

ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

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

Дружеството притежава Разрешение за извършване на застрахователна дейност №8/15.06.1998 г. на Националния съвет по застраховане при Министерски съвет. Седалището и адресът на управление на дружеството са в Република България, гр. София, ПК 1592, бул. „Христофор Колумб“ №43.

Национален телефон за контакт със застрахователя: 0700 17 241.

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

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

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

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПОЛЗВАТЕЛИТЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛУГИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ЗАСТРАХОВКА**„ТУРИЗЪМ В БЪЛГАРИЯ“****I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ****Предмет на застрахователния договор**

Чл. 1. (1) „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД, наричано по-нататък „застраховател“, сключва по настоящите Общи условия застрахователен договор „Туризм в България“ за осигуряване на застрахователна защита на български граждани и чужденци, наричани по-нататък „застраховано лице“, при настъпване на застрахователно събитие по време на туризъм и дейности на открито или любителско упражняване на спортни дейности на територията на Република България.

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

Застраховани лица

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

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

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

1. едно-единствено лице (индивидуален договор);
2. две или повече лица (групов договор).

II. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Чл. 4. По смисъла на тези Общи условия:

1. „Застраховач“ е физическо или юридическо лице, което е страна по застрахователния договор.
2. „Застраховано лице“ е физическо лице, включено в списъка на застрахованите лица по застрахователния договор, за което се предоставя застрахователна защита при условията на сключения договор.
3. „Застрахователно събитие“ е настъпването на територията на Република България на покрит риск по застраховката в периода на застрахователното покритие.
4. „Период на застрахователното покритие“ е периодът, посочен в застрахователната полица, в който застрахователят носи риска по застраховката.
5. „Акутно заболяване“ е заболяване с остро начало и прогресивен ход, проявило се за първи път в периода на застрахователното покритие и изискващо неотложно или спешно лечение поради наличие на симптоми, пряко застрашаващи здравето и живота на застрахованото лице. Определението по предходното изречение не включва хронични заболявания, включително и тяхното акутно проявление, независимо дали е настъпило за първи път в периода на застрахователното покритие.
6. „Минали заболявания“ са заболявания, възникнали преди сключването на застрахователния договор, независимо дали преди това са били диагностицирани.
7. „Хронични заболявания“ са заболявания с прогресивен ход и чести обостряния, включени в списъка на заболяванията, при които се извършва диспансеризация, независимо кога се е проявило за първи път.
8. „Злополука“ е събитие, настъпило в периода на застрахователното покритие и довело до телесно увреждане или смърт на застрахованото лице в резултат на непредвидени и внезапни въздействия от външен произход, които застрахованото лице не си е причинило умишлено.
9. „Телесно увреждане“ е временно или трайно накръняване на физическата цялост на застрахованото лице в резултат на злополука.
10. „Добро здравословно състояние“ е състояние, при което човек е в добро физическо и психическо здраве, което му позволява да пътува или упражнява спортна дейност и не е в нарушение на лекарско предписание.
11. „Медицински транспорт“ е транспорт на застраховано лице със специализирано медицинско наземно или въздушно транспортно средство, предназначено и оборудвано за оказване на спешна медицинска помощ, в т.ч. мобилен спешен екип.
12. „Неотложната медицинска помощ“ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на лице, чийто живот не е пряко застрашен, но което се нуждае от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването.
13. „Спешна медицинска помощ“ включва медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане жизнените функции на организма.
14. „Правоспособен медицински специалист / лекар“ е лице, което има законово право да упражнява медицинска професия.
15. „Методи и средства на нетрадиционната медицина“ са неконвенционални методи и средства за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, включително, но не само: акупунктура, акупресура, ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване, нетрадиционни физикални методи, нелекарствени продукти от минерален или органичен произход.
16. „Разумни и обичайни разходи“ са разходите за:
 - а) закупуване на определена здравна стока, които не надвишават средната сума, срещу която може да бъде закупена същата здравна стока на територията на Република България;
 - б) ползване на определена здравна услуга от изпълнител на медицинска помощ съобразно съответния медицински стандарт, които не надвишават средната сума, срещу която може да се ползва същата или сходна здравна услуга, предоставена от други изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България.
17. „Туризм и дейности на открито“ включва дейности, свързани с индивидуални или групови посещения/пътувания с цел отиди, разходка, развлечение, спа и уелнес; участие в или посещение на прояви и събития с учебен, културен, опознавателен, социален, религиозен характер; извънкласни училищни дейности, лагери, зелено училище; бизнес, конгресни и делови събития (срещи, конференции, семинари, обучения, презентации).
18. „Ски писта“ е общодостъпен, обособен, сигнализиран и безопасен планински участък, на който се предлагат и потребяват туристически услуги, свързани с практикуване на любителски ски спортове.
19. „Трекинг“ е пешеходен преход или поход с предварително планирани маршрут и времетраене от няколко дни, при който се преминава през пресечени терени, труднопроходими или рискови участъци и маршрути в планини, равнини или сред хълмисти местности.
20. „Груба небрежност“ е неполагането на дължимата грижа, която би положил и най-небрежният човек при подобни условия.

III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ**Покрити рискове**

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

(2) Основното покритие по застрахователния договор включва следните рискове: „Спасителни разходи“, „Медицински разходи вследствие злополука“, „Медицинска репатриране“, „Репатриране на пленни останки“, „Спешна стоматологична помощ“, „Посещение по време на хоспитализация“, „Пътни разходи при невъзможност за

върщане с групата“, „Гражданска отговорност“, „Трайно намалена работоспособност вследствие на злополука“, „Смърт вследствие на злополука“.

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

1. „Временна неработоспособност над 10 дни вследствие злополука“;
2. „Медицински разходи вследствие акутно заболяване“.

Характеристика на покритите рискове

Чл. 6. (1) По риск „**Спасителни разходи**“ застрахователят покрива действително извършените разходи от специализирани служби за издирване, спасяване и оказване на първа помощ на застраховано лице.

(2) Застрахователят не покрива разходи за издирване и спасяване в случай на неспазване от застрахованото лице на установените правила, маркировки, предупредителни или забранителни знаци или табели, устни или писмени указания на екскурзоводи, водачи, спасителни служби или на всеки друг компетентен орган, отговарящ за безопасността на съответното място, освен в изрично предвидените случаи в чл.18, ал.2, т.4 от настоящите Общи условия.

Чл. 7. (1) По риск „**Медицински разходи вследствие злополука**“ застрахователят покрива разумните и обичайни разходи за оказване на неотложна или спешна медицинска помощ на застрахованото лице при настъпване на злополука, включващи:

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

(2) Медицинските разходи по ал.1 включват лекарствените средства и медицинските дейности, насочени само към овладяване на острата болкова симптоматика и възстановяване на здравето на застрахованото лице и извършени до 30 (тридесет) дни от злополуката.

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

1. репатриране на застрахованото лице на територията на Република България от едно лечебно заведение до друго с цел продължаване на лечението в болнични условия;
2. придружител на застрахованото лице по време на репатрирането, ако е налице необходимост от това. Придружител може да бъде медицинско лице, медицински екип или роднина.

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

1. репатриране на тленните останки на територията на Република България, или
 2. погребение или кремация.
- (2) Застрахователят не покрива разходи за инвентаризация, съхранение и връщане на имуществото на застрахованото лице.

Чл. 10. По риск „**Спешна стоматологична помощ**“ застрахователят покрива разумните и обичайни разходи за оказване на спешна стоматологична помощ на застрахованото лице само и единствено в случай на пулпит, абсцес или екстракция (вадене) на зъб.

Чл. 11. (1) По риск „**Посещение по време на хоспитализация**“, в случай на хоспитализация на застрахованото лице вследствие на злополука или акутно заболяване, застрахователят покрива действително извършени разходи за пътуване (билети за редовен превоз или гориво) и настаняване (хотел) на двама близки роднини с цел посещение на застрахованото лице по време на престоя му в лечебното заведение.

(2) Разходите по ал.1 се покриват при условие, че лечебното заведение, в което застрахованото лице е хоспитализирано, е на не по-малко от 100 (сто) километра от домашния адрес на роднините, които ще го посетят.

Чл. 12. (1) По риск „**Пътни разходи при невъзможност за връщане с групата**“ застрахователят покрива действително извършени пътни разходи за връщане на застрахованото лице до мястото на отпътуване, когато поради злополука или акутно заболяване застрахованото лице е хоспитализирано или му е предписан режим на лечение, който не позволява пътуване, или е поставено под карантина от здравните власти и се налага промяна на планираната дата за връщане, за която има предварително закупен двупосочен билет за редовен превоз или превозът е част от организирано групово туристическо или бизнес пътуване.

(2) Покритието по ал.1 включва пътни разходи, извършени до 30 (тридесет) дни от датата на застрахователното събитие, за:

1. нов билет за редовен превоз, в случай че предварително закупеният билет за връщане не е използван и не може да бъде презаверен,
2. презаверка на билет, при условие че след презаверката билетът е използван, или
3. гориво.

Чл. 13. (1) По риск „**Гражданска отговорност**“ застрахователят покрива отговорността на застрахованото лице за вреди, причинени от него на трети лица.

(2) Предмет на покритие по ал.1 са:

1. немуществени и имуществени вреди вследствие на телесно увреждане или смърт;
2. вреди, причинени на чуждо имущество;

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

Чл. 14. (1) По риск „**Трайно намалена работоспособност вследствие злополука**“ застрахователят покрива злополука, следствието от която са се проявили до 12 (дванадесет) месеца от датата на застрахователното събитие и са довели до трайно намалена работоспособност на застрахованото лице.

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

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

(4) Когато е изплатено обезщетение за временна неработоспособност вследствие на злополука и последва трайно намалена работоспособност, дължимото застрахователно обезщетение за трайно намалена работоспособност се намалява с размера на изплатеното обезщетение за временна неработоспособност.

Чл. 15. (1) По риск „**Смърт вследствие на злополука**“ застрахователят покрива злополука, следствието от която са се проявили до 12 (дванадесет) месеца от датата на застрахователното събитие и са довели до смърт на застрахованото лице.

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

(3) Когато е изплатено обезщетение за временна неработоспособност или трайно намалена работоспособност вследствие на злополука и последваща смърт на застрахованото лице в резултат на злополуката, дължимата застрахователна сума за смърт се намалява с размера на изплатеното обезщетение за временна неработоспособност, респективно трайно намалена работоспособност.

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

Чл. 16. (1) По риск „**Временна неработоспособност над 10 дни вследствие злополука**“ застрахователят покрива злополука, довела до временна неработоспособност на застрахованото лице за повече от 10 (десет) последователни дни без прекъсване.

(2) Застрахователното обезщетение се определя на ден съгласно договорените проценти от общия лимит на отговорност, при условие че неработоспособността е настъпила за първи път в рамките на 1 (един) месец от датата на злополуката и за втори път в рамките на 3 (три) месеца след края на първия период на временна неработоспособност, като новият период се приема за продължение на първия период на временна неработоспособност.

Чл. 17. (1) По риск „**Медицински разходи вследствие акутно заболяване**“ застрахователят покрива разумните и обичайни разходи за оказване на неотложна или спешна медицинска помощ на застрахованото лице при настъпване на акутно заболяване, включващи:

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

(2) Медицинските разходи по ал.1 включват лекарствените средства и медицинските дейности, насочени само към овладяване на острата болкова симптоматика и възстановяване на здравето на застрахованото лице и извършени до 30 (тридесет) дни от застрахователното събитие.

Обхват на покритието

Чл. 18. (1) Застрахователното покритие е валидно само за застрахователни събития, настъпили на територията на Република България в периода на застрахователното покритие по време на упражняване на дейността, уговорена в застрахователния договор, както и за разходи за услуги и стоки, предоставени и извършени на територията на Република България.

(2) При сключването на застрахователния договор страните договарят една от следните дейности:

1. „Туризмъ и дейности на открито“, провеждани извън планините и без практикуване на спортни дейности.
2. „Планински туризмъ без спортни дейности“, която включва дейността, покритата по т.1 и „туризмъ и дейности на открито“, провеждани в планините по маркирани маршрути и пътеки, без практикуване на спортни дейности.
3. „Туризмъ включително спортни дейности“, която включва дейностите, покрити по т.1, т.2 и любителско практикуване на водни (плуване, водна топка, гребане, рафтинг, кану/каж по речни бързеи, сърф, гмуркане на дълбочини до 10 метра), зимни (ски, ски бягане, шейни, сноуборд, моноска, скибобинг, кънки на лед) и други спортове (тенис на маса/корт, голф, колоездене, трекинг, пейнтбол, летене с балон, бадминтон, риболов, конни спортове) в обозначени и обезопасени за целта места като охраняеми водни басейни, кортове, игрища, ледени пързалки, ски писти и други подобни, без изброените да включват практикуване на екстремни дейности.
4. „Туризмъ включително екстремни дейности“, която включва дейностите, покрити по т.1, т.2 и любителско практикуване на следните екстремни дейности: планинско колоездене; преходи извън маркирани маршрути; ски/сноуборд извън

пистите; моторни шейни; алпинизъм; скално катерене; делта/парапланеризъм; скок с бънджи/парашут; водни ски; уинд/кайтсърф; офроуд.

IV. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл. 19. (1) Застрахователят не изплаща обезщетение или сума и не покрива разходи за събития, настъпили:

1. извън периода на застрахователното покритие;
2. в резултат на неспазване на или отказ от предписан режим и/или лечение, както и при самолечение;
3. докато застрахованото лице е под влиянието на или при употребата на алкохол, наркотици, упойващи вещества или медикаменти, стимулиращи вещества или такива с характер на допинг;
4. при или в резултат на участие на застрахованото лице в експерименти, изследвания или каквито и да било други действия или мероприятия с експериментална, научна и/или изследователска цел;
5. при или в резултат на груба небрежност, незаконни и противоправни действия, оказване на съпротива на орган на властта, самоубийство, самонараняване или съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот) от страна на застрахованото лице;
6. в резултат на умствено, психично или психоневрологично смущение, състояние или заболяване на застрахованото лице, включително, но не само, функционално нервно разстройство, депресия, невроза и други подобни, като не се покрива и тяхната диагностика или каквито и да е лечение;
7. в резултат на война, военни действия или учения, тероризъм, бунтове, стачки, митинги, шествия, граждански вълнения, или други събития от подобно естество;
8. в резултат на газове, атомни или ядрени експлозии, радиация, замърсявания (биологично, химическо или друго), аварийни или бедствени ситуации, неправомерно използване на запалими или взривни материали.

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

1. спорт или дейност, които са извън обхвата на договорената и вписана дейност в застрахователния договор;
2. спорт или дейност без необходимата предпазна екипировка, оборудване и/или в некатегоризирани, неподдържани, необозначени, несоръжени или необезопасени за целта места, освен в изрично предвидените случаи в настоящите Общи условия;
3. професионално упражняване на спорт (включително състезания и тренировки); контактни спортове; гмуркане на дълбочини над 10 метра; мотоциклетизъм; автомобилни спортове; бейсджъмпинг; хели ски; пещерничество; спелеология; циркова дейност; акробатика; каскади; лов; всякакви други екстремни дейности и спортове, освен в изрично предвидените случаи в настоящите Общи условия.
- (3) Застрахователното покритие не включва обезщетение, сума или каквито и да е разходи, включително спешна и неотложна медицинска помощ, свързани с:
 1. минали или хронични заболявания или техни рецидиви;
 2. бременност, раждане или аборт, включително последиците от тях;
 3. СПИН и заболявания, предавани по полов път;
 4. множествена склероза, епилепсия, цироза, остеопороза, злокачествени заболявания или доброкачествени образувания;
 5. вродени аномалии и заболявания, премахване на физически дефекти;
 6. кожни изгаряния, причинени от въздействието на слънчевите лъчи или на кварцови, солариумни или други подобни лампи.
 7. всички видове хернии, радикулит, дископатия, увреждане на междупрешленни дискове, лумбаго, артроза, ишиас.

(4) Застрахователят не покрива:

1. превенция на здравето (прегледи и/или диагностика с профилактичен характер);
2. ваксинации и имунизации;
3. рехабилитация, физиотерапия, масажи, възстановителни процедури, следболнично лечение и други подобни;
4. извличане, съхранение или имплантиране на стволни клетки, трансплантация или имплантация на органи и тъкани;
5. изработка и/или поставяне на изкуствени зъби, зъбни коронки, мостове, импланти, протези, изкуствени крайници, коригиращи устройства и други подобни;
6. пластично-възстановителни, реконструктивни, пластични или козметични корекции, процедури, манипулации или операции, или други козметични услуги, както и последиците от тях;
7. диагностика и лечение, при които се използват методи и средства на нетрадиционната медицина и/или извън утвърдените медицински стандарти, както и които не са проведени/назначени от правоспособен лекар или са назначени и/или проведени от самото застраховано лице или негов роднина;
8. дейности и услуги, свързани с личния комфорт на застрахованото лице по време на болничен престой, включително настаняване в самостоятелна стая, ползване на телевизор, телефон, интернет и други подобни;
9. разходи, извършени в чужбина;
10. тази част от разходите, която е платима от друг застраховател, държавен орган, социална или здравна програма, или други подобни;
11. тази част от разходите, с която се надхвърлят разумните и обичайни разходи за територията на Република България;
12. глоби, неустойки, лихви или други санкционни плащания, наложени на застрахованото лице.

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

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

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

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

4. настъпили вследствие употребата на оръжие.

Чл. 20. Застрахователят не предоставя покритие и не е отговорен да плати каквито и да е разходи, обезщетение или сума, в случай че:

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

V. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Сключване на договора

Чл. 21. (1) Застрахователният договор се сключва по предложение на застрахователя писмено във формата на застрахователна полица.

(2) Договорът се сключва за определен срок, който може да бъде от един ден до една година.

(3) При сключването на застрахователния договор, когато застрахователят е поставил въпроси, застрахователят, неговият пълномощник или неговият застрахователен брокер е длъжен да обясни точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска.

(4) Неразделна част от застрахователния договор са настоящите Общи условия, въпросник, платежни и други писмени документи, издадени към него.

Чл. 22. (1) При условие че е платена дължимата премия, застрахователното покритие започва от момента от който започва да тече срока на договора.

(2) Застрахователното покритие се прекратява с изчерпването на лимита на отговорност или с изтичането на срока на договора, което от двете настъпи първо.

Прекратяване на договора

Чл. 23. (1) Застрахователният договор се прекратява:

1. с изтичането на срока, за който е сключен;
2. по взаимно съгласие между страните, изразено в писмена форма;
3. едностранно от всяка от страните чрез едномесечно писмено предизвестие, като срокът на предизвестие започва да тече от датата на неговото получаване;
4. в случаите, предвидени в действащата нормативна уредба.
- (2) При прекратяване на застрахователния договор преди изтичане на текущия застрахователен период, застрахователят има право на:
 1. съответната премия само за частта от застрахователния период, през който е носил покритие, ако през това време не е настъпило застрахователно събитие, но не по-малко от административните разходи, издаване на застрахователната полица;
 2. цялата премия за застрахователния период, ако преди прекратяването на договора настъпи застрахователно събитие.
- (3) Застрахователят може да прекрати застрахователния договор без писмено предизвестие преди влизането му в сила, като в този случай дължи на застрахователя плащане само на административните разходи за издаване на застрахователната полица.
- (4) При предсрочно прекратяване на договора финансовите отношения между страните се уреждат към датата на прекратяването, освен ако в застрахователния договор изрично е уговорено друго. Задълженията, свързани с връщане или плащане на премия се изпълняват в срок 15 (петнадесет) работни дни от датата на прекратяването.

Лимити на отговорност

Чл. 24. (1) При сключването на застрахователния договор страните договарят общ лимит на отговорност за едно застраховано лице, който представлява максималната сума, до която застрахователят изплаща обезщетение или сума, общо за всички застрахователни събития (независимо от техния брой), включени в договореното покритие.

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

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

Застрахователна премия

Чл. 25. (1) Размерът на застрахователната премия се определя от застрахователя съгласно действащата тарифа за един застрахователен период, равен на срока на застрахователния договор.

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

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

Права и задължения на страните

Чл. 26. (1) Застрахователят е длъжен да съобщава на застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи,

предоставени на застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на застрахователя, изпратено от него на адреса на застрахователя, последно обявен пред застрахователя, се смята за връчено и получено от застрахователя с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

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

Чл. 27. (1) Застрахованото лице има право:

1. на достъп до личните си данни, предоставени на застрахователя, както и право да иска коригирането им по реда и условията, предвидени в действащото законодателство;

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

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

Чл. 28. По време на действието на застрахователния договор застрахованото лице е длъжно да обявява пред застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.

Чл. 29. Застрахованото лице е длъжно да положи максимални усилия за предотвратяване настъпването на застрахователно събитие, намаляване и ограничаване на последиците от него, както и да не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на договорените застрахователни покрития.

Чл. 30. (1) По отношение на риск „гражданска отговорност“, застрахованото лице е длъжно във връзка с покритието за неговата гражданска отговорност в срок до 7 (седем) работни дни от:

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

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

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

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

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

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

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

Чл. 31. (1) Всяко едно задължение на застрахованото лице, посочено в настоящите Общи условия и/или в застрахователния договор, се счита за значително с оглед интереса на застрахователя.

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

Чл. 32. (1) Застрахователят има право:

1. при настъпване на застрахователно събитие вследствие на злополука или заболяване на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на застрахованото лице, като може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравето и Закона за здравето;

2. при предявяване на претенция за изплащане на обезщетение:

а) да извършва проверки на обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие и на предоставените по претенцията доказателства чрез свои или независими експерти, както и да изисква становища от доверени лекари-консултанти и/или от независими експерти;

б) да организира допълнителни медицински прегледи и/или изследвания на застрахованото лице.

Чл. 33. Застрахователят е длъжен:

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

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

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

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Застрахователна претенция

Чл. 34. (1) При настъпване на застрахователно събитие застрахованото лице, респективно правоимащото лице, е длъжно да уведоми писмено застрахователя в срок до 7 (седем) работни дни от настъпване на събитието.

(2) Застрахованото лице е длъжно:

1. да допусне извършването на оглед или медицински преглед от застрахователя;

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

3. да уведоми застрахователя за всяка друга застраховка, по която се покриват рисковете, които изцяло или частично съвпадат с тези, покривани по застрахователния договор, сключен със застрахователя, както и за всички суми, получени по такива застраховки и/или от трети лица. Тази разпоредба не се прилага за рисковете „временна неработоспособност“, „трайна намалена работоспособност“ и „смърт“ вследствие на злополука.

Чл. 35. (1) При предявяване на претенция пред застрахователя за възстановяване на разходи или за изплащане на обезщетение или сума застрахованото лице, респективно правоимащото лице е длъжно да попълни уведомление по образец на застрахователя и да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на застрахователя.

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

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

1. платежни документи, доказващи действително извършените разходи - в оригинал;

2. при злополука или акутно заболяване: амбулаторен лист; епикриза; медицински доклад или друг документ за извършен медицински преглед и/или проведено лечение; медицински назначения (предписания); рецепта; резултати от проведени изследвания; болничен лист; други медицински документи, доказващи събитието.

3. в случай на трайна загуба на работоспособност - документи, доказващи злополуката; решение, издадено от компетентния орган на медицинската експертиза на работоспособността (ТЕЛК);

4. в случай на смърт на застрахованото лице - смъртен акт; лекарска констатация за причината за смъртта; удостоверение за наследници;

5. при посещения на застрахованото лице по време на хоспитализация - медицински документи, доказващи настъпилата злополука/акутно заболяване; билет за редовен превоз или фактура за гориво; фактура за хотелско настаняване;

6. при невъзможност за връщане с групата - медицински документи, доказващи настъпилата злополука/акутно заболяване; билет за редовен превоз или фактура за гориво;

7. официален документ от съответния компетентен орган, който доказва настъпването на застрахователното събитие (спасителна служба, пожарна, полиция и други);

8. обвинителен акт, с който застрахованото лице е подведено под отговорност - при събития, включени в покритие „гражданска отговорност“;

9. други документи в зависимост от вида на събитието.

(4) Освен изброените в ал. 3 документи застрахователят може да изиска допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му или необходимостта от които не е могла да се предвиди към датата на завеждане на претенцията. Застрахователят може да упражни правото си по предходното изречение в срок 45 (четиридесет и пет) дни от датата на представяне на доказателствата, определени с договора или изискани при завеждането на застрахователната претенция.

(5) Документите по ал. 3 и 4 се представят пред застрахователя в оригинал или копие, като:

1. платежните документи трябва да съдържат стойността на всяка една извършена услуга или закупена стока - в оригинал;

2. медицинските документи за извършен преглед или проведено лечение трябва да съдържат подробно описани: анамнеза, обективно състояние, поставена диагноза, назначени изследвания и терапия;

3. разходите за тяхното набавяне са за сметка на лицето, отправило претенцията.

Чл. 36. (1) Застрахователят се произнася по претенцията в срок 15 (петнадесет) работни дни от представянето на всички доказателства, като:

1. определя и изплаща размера на обезщетението или

2. мотивирано отказва плащане.

(2) Когато не са представени всички изискани доказателства застрахователят се произнася по един от начините по ал. 1 не по-късно от шест месеца от датата на завеждане на претенцията.

Застрахователно обезщетение

Чл. 37. (1) Застрахователното обезщетение се определя въз основа на представените пред застрахователя доказателства и е до размера на лимита на отговорност за съответния покрит риск, като общата сума на всички обезщетения и суми не може да надхвърля договорения общ лимит на отговорност, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития в срока на договора и предявените претенции.

(2) Когато претенциите за обезщетения и суми, произтичащи от едно и също застрахователно събитие, надвишават лимита на отговорност, Застрахователят възстановява първо разходите за оказана помощ на застрахованото лице на Планинската спасителна служба при БЧК и след това изплаща останалите обезщетения и суми до изчерпване на лимита на отговорност.

(3) В случаите на многократно застраховане по смисъла на Кодекса за застрахованото застрахователят отговаря в такава пропорция, в каквато съответният лимит на отговорност по сключената с него застраховка се отнася към общия лимит на отговорност по всички застраховки, като общо изплатеното от застрахователите обезщетение не може да надхвърля действително претърпените вреди. Тази разпоредба не се прилага за рисковете „временна неработоспособност“, „трайна намалена работоспособност“ и „смърт“ вследствие на злополука.

Чл. 38. (1) Застрахователното обезщетение се намалява с:

1. размера на сумите, с които застрахованото лице е овъзмездено за направените разходи от друг застраховател, трети лица или по силата на правни разпоредби;
 2. други суми, които застрахователят не възстановява съгласно тези Общи условия и сключения договор.
- (2) Когато с получените суми по ал. 1, т. 1 застрахованото лице е овъзмездено в пълен размер, застрахователят не дължи застрахователно обезщетение. Тази разпоредба не се прилага за рисковے „временна неработоспособност“, „трайно намалена работоспособност“ и „смърт“ вследствие на злополука.

VII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 39. (1) С плащането на застрахователното обезщетение, когато застрахователното събитие е причинено от действие или бездействие на трето лице или от вещь, за която отговаря трето лице, застрахователят встъпва в правата на застрахованото лице срещу съответното трето лице до размера на платеното обезщетение и обичайните разноски, направени за неговото определяне, по реда и условията, предвидени в действащото българско законодателство.

(2) В случаите по ал. 1:

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

Чл. 40. (1) Всички взаимоотношения между страните във връзка с изпълнението на застрахователния договор се уреждат в писмена форма.

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

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

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

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

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

Чл. 41. (1) Спрямо застрахователния договор се прилага действащото законодателство на Република България.

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

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

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

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

VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 42. (1) Тези Общи условия:

1. са приети от Съвета на директорите на „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС“ АД с решение от 01.11.2021 г. и влизат в сила от 22.11.2021 г., като отменят Общите условия на застраховка „Злополука при туризъм и спорт в България“, действащи до този момент;

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

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