

РАЗДЕЛ I. ДЕФИНИЦИИ

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

1. Застрахователен договор, наричан още **Застрахователна полица** или за краткост „договора“ или „поллицата“, се сключва в писмена форма. Тези Общи условия, Специалните условия на договора/поллицата и евентуални добавъци са неразделна част от застрахователния договор, както и всички уведомления, декларации, съгласия, които страните подписват с оглед спазване изискванията на Общия регламент за защита на личните данни (Регламент (ЕС) 2016/679). Субсидиарно приложение намира българското законодателство.

2. Специални условия е част от договора, която съдържа конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми и условия, както и други реквизити, определени от Кодекса за застраховане.

3. Добавък е извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него.

4. Страни по договора са Застрахователят и Застраховачият.

5. Застраховател е ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Света София“ № 6.

6. Застраховач е лицето, което сключва договора за застраховка със Застрахователя и плаща определената в договора застрахователна премия. В случай че застраховката е върху живота на Застраховачия, той е и Застрахован.

7. Застрахован (Застраховано лице) е физическо лице, гражданин на Европейския съюз, върху чиито здраве и телесна цялост се сключва застраховката.

8. Ползващо се лице е лицето, което има право да получи застрахователното плащане при настъпване на застрахователно събитие. Ползващото се лице се посочва в застрахователния договор.

9. Срок на застраховката е срокът, за който е сключен застрахователният договор. Неговото начало и край се посочват в Специалните условия.

10. Период на застрахователно покритие е периодът, през който Застрахователят носи риска по застраховката.

11. Период на изчакване е период от време след датата на сключване на договора, с който се отлага началото на застрахователното покритие по договора и през който Застрахованият не може да се ползва от застрахователното покритие.

12. Застрахователен период е периодът, за който се определя застрахователна премия. Този период може да е една година или да съвпада с периода на застрахователно покритие. По застраховките с годишна застрахователна премия в срока на застрахователния договор се включва повече от един застрахователен период.

13. 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.

14. Застрахователно събитие е събитие, настъпило по време на застрахователния срок, което води до възникване на застрахователна отговорност, в случай че вследствие на това събитие настъпи покрит по тази застраховка риск.

15. Покрит риск е възможна последица от настъпване на застрахователно събитие, определена в условията на застрахователния договор, при сключването на която Застрахователят трябва да изплати застрахователната сума или процент от нея. Рисковете, които конкретният застрахователен договор покрива, се посочват в Специалните условия.

16. Застрахователна сума е договорената между страните и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застраховачия, Застрахования или третото ползващо се лице.

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

18. Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие, настъпило през периода на застрахователното покритие с възникване за Застрахования произход 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 и др.).

19. Самопричинено състояние е застрахователно събитие, настъпило вследствие на съзнателно увреждане на собственото здраве, извършено от Застрахования или от някое от ползващите се лица, или извършено по тяхна подбуда.

20. Предварително съществуващо заболяване, увреждане

или състояние е заболяване или медицинско състояние, за което застрахованият е получил лечение, търсил е медицински съвет или е узнал за съществуването му преди началото на застрахователния срок.

21. Тероризъм е всяко действие, извършено с цел да причини смъртта или да нанесе сериозни телесни поражения на граждани или невоюващи лица с цел заплашване на дадено население или заставяне на дадено правителство или международна организация да извърши или да се въздържа от извършването на каквото и да е действие.

22. 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 и терористични актове.

23. Адрес за кореспонденция е електронен адрес, посочен от Застраховачия в заявлението за застраховане или в други документи, предоставени на Застрахователя, на който Застрахователят изпраща всички съобщения или уведомления, свързани с обслужването на договора.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Чл. 2. (1) По тези Общи условия срещу платена застрахователна премия Застрахователят застрахова физическо лице/лица, наричани по-нататък Застрахован/Застраховани, срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост.

Чл. 3. (1) По тази застраховка се застраховат здрави лица. По преценка на Застрахователя могат да бъдат приети за застраховане при условията на утежнен риск и лица с допълнителни рискови фактори. Утежненият риск може да се изрази в прилагане самостоятелно или в комбинация на следните способы: промяна на размера на застрахователната премия, промяна на рисковата ставка, промяна на застрахователния срок, изключване или ограничаване на определени рискове или в прилагане на други способы, уговорени при сключване на застраховката.

(2) Възрастта на Застрахования към датата на влизане в сила на договора следва да е между 18 (осемнадесет) и 60 (шестдесет) години, като се определя в цели години към началото на застрахователното покритие.

(3) Към датата на изтичане срока на застраховката възрастта на Застрахования не трябва да надхвърля 65 (шестдесет и пет) навършени години.

(4) Тази застраховка се сключва като допълнителна застраховка към застраховка „Живот“, Срочна застраховка „Живот“ и застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд.

(5) По тази застраховка Застраховачият няма право на откуп.

РАЗДЕЛ III. ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ

Чл. 4. (1) Застрахователят предоставя застрахователно покритие на територията на целия свят, освен ако в Специалните условия не е уговорено друго.

РАЗДЕЛ IV. ПОКРИТИ И ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

Чл. 5. (1) Определения на покритите заболявания, събития и състояния и изключения във връзка с тях:

1. Хирургична операция на аортата

1.1. Означава претърпяна операция за възстановяване или частично протезиране на аортата вследствие на аортна аневризма, коарктация или травматична руптура на аортата. За целта на настоящото определение под аорта да се разбира гръдна (торакална) и коремна (абдоминална) аорта, но не и клоновете им.

1.2. Изключение: Застраховката не покрива всяка друга хирургична процедура, като ендоваскуларно възстановяване или поставяне на стентове.

2. Доброкачествен тумор на мозъка, довел до интензивно лечение или палиативни грижи

2.1. Означава доброкачествен, но животозастрашаващ мозъчен тумор. Условието за изплащане на застрахователно обезщетение е да са изпълнени всички от изброените критерии:

2.1.1. Наличието на тумор трябва да бъде доказано чрез магнитно-резонансна томография (МРТ), компютърна томография (КТ) или друга подходяща образна диагностика;

2.1.2. Да са налични тежки последици като вътречерепно налягане, новопоявили се епилептични припадъци, двигателни и сетивни нарушения, които да могат да бъдат обективно доказани.

2.2. Туморът трябва да е:

2.2.1. Довел до оперативна намеса за пълното му отстраняване или

максимално възможното му намаляване и

2.2.2. Лекуван или с химиотерапия, или с лучевечение или

2.2.3. Достигнал до стадий, в който са възможни единствено палиативни грижи.

2.3. Изключение: Застраховката не покрива кисти, калцификати, грануломи, малформации на мозъчните артерии или вени или хематоми.

3. Слепота – необратима

3.1. Означава клинично доказано и необратимо намаление на зрението на двете очи, предизвикано от заболяване или травматичен инцидент.

3.2. Условието за изплащане на застрахователните обезщетения е да бъдат покрити всички изброени критерии:

3.2.1. Коририганата зрителна острота на по-доброто око трябва да бъде по-малка от 0,2 по десетичната система или трябва да има налице ограничение на зрителното поле до под 10° диаметър за всяко око;

3.2.2. Диагнозата трябва да бъде потвърдена от специалист офталмолог.

3.3. Изключение: Застрахователно обезщетение не е дължимо, ако според общо медицинско становище приложението на медицински изделия, импланти или всякакви други лечебни методи и способности могат да доведат до частично или пълно възстановяване на зрението.

4. Поставяне на на аорто-коронарен байпас

4.1. Означава поставяне на аорто-коронарен графт (присадка) на коронарна артерия, който коригира доказано стеснение или запушване на най-малко един коронарен кръвоносен съд.

4.2. Изключение: Застраховката не покрива балонна ангиопластика; атеректомия; ротаблация; поставяне на стентове; лазерно лечение.

5. Инфаркт на миокарда с увреждане на сърдечната функция

5.1. Означава некроза (смърт) на сърдечния мускул в определена ограничена област вследствие на запушване на една или повече коронарни артерии. Потвърждава се при наличието едновременно на всички изброени симптоми:

5.1.1. Нови, характерни промени на ЕКГ или други диагностични тестове за образна диагностика, потвърждаващи възникването на остър инфаркт на миокарда;

5.1.2. Преходно повишаване на сърдечния тропонин Т или I или на сърдечните ензими, включително креатин киназа МВ-фракция, над общоприетите лабораторни референтни стойности за инфаркт на миокарда;

5.1.3. Доказателство за трайно намалена левокамерна фракция на изтласкване под 50% вследствие на настъпил инфаркт на миокарда, измерена най-рано един месец след събитието.

5.2. Изключение: Застраховката не покрива:

5.2.1. Всякакви събития, в т.ч. остър коронарен синдром, което не е потвърдено като остър инфаркт на миокарда от кардиолог или от друг лекар – специалист в областта, вкл. ангина пекторис, но без наличие на остър миокарден инфаркт;

5.2.2. Инфаркт на миокарда с неизяснена давност;

5.2.3. Повишаване на сърдечните биомаркери, което е директно свързано с интраартериална процедура на сърцето, която включва, но не е ограничена до коронарна ангиография и коронарна ангиопластика.

6. Операция на сърдечните клапи

6.1. Означава проведена отворена сърдечна операция чрез торакотомия (отваряне на гръдния кош) за протезиране или корекция на най-малко една сърдечна клапа поради сърдечен клапен порок или аномалия на сърдечните клапи.

7. HIV чрез кръвопреливане

7.1. Означава инфектиране на Застрахования с човешкия имунодефицитен вирус (HIV), при условие че:

7.1.1. Инфекцията се дължи на кръвопреливане, извършено след датата на влизане на договора в сила, и

7.1.2. Институтцията, предоставила кръвопреливането, е поела отговорност или съществува влязло в сила съдебно решение, с което се установява такава отговорност, и

7.1.3. Инфектираният Застрахован не е хемофилик.

7.2. Изключение:

7.2.1. Застрахователно обезщетение не е дължимо, в случай че бъде открито медицинско лечение на СПИН или на ефектите на HIV вируса.

7.2.2. Не се дължи обезщетение в случай на инфектиране по какъвто и да е друг начин, в това число инфекция в резултат от полов контакт или венозно прилагане на наркотици.

8. Бъбречна недостатъчност

8.1. Означава хронична необратима увреда на двата бъбрека с функционална недостатъчност, в резултат на която е необходимо провеждането на редовно диализно лечение или бъбречна трансплантация. Диагнозата трябва да бъде потвърдена от специалист нефролог.

9. Рак

9.1. Означава всеки злокачествен тумор, характеризиращ се с неконтролиран растеж и разпространяване на злокачествени клетки и инвазия в тъкани. Диагнозата трябва да бъде подкрепена от хистологични или в случаи на системни ракови заболявания – от цитологични

доказателства.

Терминът „злокачествен тумор“ включва също: левкемия, лимфом (с изключение на кожен лимфом), сарком.

9.2. Изключение: Застраховката не покрива:

9.2.1. Рак *in situ* (*in situ*);

9.2.2. Данни за ракови клетки или ракови генетичен материал, установени само чрез молекулярни или биохимични сонди (които включват, но не се ограничават до протеомни или базиращи се на ДНК/РНК методики), без наличие на лезии, подлежащи на тъканна диагностика;

9.2.3. Всякакви базално-клетъчни карциноми, немеланомен кожен рак и меланом *in situ*;

9.2.4. Злокачествени заболявания на простатата, хистологично определени като стадий T1N0M0 (TNM класификацията, където Т е размер на тумора; N – разсейки в близките лимфни възли; M – отдалечени метастази) или по-нисък;

9.2.5. Всички папиларни карциноми на щитовидната жлеза, хистологично определени като стадий T1N0M0 (спрямо TNM класификацията) или по-нисък;

9.2.6. Всички злокачествени заболявания на кръвта, костния мозък или лимфните възли, които не налагат повтарящи се кръвопреливания, системна химиотерапия, таргетни противоракови терапии, трансплантация на костен мозък, трансплантация на стволови хемопоеични клетки или друго значително интервенционално лечение;

9.2.7. Всички невроендокринни тумори (NET) и неоплазми (NENs), хистологично определени като стадии G1, PanNETG1, T1N0M0 (TNM класификацията) или по-ниски;

9.2.8. Всички гастроинтестинални стромални тумори, хистологично определени като стадий T1N0M0 (TNM класификацията) или с честота на митозите < 6 на 50 hpf.

9.2.9. Не се счита за рак всяко заболяване или състояние, описано или класифицирано като някое от изброените, а именно: предраково състояние; неавансирал рак; с гранична малигненост или с нисък малигнен потенциал; цервикална дисплазия CIN-1, CIN-2 или CIN-3, като CIN означава цервикална интраепителна неоплазия.

10. Трансплантация на важни органи

10.1. Означава провеждане на трансплантация от човек на човек на бъбрек, сърце, бял дроб, панкреас или на най-малко един цял чернодробен дял от донор на застрахованото лице.

10.2. Изключение: Автоложната трансплантация и трансплантацията на всякакви други органи освен изброените в т. 10.1, както и на части от органи (с изключение на чернодробен дял), тъкани или клетки се изключват от обхвата на застрахователното покритие.

10.3. Необходимостта от трансплантация на орган, както и извършването на самата трансплантация трябва да бъде установена и обоснована със съответните медицински документи, издадени в специализирано лечебно заведение. Състоянието, довело до необходимостта от трансплантация, трябва да бъде квалифицирано като неподлежащо на лечение по какъвто и да било друг начин.

11. Мозъчен инсулт или инфаркт с неврологичен дефицит

11.1. Означава загуба на централномозъчна или гръбначномозъчна тъкан в определена ограничена област вследствие на остър нетравматичен кръвоизлив или исхемия вътре в черепната кухина или в гръбначния стълб, която води до траен и необратим неврологичен дефицит с персистиращи клинични симптоми.

11.2. Условието за изплащане на застрахователното обезщетение е да бъдат покрити всички изброени критерии:

11.2.1. Диагнозата трябва да бъде подкрепена от образно изследване (например компютърна томография (КТ), магнитно-резонансна томография (МРТ)), което доказва връзката между новопоявилите се неврологичен дефицит и новоустановени засегнати зони в черепната кухина и гръбначния стълб;

11.2.2. Оценката на трайния и необратим неврологичен дефицит може да бъде направена не по-рано от 3 (три) месеца след настъпване на мозъчния инсулт.

11.3. Изключение: Застраховката не покрива:

11.3.1. Остро преходно нарушение на мозъчното кръвообращение – временно нарушаване на циркулацията на кръвта до част от мозъка. Симптомите са същите като мозъчен удар, но лицето се възстановява в рамките на 24 (двадесет и четири) часа;

11.3.2. Инсулт с неизяснена давност;

11.3.3. Инсулт, диагностициран само на базата на биомаркери;

11.3.4. Инсулт, засягащ само обонянето или зрителния нерв, или инсулт на ретината.

12. Парализа – пълна, засягаща които и да са два крайника

12.1. Означава клинично доказана пълна и необратима загуба на мускулна функция за които и да са два крайника вследствие на инцидент или заболяване.

13. Серioзни изгаряния

13.1. Означава тъканна увреда, предизвикана от термични, химични или

електрически агенти и довела до изгаряне трета степен или през цялата дебелина на засегнатата зона, която трябва да бъде най-малко 20% от общата телесната повърхност, измерена по „Правилото на деветките“ или според Таблицата на телесна повърхност (Body Surface Chart) на Лънд и Броудър.

14.3. Кома – с продължителност най-малко четири дни

14.1. Означава състояние на безсъзнание с липса на реакция към външни стимули или към вътрешни нужди, продължаващо непрекъснато в продължение на най-малко 96 (деветдесет и шест) часа и налагащо използването на животоподдържащи системи. Медицинските показания за изкуствена кома трябва да бъдат потвърдени от сертифициран медицински специалист.

14.2. Застрахователно обезщетение ще бъде изплатено и при кома без използване на животоподдържащи системи, продължаваща най-малко два месеца.

14.3. Изключение: Застраховката не покрива състояние на кома, възникнало вследствие на злоупотреба с алкохол и наркотични вещества.

15. Трудово-професионално заразяване с HIV

15.1. Означава инфектиране с човешкия имунодефицитен вирус (HIV), при което вирусът е внесен в резултат от:

15.1.1. Инцидент, получен по време на изпълнение на обичайните трудови задължения;

15.1.2. Боравене с кръв или други телесни течности в рамките на трудово-професионалните задължения.

15.2. Условието за изплащане на застрахователното обезщетение е да бъдат покрити всички изброени критерии:

15.2.1. Инфектирането трябва да е станало, докато Застрахованият е изпълнявал професионалните си задължения, като професията на това лице трябва да е включена в дадения по-долу списък;

15.2.2. Сероконверсията трябва да настъпи в рамките на 6 (шест) месеца след инцидента;

15.2.3. Застрахованият трябва да предостави данни за отрицателни резултати от изследване за вируса на HIV или от изследвания за антитела срещу вируса на HIV, които да са извършени в срок до 5 (пет) дни след докладвания инцидент;

15.2.4. Наличието на вируса на HIV или на антителата срещу HIV трябва да бъде доказано в срок до 12 (дванадесет) месеца след инцидента.

15.3. Покритието по този риск се ограничава до следните професии:

15.3.1. Лекар и зъболекар;

15.3.2. Помощник-лекар и помощник-стоматолог;

15.3.3. Медицински сестри;

15.3.4. Акушерки;

15.3.5. Лабораторен персонал;

15.3.6. Помощен болничен персонал;

15.3.7. Персонал, работещ в линейките;

15.3.8. Пожарникари;

15.3.9. Полици;

15.3.10. Служители в местата за лишаване от свобода.

(2) Рисковете, които конкретният договор покрива, са описани изрично в Специалните условия.

Чл. 6. Период на изчакване.

(1) По застраховката е предвиден „Период на изчакване“ от 90 (деветдесет) дни, считано от датата на влизане на застрахователния договор в сила или от датата на възстановяване на застрахователния договор. Не се прилага „Период на изчакване“, когато покритият по полицата застрахователен риск е настъпил вследствие на злополука.

Чл. 7. Период на преживяемост

(1) Застрахователното плащане по настоящите Общи условия е дължимо, в случай че Застрахованият преживее 28 (двадесет и осем) дни от настъпване или диагностициране на състоянието, дефинирано като „Критична болест“ по настоящите Общи условия. В случай на смърт на Застрахования през периода на преживяемост Застрахователят не дължи застрахователно плащане по настоящите Общи условия.

Чл. 8. Изключени рискове

(1) Застрахователят не покрива рисковете по чл. 5, свързани с увреждането и/или влошаването на здравето и физическата цялост на Застрахования в следните случаи:

1. по договори, при сключването на които е попълнена декларация за здравословно състояние от Застрахования по образец на Застрахователя, ако събитията са пряк или косвен резултат от предварително съществуващо заболяване или състояние, което не е било обявено от Застрахования в заявлението за сключване на застраховка;

2. по договори, при сключването на които не е попълнена декларация за здравословно състояние от Застрахования по образец на Застрахователя, ако събитията са пряк или косвен резултат от предварително съществуващо заболяване или състояние;

3. когато са съществували обективни данни за състоянието, които биха накарали всеки разумен човек да потърси медицинска помощ или съвет от правоспособен практикуващ лекар.

(2) Застрахователят няма да извърши плащания по тази застраховка и

застрахователното обезщетение съответно не е дължимо, ако първата поява на симптомите или първото диагностициране на заболяването по чл. 5, респективно извършената операция, е в рамките на периода на изчакване по чл. 6 или е в срок от 90 (деветдесет) дни от датата на възстановяването на договора след прекратяването му.

(3) По тези Общи условия няма да бъдат извършвани застрахователни плащания, когато със Застрахования настъпи събитие, което пряко или косвено причинява или влошава неговото състояние и което е в резултат на:

1. опит за самоубийство;

2. самопричинено състояние;

3. извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер от страна на Застрахования, настъпило, докато Застрахованият е задържан от органите на властта или се намира в затвор;

4. преднамерени действия от страна на заинтересованото лице, довели до възникване на критично заболяване или състояние у Застрахования. Ако има няколко ползватели се лица, това изключение важи само за действията на извършителя;

5. война или военни действия (независимо дали войната е обявена или не), въстание, държавен преврат, бунт, терористичен акт, граждански размирици или други подобни социални явления, пряко или косвено произтичащи от взривяване на ракети, бомби, гранати, експлозиви, включително всички действия, предприети за предотвратяване или защита срещу тероризъм, метеж, революция, граждански въстания или размирици, бунт, въстание;

6. участие във въоръжени сили или мироопазващи дейности;

7. ядрена енергия, радиоактивно излъчване, ядрени взривове, биологично или химическо замърсяване, природни или екологични бедствия и всички други подобни събития с масови последици. Изключението за ядрена енергия не се прилага в случаите, когато ядрената енергия е използвана за медицинско лечение;

8. самолечение, както и когато Застрахованият не е потърсил квалифицирана медицинска помощ или е отказал такава, не е следвал медицинско предписание за изследване, лечение, консултация, при прилагане на непризнато и неутвърдено лечение, вкл. състояние след приемане на медикаменти, които не са предписани от правоспособен лекар;

9. участие от страна на Застрахования в облог или предизвикателство, сбиване, предизвикано от него или в което Застрахованият активно и доброволно е участвал; хулигански действия от страна на Застрахования;

10. боравене с оръжие и експлозиви;

11. практикуване на високорискови професии и практикувани дейности, в т.ч. спортове и хоби, за които Застрахованият не е съобщил при сключване на застраховката или по време на нейното действие и те не са били изрично приети от Застрахователя срещу заплащане на допълнителна премия (за такива се считат всички видове моторни, летателни, въздухоплавателни, водоплавателни и подводни спортове и занимания, скокове отвисоко, катерения, изискващи специална екипировка, и спелеология и зимни спортове, практикувани извън местата, обозначени за тяхното упражняване);

12. упражняване от Застрахования на всякакъв вид спорт като професионален спортист, включително участие в тренировки и спортни състезания, освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго;

13. проява на алергия, страничен ефект от лекарства за лечение на увредите, настъпването на известни рискове, свързани с всяка медицинска или хирургическа процедура, бактериални и вирусни инфекции;

14. употреба на алкохол, наркотици, упойващи или стимулиращи вещества от Застрахования;

15. заразяване с какъвто и да било вирус на човешката имунна недостатъчност (HIV) или в организма на Застрахования съществуват каквито и да било антитела на вируса на човешката имунна недостатъчност (HIV), или Застрахованият боледува от синдрома на придобитата имунна недостатъчност (AIDS), освен в случаите, уредени в чл. 5, т. 7 и т. 15;

16. участие в медицински, научни изследвания или клинични изпитвания на лекарствени продукти, експериментални или изследователски услуги;

17. събития, настъпили, когато Застрахованият е нарушил действащ закон или подзакон нормативен акт.

РАЗДЕЛ V. СКЛЮЧВАНЕ, ДЕЙСТВИЕ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ

Чл. 9. (1) Застрахователният договор по тази застраховка се сключва индивидуално или групово.

Чл. 10. (1) Индивидуалният договор се сключва въз основа заявление за сключване по образец на Застрахователя, което включва и декларация за здравословно състояние и дейността на Застрахования, както и други данни и информация, в т.ч. медицински и финансови данни, които Застрахователят може да изиска за извършване на оценка на застрахователния и финансовия риск.

(2) За сключване на застрахователен договор е необходимо освен упоменатото в предходната алинея Застрахователят да представи документ за самоличност и да попълни/предостави съответните изискуеми от действащото законодателство документи.

(3) В зависимост от застрахователното покритие, възрастта на Застрахования, застрахователната сума, информацията, посочена в декларацията за здравословно състояние и дейността на Застрахования или в други предоставени документи, Застрахователят има право да изиска извършването на медицински прегледи и/или изследвания на Застрахования. Те се извършват от лекар/лечебно заведение съгласно изискванията на Застрахователя.

(4) Застрахователят може да сключи договор, чиито предмет е здравето и телесната цялост на друго лице (застрахован). Този договор има сила само ако е сключен с изричното писмено съгласие на Застрахования. Застрахованият може по всяко време да прекрати застрахователния договор с едностранно писмено изявление, отправено до Застрахователя.

Чл. 11. (1) Ако в срок от 3 (три) месеца след подписването на декларацията по чл. 10 застрахователният договор не бъде сключен по обективни причини, се изисква попълване на нова декларация за здравословно състояние и дейността на Застрахования, както и други данни и информация, в т.ч. медицински и финансови данни, които Застрахователят може да изиска за извършване на оценка на застрахователния и финансовия риск. Необходимо е и Застрахователят да попълни/предостави съответните изискуеми от действащото законодателство документи.

(2) Груповият договор за група над 30 (тридесет) души се сключва за сметка на Застрахования на основание заявление за застраховане по образец на Застрахователя и на база поименен списък, в който Застрахователят изрично посочва и индивидуализира застрахованите от него лица/служители. В този случай Застрахователят може да определи различни застрахователни суми за различните групи застраховани лица.

(3) В случай когато Застраховател е юридическо лице и броят на застрахованите лица е по-малко от 10% от общия брой на служителите му, но не по-малко от 30 (тридесет) души, застраховката се сключва на база собственооръчно подписана декларация за здравословно състояние от Застрахованите по образец на Застрахователя.

(4) При група до 30 (тридесет) души включително застраховката се сключва след попълване на декларация за здравословно състояние по образец на Застрахователя, независимо от размера на застрахователната сума.

(5) При сключване на договора Застрахователят, Застрахованият, техните пълномощници или застрахователни брокери са длъжни да обявят точно и изчерпателно съществените обстоятелства, които са им известни и са от значение за риска. За съществени се смятат обстоятелствата, за които Застрахователят е поставил изрично и писмено въпрос.

(6) Ако Застрахователят, Застрахованият, техните пълномощници или застрахователни брокери съзнателно са обявили неточно или са премълчали обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил договора, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати договора в едномесечен срок от узнаването му. В този случай Застрахователят задържа платената част от премията и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

(7) Ако съзнателно неточно обявяването или премълчано обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застрахователят не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договорът се прекратява с последиците по предходната ал. 6.

(8) Когато в случаите по ал. 6 и ал. 7 застрахователното събитие настъпи, Застрахователят може да откаже частично или изцяло плащане на застрахователно обезщетение или сума само ако неточно обявяването или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитието. Когато обстоятелството е оказало въздействие само за увеличаване размера на вредите, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

(9) Ако при сключването на застрахователния договор обстоятелството не е било известно на някоя от страните, всяка от тях може в двуседмичен срок от узнаването му да предложи писмено изменение на договора. Ако другата страна не приеме направеното предложение в двуседмичен срок от получаването му, предложителят може да прекрати договора, за което писмено уведомява другата страна. В този случай Застрахователят възстановява частта от платената премия, която съответства на неизтеклия срок на застрахователния договор. При настъпване на застрахователното събитие преди изменението или прекратяването на договора, Застрахователят не може да откаже плащане, но може да го намали съобразно съотношението между размера на платената премия и на премията, която трябва да се плати според реалния застрахователен риск.

(10) По време на действието на застрахователния договор Застрахованият

е длъжен да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпроси. Обявяването трябва да се извърши незабавно след узнаването им. При неизпълнение на задължението се прилагат съответно последиците по предходните алинеи.

Чл. 12. (1) Застрахователят има право да определи едно или повече ползвачи се лица, които заедно с техните права се посочват в Специалните условия. Ползвачо се лице може да бъде както Застрахователят, така и Застрахованият или друго физическо или юридическо лице, посочено от Застрахователя. При наличието на няколко ползвачи се лица, освен ако изрично не е уговорено друго, правата им са равни.

(2) Ако третото ползвачо се лице почине преди Застрахования и по застрахователния договор няма определени други ползвачи се лица, при настъпване на застрахователното събитие плащането на застрахователната сума по застрахователния договор се извършва на Застрахования или на неговите наследници, освен ако в застрахователния договор не е уговорено друго. Изречение първо се прилага и при прекратяване на юридическо лице, когато то е трето ползвачо се лице.

Чл. 13. (1) Договорът влиза в сила от деня, посочен в Специалните условия за начало на застрахователното покритие и при условие че е заплатена застрахователната премия или първата вноска от нея и Застрахованият е жив и работоспособен към този момент.

(2) Приемането на полицата от Застрахователя е възможно до 1 (един) месец от датата на издаването ѝ срещу неговия подпис и при платена първа премия. В случай че приемането на полицата не се изпълни в едномесечния срок по настоящата алинея, издадената полица се анулира от Застрахователя и се възстановява платената премия.

(3) Застрахователното покритие се прекратява в 24:00 часа на деня, посочен в застрахователния договор за край на срока.

Чл. 14. (1) Страните по договора, освен в предвидените в договора случаи, не могат едностранно да внасят промени в него.

(2) Застрахователят има право да извършва следните промени в застрахователния договор:

1. Промяна на разсрочеността на годишната застрахователна премия на премийни вноски – тази промяна трябва да бъде заявена не по-рано от 2 (два) месеца и не по-късно от 1 (един) месец преди поредна годишнина по договора и която, в случай че бъде приета от Застрахователя, ще влезе в сила от началото на поредната застрахователна година. Новата разсроченост трябва да отговаря на тази по основната застраховка с изключение на основна застраховка с еднократна премия.

2. Промени, които могат да бъдат заявени по всяко време през срока на действие на договора и които, в случай че бъдат приети от Застрахователя, ще влязат в сила от датата, на която Застрахователят ги одобри и отрази в системата за обслужване на договора:

2.1. промяна на ползвачите се лица – когато Застраховател и Застрахован са различни лица, правото на такава промяна по договора има Застрахователят с изричното съгласие на Застрахования;

2.2. промяна на Застрахователя, която е възможна само след като Застрахователят получи изрично писмено съгласие на стария Застраховател, новия Застраховател и Застрахования. Съгласие от стария Застраховател не се изисква, в случай че промяната се прави във връзка с неговата смърт;

2.3. промяна на постоянния адрес на Застрахователя (физическо лице) или на Застрахования, респективно седалището и адреса на управление на Застрахователя (юридическо лице).

(3) Искането за промени по ал. 2 се предявява чрез попълване от Застрахователя на заявление по образец на Застрахователя, като промените се извършват чрез подписване от страните по договора на добавък към него. Необходимо е и Застрахователят да попълни/предостави съответните изискуеми от действащото законодателство документи.

(4) За всяка промяна по ал. 2 се дължи такса за промени по договора в размер на 10 (десет) евро.

(5) В случай на смърт на Застрахователя преди Застрахования, ако страните не са уговорили друго, всеки, който има правен интерес, може да замести Застрахователя. Замянката става с писмено уведомление от заинтересованото лице до Застрахователя, към което се прилага акт за смърт на Застрахователя.

(6) При настъпване на законодателни промени или други промени на обстоятелства, независимо от Застрахователя, чиито последиствия не са могли да бъдат предварително предвидени и които биха могли да доведат до значителни промени в условията на предоставяне на застрахователна защита по застрахователния договор, Застрахователят може да предложи на Застрахователя промени в тарифите и условията по полицата. Промяната влиза в сила след съгласие на Застрахователя. При липса на съгласие от негова страна, изразено писмено и изрично в едномесечен срок, считано от датата на получаване на предложението, застрахователният договор се прекратява с изчитането на този срок.

(7) По застрахователната полица не може да се намалява застрахователният срок, не могат да бъдат правени промени на

Застрахования, с изключение на групови застрахователни договори, както и на всякакви други елементи на полицата извън посочените в ал. 2.

(8) При промяна на параметрите по основния застрахователен договор по застраховка „Живот“, Срочна застраховка „Живот“ или застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд, Застрахователят може да предложи промяна и на параметрите по тази допълнителна застраховка. В случай че промяната не бъде приета от Застрахователя, договорът може да бъде прекратен.

Чл. 15. (1) Застрахователният договор се прекратява с изтичането на срока, за който е сключен, със смъртта на Застрахования, както и в други случаи, предвидени в Кодекса за застраховането или в договора.

(2) Договорът може да бъде прекратен преди изтичането на застрахователния срок в следните случаи:

1. с едностранно изявление от Застрахователя до Застрахователя, в случай че застрахователният интерес отпадне по време на неговото действие;

2. в случай че Застрахованият се противопостави писмено пред Застрахователя срещу сключването на договора върху живота му – от датата на получаване на възражението;

3. в случай че Застрахователят почине преди Застрахования и преди да е платил цялата застрахователна премия (освен ако не е уговорено друго) и не е извършена замяна по реда на чл. 14, ал. 5;

4. в случай на забавяне плащането на премията или на някоя вноска от нея, или ако бъде платен по-малък размер от дължимата сума;

5. по взаимно съгласие на страните, изразено писмено.

(3) С прекратяването на основния застрахователен договор по застраховка „Живот“ или с трансформирането му в договор с намалена застрахователна сума, както и с прекратяването на основния застрахователен договор по застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд, автоматично от датата на прекратяването или трансформирането на основния застрахователен договор се прекратява действието на допълнителния застрахователен договор по тази застраховка.

РАЗДЕЛ VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл. 16. (1) Размерът на застрахователната премия се посочва в Специалните условия на договора. Тя зависи от покритите рискове по договора, срока на застраховката, застрахователната сума, възрастта на Застрахования (при групови договори – изчислената или преценената средна възраст на Застрахованите) и обявените данни в декларацията за здравословно състояние, професията и дейността му.

(2) Застрахователната премия и застрахователните суми се определят в еднаква валута.

(3) Възможните начини за плащане на застрахователна премия са посочени в Специалните условия.

Чл. 17. (1) Застрахователната премия по тази застраховка е годишна. Годишната премия става дължима в началото на застрахователната година, за която тя се отнася. Годишната премия може да бъде разсрочена на вноски с определен в договора срок на плащане. Ако годишната премия се плаща разсрочено (т.е. на равни вноски, по-чести от годишни), едногодишната поредица от разсрочени премиини вноски става дължима в началото на застрахователната година, а всяка поредна премиинна вноска става изискуема на датата на плащане (падежа), определена в Специалните условия.

(2) Начинът на плащане и валутата на застрахователната премия следват тези по основния договор.

(3) Застрахователната премия се заплаща както следва:

1. първата годишна застрахователна премия, а при разсрочването ѝ – първата разсрочена премиинна вноска от нея, се заплаща не по-късно от датата на входиране на заявлението за застраховане при Застрахователя, като плащането следва да е с основание номерът на заявлението за застраховане по начините за плащане, посочени в самото заявление;

2. следващите застрахователни премии/вноски след първата – не по-късно от първо число на всеки застрахователен период от една година или на разсрочени вноски съгласно уговорените падежи и начини за плащане в Специалните условия;

3. във валутата по договора.

(4) Ако през периода на действие на договора застрахователният риск значително се увеличи или намали, всяка от страните може да иска съответно увеличение или намаление на застрахователната премия или прекратяване на договора. В случай че промяната не бъде приета от другата страна, договорът може да бъде прекратен.

Чл. 18. (1) За дата на плащане на застрахователната премия се счита датата на заверяване на сметката на Застрахователя с дължимата сума.

(2) Застрахователната премия по тази застраховка се заплаща едновременно със застрахователната премия по основния застрахователен договор. Изключение се допуска при основна застраховка с еднократна премия.

(3) При неплащане на премията в уговорения в Специалните условия срок Застрахователят може да прекрати договора.

(4) Застрахователят може да упражни правото по предходната ал. 3 не по-рано от един месец от датата, на която Застрахователят е получил писмено уведомление от Застрахователя.

(5) Ако дължимата разсрочена вноска бъде заплатена след определения за нея в договора падеж, но преди да е изтекъл срокът на уведомлението по ал. 4, застраховката остава в сила при условията, при които е сключена.

РАЗДЕЛ VII. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл. 19. (1) Доказателство за настъпване на което и да е застрахователно събитие, покрито по договора, трябва да бъде предоставено и удостоверено от:

1. практикуващите в съответната област лекари специалисти с лицензирана медицинска дейност, които не могат да бъдат Застрахователят, Застрахованият, ползващите се лица или съответно партньор, съпруг/а, роднина;

2. изследвания, потвърждаващи настъпването на покрито по настоящите условия критично заболяване, които включват, но не се ограничават до клинични, рентгенови, радиологични, хистологични и лабораторни данни, както и

3. ако застрахователното събитие изисква извършване на хирургична процедура, тя трябва да бъде обичайното лечение за съответното състояние и да бъде необходима по медицински показания.

(2) Настъпването на застрахователното събитие се удостоверява от доверените медицински консултанти на Застрахователя. Застрахователят си запазва правото да изисква Застрахованият да се подложи на медицински прегледи и други необходими изследвания, които да потвърдят настъпването на критичното заболяване.

(3) При настъпване на застрахователно събитие ползващото се лице е длъжно писмено да уведоми Застрахователя и да представи следните документи (в оригинал или заверено копие), свързани с установяване на събитието:

1. заявление за изплащане на застрахователна сума – по образец;

2. документ за самоличност на ползващото се лице – копие;

3. експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, ако лицето е освидетелствано като лице с трайно намалена или загубена работоспособност във връзка с настъпилото критично заболяване;

4. акт или протокол за злоупотреба/протокол за ПТП, ако критичното заболяване е в резултат на злоупотреба;

5. химическа експертиза за наличие на алкохол в кръвта;

6. влязло в сила осъдително съдебно решение;

7. подробна и пълна медицинска документация за причината, началото, вида и протичането на заболяването, всички доклади и изследвания на лекари и лечебни заведения, които са преглеждали и лекували или продължават да лекуват Застрахования, епикризи и всички други документи от болнични заведения, центрове за рехабилитация или лечебни заведения, в които са провеждани прегледи, консултация или лечения преди и по време на заболяването;

8. формуляр за удостоверяване на критично заболяване, попълнено от лекуващия специалист – по образец на Застрахователя;

9. удостоверение за банковата сметка, по която да се извърши застрахователното плащане.

(4) Когато установяването и провеждането на лечение на критичното заболяване е проведено извън Република България, формулярът за удостоверяване на заболяването се попълва от доверен лекар специалист, определен от Застрахователя. Всички документи се представят на български език, преведени от заклет преводач.

(5) Застрахователят може да изисква и други документи за оценка на предявената застрахователна претенция и вземане на решение за извършване на застрахователно плащане.

(6) Ползващото се лице е длъжно да представи поисканите документи, свързани с установяването на събитието и определяне размера на застрахователното плащане. Застрахователят има право да откаже плащане на застрахователна сума, ако ползващото се лице представи неверни или преправени доказателства или документи.

(7) Застрахователят има право да удържа от плащанията по полицата всички извършени от него разходи, направени във връзка с недобросъвестно поведение от страна на Застрахователя/Застрахования.

РАЗДЕЛ VIII. ЛИМИТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ

Чл. 20. (1) Дължимата застрахователна сума при настъпване на покрит по полицата риск е посочена в Специалните условия.

Чл. 21 (1) Застрахователното плащане се извършва в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата на представянето пред Застрахователя

на всички необходими документи.

(2) Ако за изясняване 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 основанието 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.

(3) Когато не са предоставени всички доказателства, необходими за установяване на застрахователната претенция по основание и размер, Застрахователят е длъжен да се произнесе по претенцията не по-късно от 6 (шест) месеца от датата на нейното предявяване.

(4) Застрахователното плащане се извършва по посочена от ползващото се лице банкова сметка в Република България. Ако то заяви желание плащането да бъде направено по сметка извън Република България, разходите по превода са за негова сметка.

(5) Плащане към лицето, което има право да получи застрахователното плащане чрез пълномощник, се допуска само въз основа на изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписа, съдържащо изрично посочване на съответната застрахователна претенция, в което се съдържа изявление, че лицето (упълномощителят) е уведомен, че има право да получи плащането лично.

(6) Валутата, в която се извършва застрахователното плащане, е валутата по договора.

(7) В случай на смърт на Застрахования дължимата застрахователна сума се изплаща на законните наследници на Застрахования съгласно удостоверение за наследници, като общата сума се разделя поравно между тях.

(8) Когато застрахователното събитие е настъпило преди застрахователната премия да е издължена изцяло, Застрахователят може да удържи размера на неиздължената премия от размера на дължимото застрахователно плащане.

Чл. 22. (1) Общата сума на всички плащания по застрахователни претенции през целия срок на застрахователното покритие не може да надвишава посочената в договора застрахователна сума.

РАЗДЕЛ IX. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 23. (1) При сключване на застрахователния договор Застрахователят предоставя електронен адрес за кореспонденция. Първоначално посоченият адрес за кореспонденция може да бъде променен в срока на застрахователния договор, като тази промяна може да бъде извършена по всяко време и за нея не се заплаща такса. Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към Застрахователя, се изпращат на последния адрес за кореспонденция, който той е съобщил писмено на Застрахователя. Счита се, че Застрахователят е изпълнил задължението си за уведомяване, ако е изпратил съобщението на последния известен му адрес за кореспонденция на Застрахователя.

(2) За дата на уведомяването се счита датата на постъпване на съобщението в посочената електронна система. Връчването на електронното писмо се удостоверява с копие от електронния запис (разпечатка на електронното писмо).

(3) Съобщенията към Застрахователя са в писмена форма и следва да бъдат изпратени на хартиен носител или по електронен път на валиден адрес за кореспонденция на Застрахователя или да бъдат подадени на място във всеки негов офис.

Чл. 24. (1) В случай на загубване или унищожаване на полица, подписана на хартиен носител, Застрахователят трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахователят получава копието срещу декларация за невалидност на изгубения/унищожения екземпляр и заплащане на такса в размер на 10 (десет) евро. (2) В случай на загубване или унищожаване на полица, подписана като електронен документ, Застрахователят трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде изпратена повторно на адреса за кореспонденция.

Чл. 25. (1) ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД в качеството си на администратор на лични данни защитава и пази поверителността на личните данни при спазване изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент, Закона за защита на личните данни и Вътрешните правила и политики на Застрахователя. Предоставените лични данни се използват от Застрахователя за целите на сключване, обслужване, изпълнение на задължения и уреждане на претенции по застрахователни договори. Информация относно целите и условията, при които се обработват личните данни, е публикувана на сайта на Застрахователя на интернет адрес: www.bulstradlife.bg

(2) При сключване на застрахователен договор, както и по време на действието на договора Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно следните категории лични данни: възраст,

пол, здравословно и финансово състояние на лицето, чиито живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

(3) При настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до лични данни, съдържащи се в цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чиито живот, здраве и телесна цялост е застраховал, като може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето, с цел изпълнението на задълженията си по застрахователния договор.

(4) Застрахователят няма право без съгласието на съответното лице да разгласява станали му известни лични данни на трети страни освен в случаите, предвидени със закон, съгласно договорено между страните или при предотвратяване на застрахователни измами, както и във връзка със Закона за мерките срещу изпирането на пари.

(5) 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.

(6) Всяко лице, предоставило личните си данни, има право на достъп до тях и може свободно да упражнява правата си съгласно действащото законодателство за защита на личните данни и Вътрешните правила на Застрахователя.

Чл. 26. (1) При условие че настоящата клауза не нарушава конкретен национален закон или разпоредба, приложими за Застрахователя, независимо от условията по настоящия договор, Застрахователят не предоставя покритие, не носи отговорност за изплащане на обезщетение или предоставяне на други услуги по настоящия договор, доколкото подобно покритие, обезщетение или предоставяне на услуги би изложило Застрахователя на риск, свързан с приложими от Застрахователя търговски, финансови, ембаргови или икономически санкции, закони или регулаторни изисквания.

(2) Приложимите търговски, финансови, ембаргови или икономически санкции могат да бъдат следните:

- а) национални санкции;
- б) санкции на Европейския съюз (ЕС);
- в) санкции на Организацията на обединените нации (ООН);
- г) санкции на Съединените американски щати (САЩ);
- д) санкции на Великобритания;
- е) други санкции.

Чл. 27. Правата и задълженията по застрахователния договор, сключен при действието на тези Общи условия, се погасяват с 5 (пет) годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие. Вземанията за лихви върху застрахователното плащане, в случай че са възникнали такива, се погасяват с 3 (три) годишна погасителна давност.

Чл. 28. Не се допуска принудително изпълнение върху застрахователната сума.

Чл. 29. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

Чл. 30. Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане, са в тежест на ползващите се лица или техните наследници.

Чл. 31. (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.

РАЗДЕЛ X. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Общи условия са приети с решение на УС на ЗАД „Булстрад Живот“ АД по протокол № 19/19.04.2006 г.

§2. Тези Общи условия са изменени и допълнени с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 317/09.09.2021 г., в сила от 01.11.2021 г.

§3. Тези Общи условия са изменени и допълнени с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 338/09.06.2022 г.

§4. Тези Общи условия са изменени и допълнени с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 381/21.12.2023 г.

§5. Тези Общи условия са изменени и допълнени с решение на УС на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 448/09.07.2026 г.