

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ЗАСТРАХОВКА „FiHealth Протект”

I. Дефиниции

1.1. По смисъла на настоящите Общи условия, посочените по-долу термини имат следното значение:

1.1.1. **Застраховател** - „Фи Хелт Застраховане” АД, със седалище и адрес на управление: град София 1700, Столична община - район „Студентски”, ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх. Б, ЕИК: 200103397, притежаващо лиценз за извършване на застраховане, издаден от Комисията за финансов надзор, съгласно Кодекса за застраховането.

1.1.2. **Застраховач** - юридическо лице, което сключва групов застрахователен договор със Застрахователя. Застраховачият има застрахователен интерес от сключването на групов застрахователен договор, в качеството си на Кредитор по смисъла на Кодекса за застраховането. Груповият застрахователен договор се сключва за обезпечение вземания на Застраховачия.

1.1.3. **Застрахован / Застраховано лице** - физическо лице, което е включено в застрахователното покритие по груповия застрахователен договор и му е предоставено индивидуално застрахователно покритие. Застрахователното покритие се предоставя срещу събития, свързани с живота, здравето и телесната цялост на Застрахования. Застрахованият е титуляр на разплащателна сметка, открита при Застраховачия, по която е издадена платежна карта, и по която се отчитат операциите, извършвани с издадената към сметката карта и се погасяват главницата, лихвите и другите разноски, дължими от Застрахования, съгласно предоставен му от Застраховачия кредитен лимит или овърдрафт по сметка, съгласно сключен със Застраховачия договор за предоставяне на платежна услуга.

1.1.4. **Бенефициер** - лице, имащо право да получи пълния размер или част от застрахователната сума, след удовлетворяване вземането на Застраховачия. Бенефициерът може да бъде лице, различно от Застрахования.

1.1.5. **Застраховка** – подписаният групов застрахователен договор, тези Общи условия, съответният застрахователен сертификат за индивидуално застрахователно покритие, както и други писмени изявления на Застраховачия и/или Застрахования, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения и останалите приложения и писмени съглашения.

1.1.6. **Застрахователна премия** – паричната сума, която Застраховачият или Застрахованото лице заплаща на Застрахователя срещу поетите от последния рискове по застрахователното покритие. Застрахователната премия се плаща на месечни вноски.

1.1.7. **Злополука** - внезапно и неочаквано събитие, настъпило в Периода на индивидуално покритие, причинено случайно, неумишлено, в резултат на внезапни и непредвидими въздействия от външен произход и довело до телесно нараняване на Застрахованото лице, което в срок до една година от датата на събитието е причинило смърт или загуба на работоспособност.

1.1.8. **Предходно състояние** - всяко състояние на Застрахован в резултат на заболяване, Злополука

или телесно увреждане, възникнало или причинено преди издаване на застрахователния сертификат за индивидуално застрахователно събитие, независимо дали е диагностицирано преди началото на застрахователното покритие.

1.1.9. **Срок на Застраховката** - период от време, за който е сключен груповият застрахователен договор. Индивидуалното застрахователно покритие се предоставя за срока на сключения между Застраховачия и Застрахования договор за предоставяне на платежна услуга. Груповият застрахователен договор, съответно индивидуалното застрахователно покритие, могат да бъдат с неопределен срок.

1.1.10. **Застрахователен период** – период от една година, за който се дължи годишна премия. Първият застрахователен период започва от датата, посочена в застрахователния сертификат. Всеки следващ годишен застрахователен период започва на датата, следваща изтичането на предходния, при условие че е платена застрахователната премия или съответната вноска от нея.

1.1.11. **Период на индивидуалното застрахователно покритие** - период от време, съпадащ със Застрахователния период. Застрахователното покритие е в сила за периода, за който е платена застрахователна премия, или дължимата вноска от нея.

II. Общи положения

2.1. Застрахователят, съгласно настоящите Общи условия и на основание сключен групов застрахователен договор, срещу заплащане на Застрахователна премия, поема рискове и осигурява покритие, при настъпване на застрахователни събития, свързани с живота, здравето и работоспособността на включените в застрахователното покритие Застраховани лица.

2.2. Застрахователният договор се сключва за обезпечение на Застраховачия и в полза Застрахованото лице или законните му наследници

2.3. При условията на сключения групов застрахователен договор, Застраховачият издава на Застрахованото лице Застрахователен сертификат, включващ съществените условия на Застраховката и на индивидуалното застрахователно покритие. С подписване на застрахователния сертификат, Застрахованото лице декларира изрично си съгласие с условията на Застраховката.

2.4. Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования.

2.5. Застрахователните покрития по тази Застраховка се предоставят за рискове, настъпили по целия свят.

III. Покрити рискове

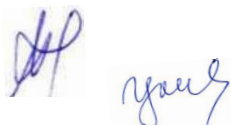
3.1. Застрахователят носи риска и изплаща суми при настъпване на следните покрити застрахователни рискове:

3.1.1. Смърт на Застрахования в резултат на Злополука;

3.1.2. Трайно намалена работоспособност (над 70%) в резултат на Злополука;

3.1.3. Дневни пари за болничен престой в резултат на Злополука.

За Застрахователя:



За Застрахования:

IV. Лимит на отговорност (застрахователна сума)

4.1. Отговорността на Застрахователя по отношение на индивидуално застрахователно покритие на конкретно Застраховано лице е до лимита на отговорност (застрахователната сума), посочен в Застрахователния сертификат.

V. Получатели на плащанията

5.1. В случай на смърт и трайно намалена работоспособност (над 70%), Застрахователят отговаря пред Застрахователя до размера на усвоения кредитен лимит / овърдрафт, ведно с начислените лихви, дължими от Застрахованото лице по платежната карта към момента на извършване на застрахователното плащане, но не повече от застрахователната сума. Когато застрахователната сума надвишава размера на усвоения кредитен лимит, ведно с начислените лихви, остатъкът се изплаща от Застрахователя на Застрахованото лице, съответно на неговите законни наследници.

5.2. В случай на болничен престой, Бенефициер е Застрахованото лице.

VI. Обхват на застрахованите лица

6.1. Съгласно условията на Застраховката се застраховат физически здрави лица на възраст от 18 до 67 навършени години в началото на срока на тяхното индивидуално застрахователно покритие, които няма да са по-възрастни от 70 навършени години при изтичане срока на тяхното индивидуално застрахователно покритие и които са заявили своето изрично съгласие за включване в покритието по Застраховката, с подписване на застрахователен сертификат.

VII. Включване в покритието. Прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие. Релевантна информация

7.1. Началото на Периода на индивидуалното застрахователно покритие за всяко Застраховано лице започва от датата, посочена в застрахователния сертификат като начална дата на индивидуалното застрахователно покритие, при условие, че е платена застрахователната премия съгласно посочените в индивидуалния застрахователен сертификат срокове и начини.

7.3. Индивидуалното застрахователно покритие се прекратява в следните случаи:

7.3.1. при смърт на Застрахованото лице;

7.3.2. едностранно, с едномесечно писмено предизвестие, отправено от Застрахователя или от Застрахованото лице;

7.3.3. при прекратяване на договора за предоставяне на платежна услуга между Застрахователя и Застрахования;

7.3.4. при деактивиране на платежната карта, предоставена на Застрахования от Застрахователя;

7.3.5. при извършено застрахователно плащане, равно на максималния размер на застрахователната сума;

7.3.6. при навършване на 70 години от Застрахованото лице;

7.3.7. при неплащане на дължима вноска от застрахователната премия и при отчитане на договорения „гратисен период“;

7.3.8. в случай на прекратяване на груповия застрахователен договор, сключен между Застрахователя и Застрахователя, индивидуалното застрахователно покритие остава в сила до изтичане на започналия Застрахователен период.

7.4. Застрахователят прекратява индивидуалното застрахователно покритие без предизвестие и отказва изплащането на застрахователна сума при опит за измама, извършена от Застрахован или от трето лице със знанието и без противопоставяне от негова страна;

7.5. При попълване на здравна декларация или на други документи с писмено зададени от Застрахователя въпроси, Застрахованите лица съобщават всички обстоятелства, които са съществени и са свързани с оценката на здравния риск, като Застрахованите лица носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.

7.6. Ако Застрахованото лице при попълване на здравна декларация или на други документи с писмено зададени от Застрахователя въпроси, съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би предоставил застрахователно покритие по отношение на конкретното Застраховано лице, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати застрахователното покритие за това Застраховано лице. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. При прекратяване на застрахователното покритие, Застрахователят задържа платената част от застрахователната премия и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на покритието.

7.7. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би предоставил покритие по Застраховката по отношение на конкретното Застраховано лице, но при други условия, той може да поиска изменението ѝ. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застрахованото лице не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, застрахователното покритие се прекратява едностранно от Застрахователя с последиците по т.7.6.

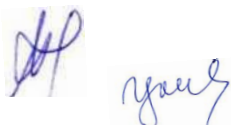
7.8. Когато в случаите по т.7.6. или т.7.7. застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично застрахователно плащане, когато неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието.

7.9. По време на действието на Застрахователния договор всеки Застрахован, е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при предоставяне на индивидуалното застрахователно покритие Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.

VIII. Изключени рискове

8.1. Отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не носи риска от

За Застрахователя:



За Застрахования:

настъпване на застрахователно събитие в следните случаи:

8.1.1. смърт, увреждане на телесната цялост или загуба на работоспособност, когато Застрахованият съзнателно причини собствената си смърт, или направи опит за самоубийство, в резултат на което е причинено нараняването;

8.1.2. при умишлено увреждане или опит за умишлено увреждане на собственото здраве от Застрахования;

8.1.3. при синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или други заболявания, свързани със СПИН, или вируса на ХИВ, както и други болести, предавани по полов път, освен в случаите, когато същите са причинени в следствие на медицински манипулации;

8.1.4. когато уврежданията са настъпили в резултат на Злополука по време на пътуването на Застрахования с въздушно превозно средство, различно от пътуването с билет на регистрирана авиокомпания за превоз на пътници по редовни или предварително определени маршрути;

8.1.5. при участие на Застрахования в дейности или мероприятия с експериментална, клинична и научно-изследователска цел;

8.1.6. увреждания, в резултат на психични заболявания; психиатрични и еуфорични състояния, депресии и душевни болести;

8.1.7. за фертилитет, *in vitro* или асистирана репродукция - диагностика, подготовка, лечение, както и други дейности, свързани с диагностика и лечение на безплодие;

8.1.8. при прилагане на методи на нетрадиционна медицина, психотерапия, акупунктура;

8.1.9. при увреждания, следствие на остра и/или хронична алкохолна интоксикация, или на хронична употреба на алкохол, или следствие на употреба на алкохол, наркотици, упойващи вещества, стимуланти, анаболни хормони и други вещества с характер на допинг;

8.1.10. при увреждания в резултат или при участие във война, военни действия или военни операции (независимо дали са обявени или не); нашествие; вражески акт срещу Застрахован във връзка с неговата националност - или в страната, или по отношение на страната, където е осъществен този акт; гражданска война; бунт; размирици; метеж; революция; преврат; граждански безредици добиващи размерите на бунт; експлозия на военни оръжия; използване на оръжия за масово поразяване; убийство или покушение; терористични действия;

8.1.11. при увреждания следствие на практикуване на екстремни спортове и занимания, включително но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, соло пещерно спускане, пещерно гмуркане или изследване на понори, спускане по каньони, гмуркане с акваланг до 30 м, надбягвания, планинско катерене, мото- и делтапланеризъм, мото- и парапланеризъм, хелиски, скокове във вода, лов/стрелба, конен лов, прескачания с коне, поло, конни надбягвания, жокейство или конни състезания от всякакъв вид, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски и сноуборд извън пистите и определените за това места, парасейлинг, параски, парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бънджи скокове, летене или

участие в други въздушни дейности, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, професионално спортуване, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, яхтинг извън териториални води или всякакви други опасни занимания или активност;

8.1.12. при увреждания, следствие на прекъсване на бременност по желание;

8.1.13. при увреждания, загуба на работоспособност или смърт в резултат на извършване от Застрахования на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или от деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато Застрахованият реализира административнонаказателен или наказателен състав в състояние на невменяемост;

8.1.14. когато Застрахованият е лишен от свобода и/или изтърпява присъда;

8.1.15. при задържане на Застрахован от компетентните правоохранителни органи, както и при настъпили увреждания на здравето по време на задържането в затвор или друго специализирано заведение за принудително задържане;

8.1.16. при увреждане на здравето, следствие на земетресение, наводнение или друго природно бедствие от масов или катастрофичен характер;

8.1.17. при симулиране на увреждане на здравето от Застрахован или извършване на действия от Застрахования или други лица, с цел да се въведе в заблуждение Застрахователя за наличието на реализиран се покрит риск и извършени разходи за лечение на увреждане на здравето;

8.1.18. при укрито заболяване при сключване, както и възможни негови последствия, които са настъпили в срока на Застрахователния договор, при известност на което Застрахователят не би сключил застрахователния договор;

8.1.19. увреждания, настъпили вследствие на температурни влияния (измръзване, слънчеви изгаряния, слънчев или топлинен удар);

8.1.20. при неизвършване на преглед / освидетелстване на Застрахованото лице от Застрахователно-медицинската комисия на Застрахователя, в случаите когато Застрахователят е изискал прегледа / освидетелстването.

8.1.21. увреждания в резултат на виновно поведение на Застрахования при управление на моторно превозно средство, както и при липса на документи за правоспособност;

8.1.22. Всякакви епилептични състояния, протичащи с генерализирани тонично-клонични пристъпи с или без абсанси, незавидимо от причината, дори когато е прието, че са възникнали в периода на застрахователно покритие от Злополука;

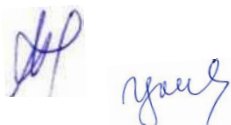
8.1.23. увреждания в резултат на Предходни състояния (заболявания или злополуки), настъпили преди сключването на Застраховката, също директните и индиректните последствия от тях.

8.1.24. При болничен престой в резултат на Злополука, в допълнение към горепосочените изключения, не се покриват преките или косвени последствия и резултати от:

8.1.24.1. Естетична хирургия;

8.1.24.2. Операция, планирана преди началото на застрахователното покритие, във връзка с вече настъпила Злополука;

За Застрахователя:



За Застрахования:

3

8.1.24.3. Болничен престой в хидро центрове, спа центрове, центрове за природно лечение или всякакви други подобни заведения дори и ако са регистрирани като лечебни заведения;

8.1.24.4. Болничен престой за промяна на пола;

8.1.24.5. Бременност, аборт или раждане;

8.1.24.6. Даряване на органи.

IX. Застрахователна премия

9.1. Застрахователната премия е годишна и се изчислява като процент от застрахователната сума, посочена в застрахователния сертификат.

9.2. Годишната застрахователна премия е разсрочена на месечни вноски, като всяка вноска се заплаща веднъж месечно.

9.3. Първата месечна вноска се заплаща на 10-то число от месеца, следващ месеца, за който Застрахователят предоставя застрахователно покритие.

9.4. Дължимата месечна застрахователна вноска се плаща ежемесечно на 10-то число на съответния месец.

9.5. Върху размера на застрахователната премия, респективно – върху всяка вноска, се дължи и заплаща допълнително 2% данък върху застрахователните премии, дължим съгласно Закона за данък върху застрахователните премии.

9.8. Ако месечната вноска от премията не бъде платена на нейния падеж, индивидуалното застрахователно покритие на съответното Застраховано лице се прекратява на датата, на която изтичат три последователни месеца от датата на падежа. Периодът от три последователни месеца е "гратисен период", за който Застрахователят носи застрахователна отговорност при настъпване на застрахователно събитие.

X. Застрахователни плащания. Действия при настъпване на застрахователно събитие.

10.1. В случай на събитие, представляващо покрит застрахователен риск и при представени редовни документи, Застрахователят изплаща застрахователните суми. Застрахователното плащане се разпределя, както следва:

10.2. При смърт на Застрахованото лице в резултат на Злополука:

10.2.1. Застрахователят изплаща на Застрахования усвоения и непогасен от Застрахованото лице кредитен лимит / овърдрафт, ведно с начислените лихви, дължими от Застрахованото лице по платежната карта към момента на извършване на застрахователното плащане, но не повече от застрахователната сума. Остатъкът от застрахователната сума, ако има такъв, се изплаща на законните наследници на Застрахованото лице.

10.2.2. Смъртта следва да е настъпила в срок до 12 месеца от Злополуката и да е в причинно-следствена връзка с нея.

10.2.3. В случай че Застрахователят има вземания срещу Застрахования или правоимащите лица, той прихваща всички свои вземания от застрахователната сума, преди нейното изплащане;

10.3. При трайно намалена работоспособност (над 70%) в резултат на Злополука:

10.3.1. Застрахователят изплаща сумата по реда на т.10.2.1.

10.3.2. Застрахователят дължи и изплаща застрахователната сума, когато събитието настъпи и Застрахованият бъде освидетелстван за първи път в срока на действие на индивидуалното застрахователно покритие;

10.4. При болничен престой в резултат на Злополука Застрахователят изплаща на Застрахования сума в размер на 50 (петдесет) лева за всеки ден болничен престой, за максимум 30 (тридесет) дни.

10.5. Не се изплаща застрахователна сума при промяна на процента на трайно намалена работоспособност, независимо от момента, в което е извършено;

10.6. Процентът на трайно намалена работоспособност се установява след окончателното и пълно стабилизиране на получените от Злополуката увреждания, но не по-рано от 3 месеца и не по-късно от една година от датата на настъпването на Злополуката, освен при загуба на очи и ампутация на крайници, при които освидетелстването може да се извърши и в по-кратък срок.

10.7. Определянето на процента трайно намалена работоспособност се извършва с акт на органите на медицинската експертиза на работоспособността. Застрахователят може да изиска Застрахованото лице да бъде прегледано от Застрахователно-медицинска комисия, независимо от освидетелстването на Застрахования от органите на медицинската експертиза на работоспособността. Лекар, който е оторизиран от Застрахователя, трябва да има право на достъп до Застрахования, който се намира в състояние на неработоспособност, така че да има възможност да провери сериозността на неговото здравословно състояние.

10.8. В случай че лечението не е завършило до една година от Злополуката, освидетелстването се извършва независимо от стабилизирането на неработоспособността, като се определя процент, отговарящ на състоянието на Застрахования към края на едногодишния срок от датата на Злополуката.

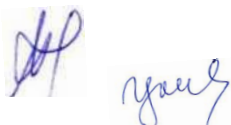
10.9. По изключение Застрахованият може да бъде преосвидетелстван и след едногодишния срок, като процентът на трайно намалена работоспособност вследствие Злополука се определя за състоянието му към края на годината от датата на Злополуката.

10.10. При настъпване на риска трайно намалена работоспособност в резултат на Злополука застрахованото лице е длъжно да уведоми Застрахователя в разумен срок.

10.11. Съгласно разпоредбите на Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска от Застрахования представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на обстоятелствата, основанията и размера на предявената към него претенция.

10.12. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

10.13. В случай че представените с искането за изплащането на застрахователни суми документи са непълни или са необходими допълнителни доказателства съгласно т.10.11., Застрахователят уведомява Застрахования за това в срок до 45 дни от



датата на представяне на доказателствата, изискани при завеждане на искането за плащане на застрахователна сума.

10.14. При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Застрахователя и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и / или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.

10.15. Застрахователят в срок от 15 (петнадесет) работни дни от предоставяне от Застрахования на всички доказателства, установяващи основанието на настъпилото застрахователно събитие, и включително и на допълнителните доказателства, изискани от Застрахователя съгласно Кодекса за застраховането, изплаща застрахователна сума или мотивирано отказва плащане, като уведомява Застрахования относно причините за отказа за цялостно или частично плащане.

10.16. Ако претенцията по Застраховката е измамлива, всички плащания по Застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.

XI. Необходими документи за изплащане на застрахователни суми.

11.1. За изплащане на застрахователни суми се представя искане до Застрахователя и декларация за застрахователно събитие по образец на Застрахователя, придружени от следните документи, които са в оригинал или заверени по съответния ред:

11.2. При смърт на Застрахования:

11.2.1. Съобщение за смърт;

11.2.2. Акт за смърт /препис-извлечение/ от акта за смърт;

11.2.3. При настъпила смърт в болнично лечебно заведение - копие на епикризата, съставена от лекуващ лекар, както и всички предходни епикризи, свързани със здравословното състояние на Застрахованото лице;

11.2.4. В случай на извършена аутопсия - протокола от аутопсията или съдебно-медицинската експертиза;

11.2.5. Документ, издаден от съответните компетентни органи за констатиране на настъпилото събитие - Злополука.

11.2.6. При трудова злополука - копие на декларацията на трудова злополука, съгласно изискванията на приложимите нормативни актове, както и разпореждането на НОИ, съгласно КСО;

11.2.7. При образувано досъдебно или съдебно производство, се представя документ от съответните

компетентни органи, удостоверяващи резултата от производството;

11.2.8. Удостоверение за наследници.

11.3. При трайно намалена работоспособност:

11.3.1. Медицинските документи, свързани със Злополуката:

11.3.1.1. Лична амбулаторна карта;

11.3.1.2. Амбулаторен лист за преглед при лекар;

11.3.1.3. Епикриза;

11.3.1.4. Резултати от изследвания;

11.3.2. Акт на органите на медицинската експертиза на работоспособността;

11.3.3. Разпореждането на НОИ, съгласно КСО, за квалифициране на злополуката като трудова.

13.3.4. За установяване на степента на работоспособност преди настъпване на застрахователното събитие, Застрахователят може да изиска и допълнителни документи като-справка от работодателя за реално отработени дни, справка за изплатено трудово възнаграждение, болнични листове, амбулаторни листи от прегледи при лекар, епикризи, изследвания и други.

11.4. При болничен престой:

11.4.1. Медицинските документи, свързани със Злополуката:

11.4.1.1. Лична амбулаторна карта;

11.4.1.2. Амбулаторен лист за преглед при лекар;

11.4.1.3. Епикриза;

11.4.1.4. Резултати от изследвания.

11.4.2. Доказателство за Злополуката, която е причина за болничния престой (протокол от полицията или какъвто и да е друг документ, който я доказва);

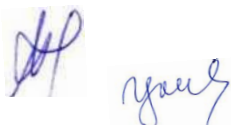
11.4.3. Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разноси.

11.4.4. Застрахователят има право да изисква предоставянето и на допълнителни документи, касаещи настъпването на застрахователното събитие и определянето на размера на застрахователната сума.

XII. Съобщения

12.1. Всяко съобщение от Застрахования / Застраховация, свързано със Застраховката трябва да бъде изпратено на посочения в застрахователния сертификат адрес на Застрахователя и / или адрес на електронна поща (email), освен ако Застрахователят писмено не се съгласи друго.

12.2. Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Застраховация се изпраща на посочения в застрахователния договор / застрахователния сертификат адрес на Застрахования / Застраховация. При сключване на Застраховката Застрахованият / Застрахованият заявяват и адрес на електронна поща (e-mail), на който ще получават съобщения, включително за промени в условията на Застраховката, относно размера на застрахователната премия и други. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес или в заявения e-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес / e-mail. Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застраховация за промяна на указания в



застрахователния сертификат адрес или в заявения e-mail и да съобщи новия си адрес / e-mail.

XIII. Лични данни

С настоящото, съгласно приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Застраховация / Застрахования, че:

13.1. Застрахователят е администратор на лични данни, като връзка със Застрахователя и определеното от него Длъжностно лице по защита на данните може да бъде осъществена на посочения в т.1.1.1. адрес на управление;

13.2. Предоставените от Застрахования / Застраховация лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договор; и за целите на директния маркетинг, като правното основание за обработването им може да бъде или изрично съгласие на Застрахования / Застраховация, или изпълнението на застрахователния договор, или ако обработването е необходимо за спазването на законово задължение на Застрахователя, или ако обработването е необходимо целите на легитимните интереси на Застрахователя. Обработването на личните данни е за срок, който е съобразен с целите на обработването, без да нахвърля минимално необходимия срок за обработване на данните;

13.3. При наличие на основанията за законосъобразно обработване, личните данни могат да бъдат разкривани на трети лица, в това число, но не само, на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни"; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба или е свързано с изпълнението на застрахователния договор; на трети лица за статистически цели;

13.4. предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер, но е от съществено и обуславящо значение за предоставянето на застрахователна услуга. Отказът за предоставянето лични данни е основание Застрахователят да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси или възпрепятства изпълнението на застрахователния договор;

13.5. Застрахованият / Застрахованият има право на достъп до личните си данни, както и право да иска коригирането им или заличаването им по реда и условията на приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни;

13.6. Всяко лице, има право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг, като с настоящото е уведомено, че личните му данни могат да бъдат разкрити на трети лица или използвани от тяхно име за целите на директния маркетинг. Лицето има възможност да възрази срещу такова разкриване или използване посредством изявление, изпратено на адреса на Застрахователя.

13.7. С полагането на подпис за сключване на настоящата застраховка, Застрахованият/Застрахованият потвърждава, че е уведомен за това, че предоставени от него лични данни ще бъдат

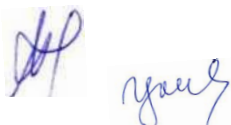
обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото на предходната точка, включително чрез извършването на всяка операция или съвкупност на операции с предоставените лични данни или с набора от лични данни, включващ предоставените от данни по време на процеса по сключване на застрахователния договор, чрез автоматични или други средства, които операции по преценка на Застрахователя се изразяват в събиране, записване, организиране, структуриране, съхранение, адаптиране или промяна, извличане, консултиране, употреба, разкриване чрез предаване, разпространяване или друг начин, по който данните стават достъпни, подреждане или комбиниране, ограничаване, изтриване или унищожаване. Обработването на лични данни може също така да включва и предоставяне на лични данни на трети лица (включително на лице, установено в държава, която не е държава - членка на Европейския съюз и държава - членка на Европейското икономическо пространство) за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка. Подписването на застраховката също така означава потвърждение на факта, че Застрахованият / Застрахованият е уведомен за Политиката за конфиденциалност на Застрахователя, която е публикувана на www.fihealth.bg.

XIV. Решаване на спорове. Приложимо право и подсъдност

14.1. Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби пред Застрахователя относно застрахователното правоотношение. Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават жалби и пред Комисията за финансов надзор.

14.2. Всички спорове ще се решават чрез преговори между страните, а ако не бъде постигнато споразумение, всички спорове ще бъдат решавани от компетентния български съд по седалището на Застрахователя. Ползвателят на застрахователни услуги, който има качеството на потребител по смисъла на §13, т.1 от Допълнителните разпоредби на Закона за защита на потребителите, може да отнесе спора за извънсъдебно разрешаване и до Секторна помирителна комисия за разглеждане на спорове в областта на застраховането и застрахователното посредничество, включително и при предоставянето на финансови услуги от разстояние в тези сектори при Комисията за защита на потребителите. Формите за извънсъдебно разглеждане на спорове, които са на разположение на ползвателя на застрахователни услуги в Република България са: преговори между страните, медиация и арбитраж;

14.3. Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на Застрахователя и Правилата за уреждане на претенции по чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховането, са обявени на интернет страницата на застрахователя: <http://www.fihealth.bg/>;



14.4. За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство.

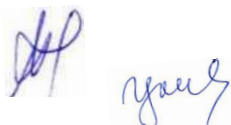
XV. Допълнителни разпоредби

15.1. Всички права, произтичащи от сключената Застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство.

15.2. По решение на Застрахователя застрахователно плащане може да се извърши и след изтичане на давностния срок.

Настоящите Общи условия са приети от Съвета на директорите на „Фи Хелт Застраховане“ АД на заседание, проведено на 24.10.2014 г. и са в сила от 24.10.2014 г., изм. с решение от 30.03.2015 г., в сила от 30.03.2015 г., изм. с решение от 01.02.2017 г., в сила от 01.02.2017 г., изм. с решение от 23.05.2018 г., в сила от 23.05.2018 г., изм. с решение от 21.12.2023 г., в сила от 01.01.2024 г.

За Застрахователя:



За Застрахования: