

РАЗДЕЛ I. ДЕФИНИЦИИ

Чл. 1. Понятията, използвани в тези Общи условия, носят смисъла, определен по-долу:

- 1. Застрахователен договор (застрахователна полица)**, наричан за краткост "договора" ("полицията"), се състои от тези Общи условия, Специални условия и евентуални добавъци. Субсидиарно приложение намира българското законодателство. Когато се има предвид писмения документ, обикновено договора се нарича полица.
- 2. Специални условия (опис на полицата)** са част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми и условия, както и подписите на страните по договора.
- 3. Добавък** е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.
- 4. Страни по договора** са застрахователят и застрахованият.
- 5. Застраховател** е Застрахователно акционерно дружество "БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" АД, със седалище в гр. София и с адрес на управление: ул. "Света София" № 6.
- 6. Застраховател (договорител)** е лицето, което сключва договора за застраховка със застрахователя и плаща определената в договора премия. В случай, че застраховката е върху живота на застрахования, той е и застрахован.
- 7. Застрахован (застраховано лице)** е физическото лице, върху чийто живот се сключва застраховката и което има право на застрахователно плащане, при настъпване на застрахователно събитие.
- 8. Застрахователно събитие** е събитие, рискът от което е покрит, и при настъпването на което застрахователят извършва застрахователно плащане.
- 9. Покрит риск** е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при събдването на която застрахователят извършва застрахователно плащане.
- 10. Злополука** е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за застрахования произход, причинено единствено от насилствени, инцидентни, външни и видими средства, настъпило през срока на застрахователното покритие, и против неговата воля, което причинява на застрахования телесно увреждане (открито или вътрешно нараняване, счупване или спукване на кост, изкълчване на става, скъсване или разтягане на сухожилие или мускул, обгаряне или измръзване на телесна повърхност, отравяне, задушаване или удавяне).
- 11. Заболяване** е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано здравно заведение и регистрирани в официален медицински документ, които причиняват временна загуба на трудоспособност. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.
- 12. Предварително съществуващо състояние** е заболяване, телесно увреждане, медицинско състояние или симптом:
 - 12.1.** Изискващо съвет от лекар или медицинско лечение, включително предписване на лекарства, диагностицирано преди началото на застрахователното покритие;
 - 12.2.** За което са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации от страна на застрахованото лице преди началото на полицата;
 - 12.3.** Чийто произход е от преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.
- 13. Хоспитализация (болничен престой)** е непрекъсваем минимум 24 (двадесет и четири) часов престой на застрахования в "болница: по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение.
- 14. Болница** - по смисъла на тази застраховка "болница" е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото законодателство, в което се лекуват лица с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. По смисъла на тази застраховка **не са**

"болница" лечебни заведения за болнично лечение на лица, нуждаещи се от продължително възстановяване на здравето и лица с хронични заболявания, изискващи грижи и поддържане на задоволително телесно и психическо състояние, както и на лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато-, и таласолечение. Не са болница и специализираните болници, клиники и отделения за лечение на психичноболни, алкохолици и наркомани.

15. Застрахователно плащане е сумата, която с договора страните определят да бъде платена при настъпване на застрахователно събитие. Размерът на застрахователното плащане се посочва в Специалните условия на договора.

16. Застрахователна сума е общият размер на застрахователните плащания.

17. Застрахователна премия (наричана за краткост „премията“) е сумата, която застрахователят изисква в замяна на поетите от него задължения по застрахователния договор.

18. Срок на застраховката (застрахователен срок) е срокът, през който застрахователят покрива поетите рискове. Неговото начало и край се посочват в Специалните условия.

20. Застрахователна година е част от срока на застраховката, представляваща период от време между две годишнини на договора. Годишнините се отчитат спрямо началото на застрахователния срок.

21. Война е нахлуване, действия на чужди врагове, враждебност (независимо дали е декларирана или не), гражданска война, размирици, революция, въстание, военна или узурпирана власт, бунт, метеж, граждански размирици и терористични актове.

22. Терористичен акт е действие, включващо, но неограничаващо се само с: използване на сила или упражняване на насилие и/или заплаха за това, от страна на дадено лице или група/и лица, независимо дали действат самостоятелно или от името на, или във връзка с дадена организация/и, или правителство/а, извършено с политически, религиозни, идеологически или подобни цели, включвайки намерението да въздейства на дадено правителство и/или да застрашава обществото, или част от обществото.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ

Чл. 2. Застрахователният договор се сключва срещу покрити, съгласно условията на договора рискове, свързани със здравето на застрахования. застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия при настъпване на застрахователно събитие в рамките на покрития риск, да изплати на застрахования определеното в специалните условия застрахователно плащане.

Чл. 3. (1) По Комплексна здравна застраховка се застраховат лица на възраст от 18 (осемнадесет) до 60 (шестдесет) години.

(2) Възрастта на застрахования се определя в цели години към началото на застраховката, като при изтичане срока на договора застрахованото лице не трябва да бъде по-възрастно от 65 (шестдесет и пет) години.

РАЗДЕЛ III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Чл. 4. (1) Покрити рискове по Комплексна здравна застраховка са възникване на медицински разходи или определен вид медицински разходи за застрахования, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на злополука или заболяване със застрахования, които не са следствие на изключения от застрахователното покритие и са в лимита на застрахователната отговорност, а именно резултат от:

1. Хоспитализация на застрахования вследствие на злополука или заболяване;
2. Разходи за извършена хирургическа намеса;
3. Разходи за лекарства, медицински средства и употреба на медицински уреди.

(2) При хоспитализация на застрахования застрахователят извършва застрахователно плащане за всеки ден болничен престой, при условие че престоя е продължил повече от три дни. Застрахователят покрива риска

„хоспитализация“ само два пъти в рамките на една календарна година и за не повече от 30 (тридесет) дни за всеки престой.

(3) Застрахователят възстановява разходи само за предписани лекарства, закупени до 15 (петнадесет) дни от датата на предписването им.

Чл. 5. (1) Застрахователят не покрива медицински разходи, които са причинени пряко или косвено от застрахователно събитие, настъпило в следствие на:

1. Опит за самоубийство, самонараняване или самоувреда на застрахования;
2. Умишлено деяние, извършено от застрахователя или застрахования, или извършено по тяхна подбуда;
3. Престъпление от общ характер от застрахования или при изпълнение на смъртна присъда;
4. Обществени размирици, но само в случаите, в които застрахованият активно и доброволно участва в бунтове, граждански неподчинения, всякакъв вид колективни действия на насилие по политически, идеологически или социални мотиви;
5. Война или терористичен акт;
6. Практикуване на високорискови дейности - за високорискови дейности се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания; скокове от високо; катерения, изискващи специална екипировка, и спелеология.
7. Заразяване с вируса на СПИН, освен ако заразяването е настъпило през срока на застраховката при кръвопреливане или друго медицинско третиране в лицензирано здравно заведение, и ако застрахованото лице представи убедителни доказателства за това обстоятелство.
8. Вродени заболявания; психическо или нервно заболяване; предварително съществуващо заболяване или състояние; самолечение, неспазване на лекарските предписания, лечение в нелицензирани лечебни заведения;
9. Участие на застрахованото лице в облог, в предизвикателство или в сбиване, както и ако е в резултат на злополука, причинена от застрахования под въздействието на алкохол, чието съдържание в кръвта му (установено по надлежния ред) е било над разрешените стойности съгласно Закона за движение по пътищата;
10. Събития, настъпили вследствие на излагане на опасност, преднамерено действие или непредпазливост от страна на застрахования, независимо дали под формата на самонадеяност или небрежност, както и когато застрахованото лице е нарушило действащ закон или подзаконен нормативен акт;
11. Употреба на алкохол, наркотици, опиати и/или други упойващи или стимулиращи вещества;
12. Злополука със средство за въздушен транспорт, което не е било лицензирано за превоз на пътници, или когато застрахованият е бил член на екипажа.

(2) Не се включват в обхвата на покритието и следните разходи:

1. Разходи, свързани с преглед, лечение и хирургическа намеса, които не са извършени от правоспособен лекар или лицензирано лечебно заведение;
2. Разходи, свързани с медицински преглед и изследвания, при които не е диагностицирано заболяване или не е констатирано настъпването на злополука със застрахованото лице;
3. В резултат на бременност (вкл. извънматочна), раждане, аборт и произтичащите от тях усложнения или заболявания, лечение на стерилитет;
4. Разходи, свързани с венерически болести, промяна на пола или имплантиране;
5. Разходи за рехабилитация, физиотерапия, кинезитерапия;
6. Всякакви разходи, свързани с предварително съществуващо заболяване или състояние на застрахования;
7. Разходи за лечение на психични заболявания или психични разстройства;
8. Разходи за ефективна или козметична хирургия, която е предназначена за корекция на външен вид, освен ако е наложена от обезобразяване или остро заболяване, покрито по тези Общи условия и съответните Специални условия;
9. Всякакви разходи за експериментални или изследователски услуги;
10. Всякакви разходи за медицинско наблюдение или изследване, или диагностични изследвания, които са част от рутинно физическо изследване

или проверка на здравето, включително ваксинации, разходи за стъкла на очила, контактни лещи, слухови апарати, издаване на удостоверения и др.;

11. Разходи за личен комфорт при стационарно лечение като: телевизор, радио, фризьорски или бръснарски услуги;

12. Всяка част от разходите, която надхвърля обичайно необходимите и присъщи разходи, които са покрити съгласно настоящите Общи условия и съответните Специални условия.

(3) Застрахователят не дължи извършването на застрахователно плащане за болничен престой за извършването на дейности по рехабилитация, физиотерапия или кинезитерапия.

(4) С изрична писмена уговорка между страните и след заплащане на допълнителна премия някои от изключенията от застрахователното покритие могат да бъдат покрити.

(5) Застрахователят осигурява застрахователно покритие на разходи за извършено медицинско лечение на територията на Република България, като покритието извън територията на страната е предмет на друг застрахователен продукт, предлаган от Застрахователя.

Чл. 6. (1) Застрахователната сума по Комплексна здравна застраховка се избира от застрахованото лице и се конкретизира в Специалните условия.

(2) В случай на хоспитализация на застрахованото лице се изплащат по 0,5 % (половин процент) от сумата по ал. 1 дневно, но не повече от 250 (двеста и петдесет) евро.

(3) В случай на извършена хирургическа намеса на застрахованото лице се изплаща процент от застрахователната сума по ал. 1 в зависимост от сложността на хирургическата операция съгласно Класификатора на хирургическите интервенции, използван от презастрахователя, а именно:

1. 1% (един процент) - при хирургическа интервенция от Клас 1, като сумата не може да надхвърля 1 700 (хиляда и седемстотин) евро на платимото обезщетение.

2. 3% (три процента) - при хирургическа интервенция от Клас 2, като сумата не може да надхвърля 5000 (пет хиляди) евро на платимото обезщетение.

3. 6% (шест процента) - при хирургическа интервенция от Клас 3, като сумата не може да надхвърля 10 000 (десет хиляди) евро на платимото обезщетение.

(4) В случай на извършени разходи по чл. 4, ал. 1, т. 3 от настоящите общи условия на застрахованото лице се изплаща до 0,5 % (половин процент) от сумата по ал. 1.

(5) Застрахователят носи отговорност само за реално извършените медицински разходи, които са до размера на застрахователната сума, посочена в Специалните условия.

(6) Застраховката покрива медицински разходи, извършени на територията на Република България само ако е налице трайна неработоспособност или временна неработоспособност над 20 (двадесет) дни на застрахованото лице във връзка със същото застрахователно събитие, за което са извършени медицинските разходи.

(7) Разходи по ал. 3 и ал. 4 се изплащат на застрахования не повече от един път през срока на една застрахователна година.

Чл. 7. (1) В случай, че съществуват други застрахователни договори, които осигуряват на застрахования аналогично застрахователно покритие за медицински разходи, застрахователят отговаря пропорционално на направените разходи, като неговият дял във всеки вид разходи е равен на стойността на разходите, разделена на броя на договорите, покриващи този вид разходи.

(2) В случай, че в Специалните условия е предвидено самоучастие на застрахования във възникналите медицински разходи, застрахователят покрива разходите, надвишаващи това самоучастие.

РАЗДЕЛ IV. СКЛЮЧВАНЕ, ФОРМА, ДЕЙСТВИЕ И ПРОМЕНИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл. 8. (1) Застрахователният договор се изготвя въз основа на предложение за застраховане от застрахователя и декларация за здравословно състояние, професията и дейността на застрахования, както и на други сведения, които

застрахователят може да изисква за оценяване на застрахователния риск.
(2) Ако в срок от 3 (три) месеца след подписването на декларацията за здравословното състояние, професията и дейността на застрахования по обективни причини застрахователния договор не бъде сключен се изисква попълване на нова декларация.

Чл. 9. (1) При сключване на договора застрахованият/застрахованият е длъжен да обяви съществени обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които застрахователят е поставил писмено въпрос. Ако застрахованият / застрахованият е обявил неточно или е премълчал обстоятелство от такъв характер, договърът подлежи на промяна или прекратяване по реда, определен в Кодекса за застраховането.

(2) По време на действието на договора застрахованият/застрахованият е длъжен да обяви пред застрахователя незабавно след узнаването им за новонастъпили обстоятелства, свързани с професията, професионалните задължения, дейността и страната на местоживеее на застрахования. При неизпълнение се прилага редът, определен в Кодекса за застраховането.

Чл. 10. Застрахователният договор се изготвя от застрахователя, след като застрахованият (застрахованият) представи необходимите документи.

Чл. 11. Договорът влиза в сила от деня, следващ датата на сключването му, освен ако не е уговорено друго.

Чл. 12. (1) Застрахователната премия се конкретизира в Специалните условия на договора.

(2) Застрахователната премия или първата вноска от нея се плаща при сключване на застрахователния договор, освен ако изрично не е уговорено друго.

(3) Застрахованият е длъжен да извърши плащането на еднократната/годишната премия или вноските по нея в случаите на разсрочено плащане в размерите и сроковете, определени в застрахователния договор. В случай, че застрахованият забави плащането на премията или някоя вноска от нея или плати по-малък размер от дължимата сума, застрахователят при спазване на условията и реда, определени в Кодекса за застраховането може да прекрати договора.

(4) Ако премията е определена в чуждестранна валута, застрахованият може да заплати левовия ѝ еквивалент. Този еквивалент се определя по фиксинга на Българска народна банка към датата на плащането, освен ако не е уговорен друг разменен курс.

(5) Застрахователните премии се плащат на каса, с банков превод, директен дебит, пощенски запис или по друг начин, уговорен между страните. Плащанията на каса се извършват в Централно управление или в териториалните представителства на Застрахователя. За дата на плащане се счита датата на заверяване на сметката на Застрахователя с дължимата сума. При плащане на каса за дата на плащане се смята датата на внасяне на премията.

Чл. 13. (1) Страните по договора, освен в предвидените в договора случаи, не могат едностранно да внасят промени в него.

(2) Застрахованият може да иска промяна на Специалните условия на годишен падеж на полицата. Искането за промяна се предявява писмено пред застрахователя.

(3) При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелства, независещи от застрахователя, чиито последствия не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита, застрахователят може да предложи на застрахования промени в тарифите и условията по тези модули. Промяната влиза в сила след съгласие на застрахования. При липса на съгласие от негова страна от застрахователния договор се прекратява.

(4) Ако застрахованият, чиито права по договора се ограничават или отменят с промяната, е бил приел с изрично писмено изявление до застрахователя уговорката в негова полза, промяната може да бъде осъществена, само ако той даде писменото си съгласие за нея на застрахователя.

(5) Промяната в Специалните условия на договора се извършва чрез издаване на добавък, който влиза в сила от 24 (двадесет и четири) часа на датата на издаването му, освен ако не е уговорено друго.

Чл. 14. (1) Договорът се прекратява с изтичане на застрахователния срок или на годишнина на договора, следваща навършването на 65 (шестдесет и пет) годишна възраст от застрахования.

(2) Освен в случаите по ал. 1, договърът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

1. С едностранно изявление от застрахования 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 сключването на договора върху живота му – от датата на получаване на възражението;
3. В случай, че застрахованият почине преди застрахования и преди да е платил цялата застрахователна премия (освен ако е уговорено друго);
4. В случай на забавяне плащането на премията или на някоя вноска от нея, или ако не е платен пълният им размер;
5. По взаимно съгласие на страните, изразено писмено;
6. В други случаи, уговорени изрично в договора.

РАЗДЕЛ V. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл. 15. За получаване на застрахователно плащане при настъпило събитие по риск, покрит от Комплексна здравна застраховка е необходимо застрахованото лице да представи следните документи (в оригинал или нотариално заверено копие):

1. Молба по образец на Застрахователя;
2. Документ за самоличност;
3. Застрахователна полица;
4. Медицинска форма, попълнена от лекаря, осъществил лечението;
5. Рецепти за предписаните лекарства;
6. Фактури за извършените разходи, заедно с фискалните бонове към тях;
7. Епикриза от болнично заведение;
8. Болнични листове и протоколи, издадени от Лекарска консултативна комисия (ЛКК), определящи продължителността на загубата на работоспособност и точната диагноза;
9. В случай на „злополука“ - документ, удостоверяващ настъпването на злополуката (анкетен лист в случай на битова злополука, декларация за трудова злополука и разпореджване на НОИ в случай на трудова злополука, протокол от КАТ или други правно-релевантни документи).
10. Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разnosки.

Чл. 16. (1) При настъпване на застрахователно събитие, застрахованият/застрахованият е длъжен в седемдневен срок от узнаването да уведоми застрахователя. Ако събитието е планова хоспитализация, застрахованият/застрахованият е длъжен да уведоми застрахователя преди постъпване в болничното заведение.

(2) Застрахованият/застрахованият е длъжен да представи поисканите документи, свързани с установяването на събитието.

(3) В случай, че застрахованият (ползващото се лице) не изпълни задълженията си по предходните алинеи, застрахователят може да откаже извършването на застрахователно плащане.

(4) Застрахователят има право да откаже плащане на застрахователна сума или процент от нея, ако застрахованият/застрахованият представи неверни или преправени доказателства или документи.

РАЗДЕЛ VI. ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

Чл. 17. (1) Застрахователната сума се изплаща на застрахования лично или на негов представител, упълномощен с нотариално заверено пълномощно:

1. В касата на представителството на застрахователя, в което е сключен застрахователният договор;
 2. По банкова сметка в Република България.
- (2) Ако застрахователната сума е определена в чуждестранна валута и плащането ѝ се извършва на територията на Република България,

застрахователят може да изплати левовия ѝ еквивалент, ако така е уговорено. Този еквивалент се определя по фиксинга на Българска народна банка към датата на плащането, освен ако не е уговорен друг разменен курс.

(4) В случай, че застрахованият не е платил всички дължими и изискуеми до момента на плащането премии, застрахователят извършва застрахователните плащания, намалени с тези премии.

Чл. 18. (1) Застрахователните плащания се извършват в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата на представянето пред застрахователя на всички поискани документи.

(2) Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие са необходими допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяването на основаниято и размера на претенцията, застрахователят уведомява застрахования/ползващите се лица по застрахователния договор за допълнителните доказателства, най-късно в срок 45 (четиридесет и пет) дни от представяне на доказателствата, определени със застрахователния договор.

РАЗДЕЛ VII. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 19. Застрахованият/застрахованият нямат право на откуп по застрахователен договор по Комплексна здравна застраховка.

Чл. 20. (1) Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към застрахования, се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на застрахователя. Счита се, че застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния му известен адрес на застрахования.

(2) Съобщенията към застрахователя трябва да се изпращат/депозират в писмена форма на адреса за кореспонденция на застрахователя.

(3) За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Това правило не се прилага, когато застрахованият не е уведомил застрахователя за текущия си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на съобщението.

Чл. 21. В случай на загубване или унищожаване на полицата, застрахованият трябва незабавно да уведоми застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахованият получава копие срещу декларация за невалидност на изгубения/ унищожения екземпляр.

Чл. 22. (1) Личните данни, получени във връзка със застрахователния договор, се използват от застрахователя за подготвяне и обслужване на този договор. Застрахователят няма право без съгласие на съответното лице да разгласява станалите му известни лични данни, освен в случаите, предвидени със закон или при предотвратяване на застрахователни измами.

(2) Застрахованият се съгласява застрахователят да получава информация

от медицински и други органи и лица във връзка със здравословното му състояние.

Чл. 23. На основание чл. 19, ал. 1 от Закона за защита на личните данни, Застрахователят уведомява застрахования и застрахования, че:

1. Застрахователят е вписан като администратор на лични данни в регистъра, поддържан от Комисията за защита на личните данни.

2. Предоставените от тях лични данни се използват от застрахователя за целите на: сключването и изпълнението на договори; реализация на законните права и интереси на застрахователя във връзка със сключените договори.

3. При наличие на изрично съгласие, личните им данни могат да бъдат разкривани на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни" по смисъла на §1, т. 3 от ЗЗЛД; на трети лица за нуждите на директния маркетинг; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба; на трети лица за статистически цели; на трети лица, съгласно договореното между страните.

4. Предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер. Отказът за предоставянето им е основание за застрахователя да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай, че липсата на тези данни не му дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси.

5. Всяко лице, предоставило личните си данни има право на достъп до тях, както и право да иска коригирането им по реда и условията на ЗЗЛД.

Чл. 24. Правата по застрахователния договор се погасяват по давност, с изтичането на срок, определен от действащото българско законодателство.

Чл. 25. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

Чл. 26. Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане са в тежест на ползващите се лица, застрахования или техните наследници.

Чл. 27. (1) Настоящите Общи условия са неразделна част от застрахователния договор.

(2) Последващи изменения и допълнения на настоящите Общи условия влизат в сила само за застрахователни договори, сключени след датата на промяната и не се отразяват на заварените, освен ако промяна в нормативен акт не изисква това или страните не уговорят друго.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Общи условия са приети от Управителния съвет на ЗАД "БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" с решение по Протокол № 91/ 03.07.2012 г.

Попълва се при подписване на заявление

Моля, изпишете собственоръчно, че сте получили Общите условия по Комплексна здравна застраховка заедно с подписването на заявлението за сключване на застраховка.

Застраховач: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

Застрахован: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

Попълва се при подписване на полица

Моля, изпишете собственоръчно, че сте се запознали и приемате Общите условия по Комплексна здравна застраховка.

Поллица No:

Застраховач: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)

Застрахован: Подпис: Дата:
(име, презиме, фамилия)