протеза.
6. Шев на магистрален кръвоносен съд (артерия, вена), вкл. обработка на раната.
7. Лигатура на магистрален кръвоносен съд.
8. TEA при травма на съд.
9. Patch при травма на съд.
10. Интраоперативна и перкутанна вътрелуменна англопластика и стунтерану (ендопротезиране).
11. Имплантация на пейсмейкър (сърдечен кардиостимулатор).

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Представяне и/или лигиране на кръвоносен съд на шията (като самостоятелна операция).
2. Шев или лигатура на травматично наранен кръвоносен съд на крайниците, вкл. обработка на раната.
3. Транскутанна имплантация на филтър във вена кава инфериор.
4. Венесекция за интравенозно вливане.

**IV група. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**

1. Представяне и/или лигиране на периферен кръвоносен венозен съд на крайниците (като самостоятелна операция).
2. Вторична хемостаза при хеморагия на крайниците без реконструкция на съд.

**В ОБЛАСТТА НА ХИРУРГИЯТА**

**I група. Операции с много голям обем и сложност, „много голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Резекция на стомаха, включително субтотална.
2. Гастректомия.
3. Субтотална колектомия.
4. Предна резекция на ректума.
5. Ампутация на ректума по Miles.
6. Атипична резекция на черния дроб.
7. Типична резекция на черния дроб.
8. Сегментектомия, лобектомия на черния дроб.
9. Пълно съгово изключване на черния дроб при травма.
10. Пакетиране на черния дроб при травма.
11. Реимплантация на папила Фатери.
12. Холедоходуогенноанастомоза, дужи билиодигестивни анастомози.
13. Трансдуоденална папилопластика.
14. Дуоденопанкреатична резекция.
15. Дистална резекция на панкреаса.
16. Вътрешен дренаж на псевдокисти: кистогастро-, кистодуогено-, кистоейеноанастомоза.
17. Портокавен шънт при кървящи варици.
18. Релапаротомии, вкл. програмирани.
19. Пластика на хранопровод със стомах или черво.
20. Компартиментализация на коремната стена.

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Апендектомия, съчетана с грузи оперативни действия.
2. Апендектомия с два разреза (по Ру и средина лапаротомия).
3. Херниотомия с два разреза при усложнена слабинна или феморална херния.
4. Херниотомия с резекция на кухи органи, с първична анастомоза или с прекъсване на чревния пасаж.
5. Операция при залезена диафрагмална херния с крурорафия и фунгопликация.
6. Пластика на диафрагмален дефект със синтетично платно.
7. Сутура на диафрагмата.
8. Сегментна резекция на стомаха.
9. Антректомия.
10. Ек்சизия на язва и сутура на стомах или дуоденум.
11. Пилоропластика.
12. Гастроентероанастомоза.
13. Дуоденостомия.
14. Дуоденойеюностомия след коремна травма.
15. Пилорно изключване след коремна травма.
16. Дивертикулзация на дуоденума след коремна травма.
17. Резекция на тънко черво при илеус (ограничена, разширена, субтотална), с първична анастомоза или с извеждане на различни въгове стоми.
18. Резекция на дебелото черво (илеоекална, ясна хемиколектомия, лява хемиколектомия, резекция на колон трансверзум, резекция на сигмата), с първична анастомоза или с прекъсване на чревния пасаж и извеждане на противоемствен анус.
19. Цъокостомия със или без тубаж на тънкото черво.
20. Протективна стома след резекция на черва с първична анастомоза.
21. Интраоперативен ендолуменен лаваж на дебелото черво.
22. Обходни чревни анастомози.
23. Холецистектомия.
24. Холедохотомия, ревизия на холедоха, екстракция на конкременти от жлъчните пътища, поставяне на Кер-дрен.
25. Ликвидиране на билиодигестивна фистула.
26. Марсупиализация на бурса оменталис, дренажиране на бурсата за постоянен лаваж.
27. Парциална резекция на панкреаса.
28. Външен дренаж на псевдокисти и абсцес.
29. Трактомия с дефинитивна хемостаза на лацерации на черния дроб при травми.
30. Стомашна деконекция при кървящи езофагеални варици.
31. Лапаротомия, саниране и евакуация на течни и гнойни колекции, лаваж на коремната кухина, дренаж.
32. Дренаж на коремната кухина за перманентен постоперативен лаваж.
33. Лапаростомия.
34. Дебридман.
35. Илео - или колостомия за прекъсване на чревния пасаж.
36. Апендектомия (независимо от избрания разрез).
37. Херниотомия с пластика, включително с ползване на синтетични платна.
38. Херниотомия с резекция на оментум.
39. Деволвация на черва.
40. Мезопликация.
41. Ентеротомия за екстракция на чужди тела, безоар, жлъчен конкремент.
42. Сутура на стомаха.
43. Гастростомия.
44. Йеюностомия.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Дебарасиране на тънките черва.
2. Метална лапаросинтеза.
3. Агхезиолиза.
4. Пексиш – на черва, на стомах.
5. Резекция на оментум.
6. Ек்சизия на Мекелов дивертикул, със сутура или анастомоза на тънкото черво.
7. Резекция или инвазия на патологично променен дебелочревен дивертикул.
8. Гастротомия, вкл. за екстирпация на чужди тела.

**IV група. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**

1. Лапароскопия.
2. Лапароцентеза.



3. Диагностичен перитонеален лаваж.
4. Венесекция.
5. Първична обработка на рани по коремната стена.
6. Некректомия при усложнени рани.
7. Инцизия и оперативно почистване на хематом.
8. Инцизия и дренаж на абсцес на коремната стена.
9. Инцизия и дренаж на следоперативен абсцес на коремната стена.
10. Инцизия на супурирани ингвинални лимфни възли.
11. Екстракция на чужди тела от коремната стена.
12. Екстракция на чужди тела от ректума.

#### В ОБЛАСТТА НА ДЕТСКАТА ХИРУРГИЯ

**I група. Операции с много голям обем и сложност, високоспециализирана хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 90% от застрахователната сума**

1. Реконструктивни операции при атрезии на хранопровода с трахеоезофагеални фистули, налагащи екстра- или интраплеврална торакотомия, лигатура на фистулата и анастомоза на сегментите на хранопровода.
2. Операции по повод на аплазия на диафрагмалния купол, налагащи ксенопластика.
3. Операции при аномалии на дуоденум и тънки черва, налагащи множествени чревни анастомози тип Y.
4. Реконструктивни операции при билиарни атрезии – тип портогигестивни и хепатикодигестивни анастомози.

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Операции при H-тип трахеоезофагеални фистули.
2. Гастростомия и гегастростомия.
3. Пилоромиотомия.
4. Дуодено – дуодено анастомоза, дуодено – йеюноанастомоза.
5. Операции при позиционни аномалии на гастроинтестиналния тракт с Волбулус.
6. Операции при мекониев илеус.
7. Операции при чревни атрезии с резекция на черво и чревна анастомоза.
8. Двучевен противоположен анус на дебелото черво.
9. Лапаротомии при перитонит и перитонит-илеус с разширена ревизия и санация на коремната кухина със или без налагане на лапаростома.
10. Органосъхраняващи операции на паренхимни коремни органи при травмена увреда на същите.
11. Перинеални анопроктопластики.
12. Операции при инвагинации с мануална дезинвагинация със или без резекция на черво.
13. Операции при заклещени слабинни черви със или без резекция на черво.
14. Реторакотомии със или без екстирпация на хранопровод.
15. Релaparотомии.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Венесекция.
2. Апендектомия.
3. Множествени инцизии при некротичен флегмон на новороденото.
4. Операции при остър хирургичен скротум.

**IV група. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**

1. Циркумцизия, горзумцизия при тежки фимози.

#### В ОБЛАСТТА НА ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ХИРУРГИЯ

**II група. Операции с голям обем и сложност, „голяма“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 70% от застрахователната сума**

1. Ортопедично лечение на фрактурирана долна или горна челюст с различни шини.
2. Лигатура на а.каротис екстерна или в.югуларис – по спешност.
3. Коникутомия, трахеостомия – по спешност.
4. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана долночелюстна кост с остеосинтеза.
5. Репозиция и фиксация на фрактурирани носни кости.
6. Оперативна репозиция и фиксация на фрактурирана ябълчна кост и гъза.
7. Задна носна тампонада.
8. Хемостаза чрез лигиране или обшиване при хеморагия като самостоятелна хирургична интервенция.
9. Серкляж. Суспензивна фиксация при челюстни фрактури.

**III група. Операции със среден обем и сложност, „средна“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 50% от застрахователната сума**

1. Инцизия на абсцеси в устната кухина и лицево-челюстната област.
2. Оперативно лечение на флегмони в лицево-челюстната област.
3. Обработка и зашиване на обширна кожна рана на лицето.

**IV група. Операции с малък обем и сложност, „малка“ хирургия - при проведени операции от тази категория, застрахователят изплаща 30% от застрахователната сума**

1. Предна носна тампонада.

Ако застрахованото лице почине по време на хирургическата операция, застрахователят изплаща обезщетение в размер на 100% от застрахователната сума, независимо от вида на проведената операция.

Настоящата Хирургическа таблица за вида на операциите и максималния процент застрахователно плащане е приета с решение на Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ АД от 12.11.2019 г. и влиза в сила от 15.11.2019 г.

## ТАБЛИЦА ЗА РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА В ПРОЦЕНТ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА СУМА ПРИ ФРАКТУРИ НА КОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА

За целите на застрахователното покритие и определяне на застрахователното плащане фрактурите са категоризирани в три групи – обикновени, средно-тежки и тежки фрактури, в зависимост от проведеното лечение и терапия, както е посочено в следната таблица:

Видове фрактури	Процент от застрахователната сума
Обикновени фрактури с проведена консервативна терапия.	30%
Средно тежки фрактури с проведена хирургическа интервенция с остеосинтеза от всякакъв вид или консервативна терапия в рамките на необходим от медицинска гледна точка стационарен болничен престой по-дълъг от 10 дни.	70%
Тежки фрактури на кости с проведена хирургическа терапия под формата на протезиране на тазобедрена става, коляно, глезенна става, рамо, лакът или китка, както и фрактури на прешлени на гръбначния стълб, които са лекувани хирургически с остеосинтеза от всякакъв вид или протезиране.	90%
Фрактури на черепа с черепно-мозъчна травма.	100%

Настоящата Таблица за размера на обезщетенията в процент от застрахователната сума при фрактури на кости вследствие злополука е приета с решение на Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ АД от от 12.11.2019 г. и влиза в сила от 15.11.2019 г.

## ТАБЛИЦА ЗА РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА В ПРОЦЕНТ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА СУМА ПРИ ИЗГАРЯНЕ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОПОЛУКА

Размерът на обезщетението се определя като % от застрахователната сума, в зависимост от степенята на изгаряния и засегнатата повърхност на тялото, както е посочено в следната таблица:

Степен на изгаряне	Телесна повърхност		
	0-20%	21-60%	61-100%
Първа степен	10%	20%	50%
Втора степен	15%	25%	70%
Трета степен	50%	70%	90%
Четвърта степен	70%	90%	100%
В случай на изгоряла телесна кухина горепосочените проценти се увеличават с:	10%	20%	30%
При изпадане в шоково състояние вследствие изгаряне горепосочените проценти се увеличават с:	10%	20%	30%

Настоящата Таблица за размера на обезщетенията в процент от застрахователната сума при изгаряне вследствие злополука е приета с решение на Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ АД от от 12.11.2019 г. и влиза в сила от 15.11.2019 г.



## СПИСЪК С НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИЯ ОТНОСНО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ ПО ПОКРИТИ РИСКОВЕ

Искове за застрахователни плащания се подават в ЗЕАД „ЦКБ Живот“, чрез попълване на формуляр – претенция по образец на застрахователя, към който се прилагат съответни документи, в зависимост от настъпилото застрахователно събитие, както следва:

По риск „Смърт вследствие заболяване“:	По риск „Смърт вследствие злополука“:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Съобщение за смърт;</li> <li>2. Препис - извлечение от Акт за смърт;</li> <li>3. Лична амбулаторна карта;</li> <li>4. Епикризи от провеждане болнично лечение;</li> <li>5. Болнични листове за временна загуба на работоспособност;</li> <li>6. Амбулаторни листове от прегледи;</li> <li>7. Медицинско свидетелство от Личен лекар за здравословното състояние на застрахования в последните 5 години преди настъпването на леталния изход;</li> <li>8. Аутопсионен протокол (ако има такъв);</li> <li>9. Удостоверение за наследници;</li> <li>10. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>11. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol> <p>Съдебно-медицинска експертиза или Аутопсионен протокол, резултат от химическа експертиза за наличието на алкохол и други упойващи средства в кръвта и урината на застрахования - задължително, при неизяснени обстоятелства за настъпване на смъртта или когато смъртта е настъпила извън дома на лицето.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Съобщение за смърт;</li> <li>2. Препис - извлечение от Акт за смърт;</li> <li>3. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>4. Фийш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава);</li> <li>5. Съдебно-медицинска експертиза или Аутопсионен протокол - задължително, при неизяснени обстоятелства за настъпване на злополуката;</li> <li>6. Резултат от химическа експертиза за наличието на алкохол и други упойващи средства в кръвта и урината на застрахования - задължително при ПТП, ако пострадалият е водач на автомобила;</li> <li>7. Удостоверение за наследници;</li> <li>8. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>9. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>
По риск „Смърт вследствие трудова злополука“:	По риск „Смърт вследствие ПТП“:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Съобщение за смърт;</li> <li>2. Препис - извлечение от Акт за смърт;</li> <li>3. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>4. Съдебно-медицинска експертиза или Аутопсионен протокол - задължително, при неизяснени обстоятелства за настъпване на злополуката;</li> <li>5. Фийш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава);</li> <li>6. Резултат от химическа експертиза за наличието на алкохол и други упойващи средства в кръвта и урината на застрахования - задължително при ПТП, ако пострадалият е водач на автомобила;</li> <li>7. Удостоверение за наследници;</li> <li>8. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>9. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Съобщение за смърт;</li> <li>2. Препис - извлечение от Акт за смърт;</li> <li>3. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>4. Съдебно-медицинска експертиза или Аутопсионен протокол - задължително, при неизяснени обстоятелства за настъпване на злополуката;</li> <li>5. Фийш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава);</li> <li>6. Резултат от химическа експертиза за наличието на алкохол и други упойващи средства в кръвта и урината на застрахования - задължително при ПТП, ако пострадалият е водач на автомобила;</li> <li>7. Удостоверение за наследници;</li> <li>8. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>9. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>10. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>
По риск „Трайна или намалена работоспособност на застрахованото лице, определена в срока на договора вследствие на злополука“:	По риска „Пълна трайна неработоспособност на застрахованото лице, определена в срока на договора вследствие заболяване“:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК с определен процент трайна загуба на работоспособност. Експертното решение трябва да бъде заверено с гриф „Няма основания за обжалване“;</li> <li>2. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>3. Фийш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава);</li> <li>4. Епикризи от болнично лечение;</li> <li>5. Лична амбулаторна карта;</li> <li>6. Рентгенови снимки;</li> <li>7. Резултати от проведени други специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и др.);</li> <li>8. Протоколи от заседание на Лекарска комисия;</li> <li>9. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>10. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>11. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК с определен процент трайна загуба на работоспособност – задължително. Експертното решение трябва да бъде заверено с гриф „Няма основания за обжалване“;</li> <li>2. Епикризи от болнично лечение;</li> <li>3. Лична амбулаторна карта;</li> <li>4. Рентгенови снимки;</li> <li>5. Резултати от проведени специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и др.);</li> <li>6. Медицинско свидетелство от Личен лекар за здравословното състояние на застрахования в последните 5 години преди настъпването на събитието;</li> <li>7. Болнични листове за временна загуба на работоспособност;</li> <li>8. Протоколи от заседание на Лекарска комисия;</li> <li>9. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>10. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>11. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>
<p>Определянето на трайна загуба на работоспособност вследствие злополука (при условие, че не е определена от ТЕЛК/НЕЛК) се извършва от ЗЕК на застрахователя на база приложените медицински документи и съгласно Инstrukция за застрахователно-медицинска дейност на ЗЕАД „ЦКБ Живот“.</p> <p>ЗЕК на Застрахователя не определя процент трайна загуба на работоспособност в резултат на заболяване. Водещ документ при ликвидация по този риск е Експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК.</p>	
По риска „Временна загуба на работоспособност вследствие заболяване“:	По риска „Временна загуба на работоспособност вследствие злополука“:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болнични листове за временна загуба на работоспособност;</li> <li>2. Амбулаторни листове от прегледи;</li> <li>3. Медицински направления за провеждане на диагностични процедури;</li> <li>4. Лична амбулаторна карта;</li> <li>5. Рентгенови снимки;</li> <li>6. Резултати от проведени други специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и др.);</li> <li>7. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>8. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>9. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>2. Болнични листове за временна загуба на работоспособност;</li> <li>3. Амбулаторни листове от прегледи;</li> <li>4. Лична амбулаторна карта;</li> <li>5. Фийш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказвана такава);</li> <li>6. Епикризи от болнично лечение;</li> <li>7. Рентгенови снимки и резултати от проведени други специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и др.);</li> <li>8. Физиопроектурна карта;</li> <li>9. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>10. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>11. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>

<p>Болничните листове за временна загуба на работоспособност следва да бъдат издадени в последователност и без прекъсваемост, с една и съща диагноза или с различни, но в причинно-следствена връзка с първоначалната.</p> <p>Съгласно нормативната уредба: Личният лекар има право да издаде първичен болничен.. Болничните листове - продължение се издават от Лекарска консултативна комисия, състояща се от трима членове. Болничният лист-продължение е подписан от тримата членове на лекарската консултативна комисия, като диагнозата и срока на временната загуба на работоспособност са отразени в Личната амбулаторна карта на застрахования.</p> <p><b>ЗА ЗДРАВНО НЕОСИГУРЕНИ ЛИЦА</b> срокът на временната неработоспособност се доказва със следните документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинско свидетелство, издадено от лекуващ лекар с отбелязан точен срок на нетрудоспособност от дата до дата;</li> <li>- Амбулаторни листи - удостоверяващи всяко посещение при лекар;</li> <li>- Физиопроцедурна карта при проведена физиотерапия и рехабилитация;</li> <li>- Епикриза при проведено болнично лечение.</li> </ul> <p><b>ЗА УЧЕНИЦИ И ПЕНСИОНЕРИ</b> срокът на временната неработоспособност се доказва със следните документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинско свидетелство с отбелязан точен срок на неработоспособност от дата до дата;</li> <li>- Лична амбулаторна карта с вписан срок на неработоспособност - подписан от лекуващ лекар и подпечатано от съответното здравно заведение;</li> <li>- Амбулаторни листове, удостоверяващи всяко посещение при лекар;</li> <li>- Физиопроцедурна карта при проведена физиотерапия и рехабилитация;</li> <li>- Епикриза при проведено болнично лечение.</li> </ul>	
<p>По риск „Медицински разходи, осъществени от застрахованото лице в срока на договора за амбулаторно или болнично лечение, наложено вследствие злополука или заболяване, които са в пряка връзка с настъпила трайна, частична или временна неработоспособност, призната за застрахователно събитие“:</p>	<p>По риск „Дневни пари за болничен престой, проведен от застрахованото лице в срока на договора вследствие злополука или заболяване“:</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Амбулаторни листове за проведени прегледи;</li> <li>2. Медицински направления за провеждане на диагностични процедури;</li> <li>3. Епикризи за проведено болнично лечение;</li> <li>4. Резултати от направени и заплатени изследвания;</li> <li>5. Рецепти за предписано лечение;</li> <li>6. Фактури с приложен касов бон за: <ul style="list-style-type: none"> <li>- преглед; диагностика; медикаменти; кръвни проби; инфузионни разтвори; превъзочни материали; обезболяващи средства; манипулации; инструментални и лабораторни изследвания; извършена рехабилитация; издаване на медицински документи и др;</li> </ul> </li> <li>7. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>8. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>9. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Епикризи за проведено болнично лечение;</li> <li>2. Фактури с приложен касов бон за проведено болнично лечение;</li> <li>3. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>4. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>5. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>
<p>Всички платежни документи за направени медицински разходи трябва да бъдат оригинални и задължително комплектовани с касов бон. На фактурата се изписва точно оказаната медицинска услуга или закупеният медикамент.</p> <p>Не се признават фактури, на които е отбелязано само „медицинска услуга“ или „лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на касовия бон, придружаващ фактурата, са изброени предписаните медикаменти.</p> <p>Възстановяването на разходите се извършва само, ако те са направени през срока на трайната или временната загуба на работоспособност. Всички платежни документи за направени медицински разходи трябва да бъдат оригинални и задължително комплектовани с касов бон. На фактурата се изписва точно оказаната медицинска услуга или закупеният медикамент.</p> <p>Не се признават фактури, на които е отбелязано само „медицинска услуга“ или „лекарствени средства“. Изключение се прави, когато на касовия бон, придружаващ фактурата, са изброени предписаните медикаменти.</p>	
<p>По риск „Хирургическо лечение на застрахован в срока на договора вследствие злополука или заболяване“:</p>	<p>По риск „Окончателно диагностициране на критично заболяване, настъпило в срока на застрахователния договор и определено като покрит риск“:</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фактури с приложен касов бон за: <ul style="list-style-type: none"> <li>- предоперативна подготовка; проведеното оперативно лечение;</li> </ul> </li> <li>2. Епикриза;</li> <li>3. Оперативен протокол;</li> <li>4. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>5. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>6. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Епикризи;</li> <li>2. Амбулаторни листове от прегледи;</li> <li>3. Лична амбулаторна карта;</li> <li>4. Рентгенови снимки, резултати от проведени други специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс, хистопатологично изследване и др.);</li> <li>5. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>6. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>7. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>
<p>По риск „Фрактури /счупвания/ на кости вследствие злополука“:</p>	<p>По риск „Изгаряния в резултат на злополука“:</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>2. Болнични листове за временна загуба на работоспособност;</li> <li>3. Амбулаторни листове от прегледи;</li> <li>4. Фиш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказана такава);</li> <li>5. Епикризи от болнично лечение;</li> <li>6. Рентгенови снимки и резултати от проведени други специализирани изследвания (компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс и др.);</li> <li>7. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>8. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>9. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Акт за злополука или други удостоверяващи злополуката документи (Протокол за ПТП, Разпореждане на НОИ - ако злополуката е трудова; документ от органите на МВР или Следствените органи и др.);</li> <li>2. Болнични листове за временна загуба на работоспособност;</li> <li>3. Амбулаторни листове от прегледи;</li> <li>4. Фиш за оказана спешна медицинска помощ (ако е оказана такава);</li> <li>5. Епикризи от болнично лечение;</li> <li>6. Копие от документ за самоличност на ползващите лица;</li> <li>7. Удостоверение за банкова сметка на ползващите лица;</li> <li>8. Други документи, необходими за доказване на събитието, по преценка на Застрахователно-експертната комисия.</li> </ol>

В случай че в застрахователната полица не са изрично посочени ползвачи се лица, за такива се смятат законните наследници. В тези случаи, законните наследници следва да представят копия на техен документ за самоличност и удостоверение за тяхна банкова сметка.

Настоящият Списък с необходими документи за завеждане на претенция, относно застрахователно плащане по покрити рискове, е приета с решение на Съвета на директорите на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ АД от 12.11.2019 г. и влиза в сила от 15.11.2019 г.

Застрахователят предоставя на застрахователя екземпляр от настоящите Общи условия и Приложенията към тях.

Застраховател: \_\_\_\_\_ /погнус и печат/

Долуподписаният \_\_\_\_\_,

декларирам, че получих екземпляр от настоящите Общи условия и Приложенията към тях, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Дата: \_\_\_\_\_ Погнус: \_\_\_\_\_