

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „УНИКА с теб“ ОКОНЧАТЕЛНО ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА КРИТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ /РАК/

РАЗДЕЛ I. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

Общи положения

Член 1. (1) Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД, по-нататък наричана застраховател по тези Застрахователни условия (наричани по-долу Условия/Условията) за здравна застраховка “УНИКА с теб“ застрахова физически лица, наричани застрахован, в случай на диагностициране на злокачествено заболяване Рак при условията, посочени по-долу. Здравната застраховка се базира върху:

1. разпоредбите на Кодекса за застраховане и други норми на българското законодателство във връзка с положения, които не са уредени в тези Условия;

2. настоящите Общи условия;

3. писмените изявления на кандидата за застраховане, изложени в предложението за сключване на застраховка и във всички останали документи, имащи отношение към застрахователния договор.

(2) Териториалният обхват на застрахователното покритие включва застрахователни събития, настъпили на територията на целия свят.

(3) Застраховката се сключва в български лева.

Понятия и дефиниции

Член 2. Понятията, използвани в настоящите Условия и застрахователните договори, ще имат следното значение:

1. Застраховател: Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД е акционерно дружество с двустепенна система на управление, вписано в Търговския регистър при Агенция по вписванията с ЕИК: 831626729, оторизирана от Националния съвет по застраховане с разрешение за извършване на застрахователна дейност №27/ 10.08.1998 г. и допълнителен лиценз 1034 – ЖЗ/ 24.10.2012 г., което организира и привежда в изпълнение застраховката.

2. Застрахован/Застраховано лице: Физическо лице

3. Застраховач: Физическо или юридическо лице, както и всяка друга организация, която от името на и в интерес на застрахования и/или от свое име сключва договор за здравна застраховка със застрахователя и която поема задължението да извършва плащане на застрахователната премия.

4. Застрахователна сума: Договорената между страните и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя по застраховката, която застрахователят се задължава да изплати на застрахованото лице при настъпване на застрахователно събитие съгласно условията на договора.

5. Застрахователна премия: Определената в застрахователната полица парична сума, която застрахователят изисква да му бъде платена в замяна на поетите от него задължения по договора. Застрахователната премия или начина на определянето и се посочва в застрахователната полица.

6. Предложение за застраховане: Писмено предложение от кандидата за застраховане до застрахователя за сключване на застрахователен договор.

7. Кандидат за застраховане: Лицето, което желае да сключи застрахователен договор и за тази цел подава писмено предложение до застрахователя за сключване на застрахователния договор.

8. Здравна декларация: Писмен въпросник за здравословното състояние на застрахования.

9. Застрахователен договор: Състои се от тези Условия, застрахователна полица, предложение за сключване на застраховка, здравен въпросник, Специални условия и добавъци, ако има издадени такива, както и всички останали писмени договорености между страните.

10. Застрахователна полица: Част от договора, която съдържа имената на страните по застрахователния договор, адреси, застрахователни покрития, лимити и условия, застрахователната премия, срокове по застраховката, както и подписите на страните по договора.

11. Добавък: Извънредна част от договора, която съдържа промени или допълнения към него, както и подписите на страните по договора.

12. Застрахователен период: Периодът от дванадесет (12) месеца, отброяван от датата, посочена в застрахователната полица като начало на застрахователния договор.

13. Застрахователен риск: Обективно съществуваща вероятност от настъпване на вредоносно събитие, възникването на което е несигурно, неизвестно и независимо от волята на застраховачия, застрахования или ползващото лице.

14. Застрахователно събитие: Събитие, настъпило със застрахования през срока на застрахователния договор, което води до реализиране на покрит риск по настоящите условия, при настъпване на който застрахователят трябва да плати застрахователната сума. По тези условия застрахователно събитие е окончателно диагностициране на злокачествено новообразуване Рак, потвърдено от медицински експерти предоставящи услугата чрез MediGuide.

15. Болест: Анормално според общопризнатото ниво на медицинската наука телесно или душевно състояние.

16. Предварително съществуващи заболявания или състояния: Означава всяко здравословно състояние, което е последствие от някое предишно установено заболяване, или което е изисквало болнично лечение, или лекарствени средства преди влизането в сила на застрахователния договор, т.е. преди началото на застраховката, с което застрахованият е бил запознат към момента на сключване на застрахователния договор или не е спазил медицински препоръки за установяване на медицинско състояние.

17. Отлагателен период: Периодът от време от началото на застрахователния договор, през който застрахователят не предоставя застрахователно покритие. Събития, настъпили

със застрахования през този период не се приемат за застрахователни събития.

18. Второ медицинско мнение: структуриран процес за второ медицинско мнение на основата на задълбочен преглед на медицинската информация за застрахования и допълнителните диагностични материали, дадено от световно признат експерт по медицина. Предоставянето на тази услуга се организира от MediGuide.

19. MediGuide: американска компания, партньор на ЗК „УНИКА Живот“ АД, международен лидер в предоставяне на услугата Второ Медицинско Мнение. Компанията осъществява дейност от 1999 г. като предоставя услугите на водещи световноизвестни медицински клиники по целия свят, специализирани в диагностициране и лечение на различни заболявания, като например Harvard Medical School Teaching Hospitals и London's King College Hospital. MediGuide извършва регулярна оценка на списъка си с медицински клиники и го актуализира, с цел предоставяне на качествени услуги по осигуряване на второ медицинско мнение. Компанията развива широка клиентска мрежа на всички големи пазари и разполага с активна клиентска база в 35 страни на 4 континента.

РАЗДЕЛ II. ПРЕДМЕТ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Член 3. (1) По силата на настоящите условия срещу получаване на застрахователна премия застрахователят се задължава да предостави:

1. Изплащане на фиксирана парична сума при окончателно диагностициране на злокачествено новообразувание (Рак) на застрахования, настъпило в срока на застрахователния договор. Правото за получаване на фиксираната парична сума е на застрахования;

2. Право на ползване от застрахования на услуга „Второ медицинско мнение“, предоставено му от първокласни водещи световноизвестни медицински клиники, за получаване на професионално лекарско мнение и независима оценка на поставена му вече диагноза и предписан план за лечение за заболявания или състояния, включени в списъка за „Второ медицинско мнение“. Ползването на услугата се реализира със съдействието на компания партньор MediGuide.

(2) Застрахователното покритие по тази застраховка се предоставя под формата на застрахователни пакети „Комфорт“ и „Престиж“, формираны предварително и размерът на максималната отговорност на застрахователя зависи от избора на застрахователния пакет.

(3) Условията за размера на застрахователното покритие се посочват в застрахователната полица и не подлежат на промяна. Застрахователят носи отговорност само за посочените в застрахователната полица застрахователни покрития.

РАЗДЕЛ III. ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

Член 4. (1) Застраховат се дееспособни физически лица на възраст от 18 навършени години до 55 навършени години към началото на застраховката. Застраховката се прекратява с изтичане на годината, в която застрахованото лице навърши 65 години. Възрастта на застрахованото лице се определя като разлика между календарната година на началото на застраховката и годината на раждане.

(2) Не се застраховат лица със загубена работоспособност над 50%.

(3) Не се застраховат недееспособни лица.

РАЗДЕЛ IV. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР

Член 5. (1) Застрахователният договор се сключва в писмена форма и се документира със застрахователна полица, издадена от застрахователя.

(2) Застрахователният договор се счита за сключен, когато застрахователната полица е подписана от застрахователния застрахователя.

(3) Съгласно настоящите Условия се сключват индивидуални

застрахователни договори.

С такъв договор се застрахова само едно физическо лице.

Срок и прекратяване на застрахователния договор

Член 6. (1) Застраховката се сключва за определен срок 1 (една) или повече години, като началото е винаги 1-во число на месеца, следващ месеца на предложението. Договорът се продължава за всеки следващ застрахователен период със заплащане на дължимата застрахователна премия, като се отчита новата възраст на застрахованото лице до достигане на максимално допустимата възраст определена в настоящите условия.

(2) Договорът може да бъде прекратен от всяка една от договорните страни без неустойки или други разноски с едномесечно писмено предизвестие. Прекратяването на договора влиза в сила от края на текущия застрахователен период.

(3) Независимо от срока на действие на застрахователния договор, застраховката ще бъде прекратена за всеки застрахован, в случай на:

1. Изтичане на платения застрахователен период;
2. Изплащане на застрахователната сума за окончателно диагностициране на злокачествено новообразувание /Рак/;
3. Смърт на застраховано лице;
4. С изтичане на годината, в която застрахованото лице навършва 65 години;

(4) Застрахователният има право да се откаже от застрахователната полица в 30 (тридесет) дневен срок след началото на полицата, като изпрати писмена молба до застрахователя.

При отказ от застрахователно покритие по време на 30 (тридесет) дневния период застрахователният не дължи плащания към застрахователя. При платена застрахователна премия застрахователят дължи връщане на същата, като удържа премия за времето, през което е носил риск.

Начало и край на застрахователния договор и застрахователното покритие

Член 7. (1) Застрахователният договор влиза в сила в 00:00 часа на датата, посочена в застрахователната полица като начало на застраховката, при условие че премията или първата вноска по премията е била платена, освен ако не е договорено друго.

(2) Ако първата договорена премия не е била платена до датата, отбелязана в полицата за начало на застраховката, застрахователният договор влиза в сила от 24:00 часа на датата, на която е била платена първата договорена премия в нейния пълен размер.

(3) Застрахователното покритие и отговорността на застрахователя влизат в сила от 24:00 часа на датата, на която изтича съответният отлагателен период, при условие че е платена премията или първата вноска от нея, освен ако не е договорено друго.

РАЗДЕЛ V. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА И ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Застрахователна сума

Член 8. (1) Застрахователната сума е посочената в застрахователната полица парична сума, представляваща горната граница на отговорност на застрахователя при настъпване на застрахователно събитие съгласно условията на договора.

1. За застрахователен пакет „Комфорт“ застрахователната сума е в размер на 7 500 /седем хиляди и петстотин/ лева;
2. За застрахователен пакет „Престиж“ застрахователната сума е в размер на 15 000 /петнадесет хиляди / лева.

(2) Общият размер на застрахователната сума по всички застрахователни договори, сключени по настоящите условия, по отношение на едно и също застраховано лице се ограничава до 30 000 лева. Застрахователят няма да дължи сума по-голяма от горепосочената независимо дали е по един или няколко договора, сключени по настоящите условия.

Застрахователна премия

Член 9. (1) Застрахователната премия, посочена в застрахователната полица е годишна и се определя от застрахователя в зависимост от възрастта на застрахованото лице.

(2) При преминаване в нова възрастова група на застрахованото лице, застрахователната премия се актуализира към началото на новия застрахователен период.

(3) Дължимата първа застрахователна премия се заплаща от застрахователя при сключване на застраховката.

(4) Всяка следваща вноска се дължи най-късно до 00.00 часа на падежните дати, посочени в дебит нотата, която е неразделна част от застрахователната полица. Плащанията могат да се извършат:

1. в брой, срещу електронна разписка по образец на застрахователя в офисите на дружеството или при упълномощен за това от застрахователя застрахователен посредник;

2. по безкасов път чрез банков превод или електронно плащане.

(5) Когато премията се заплаща безкасово, преводът се счита за направен от датата на заверяване на сметката на застрахователя. Таксите за преводи са за сметка на застрахования.

(6) Текущите разсрочени вноски от застрахователната премия могат да бъдат плащани, като застрахованият упълномощи изрично застрахователя да събира дължимите разсрочени вноски чрез задължаване на сметката на застрахования, като използва формата за безналично плащане „Директен дебит“. В този случай при падеж на разсрочена вноска от застрахователната премия, тя се събира от посочената от застрахования сметка.

Последствия от неплащане на застрахователната премия

Член 10. (1) Ако дължимата първа застрахователна премия не бъде заплатена до датата на падежа, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития.

(2) При продължаване на застраховката за следващ застрахователен период, ако не бъде заплатена дължимата застрахователна премия до 00:00 часа на датата, определена за начало на новия застрахователен период, застрахователят не носи отговорност за настъпили събития от началото на новата застрахователна година. Ако дължима текуща вноска от разсрочена премия не бъде платена до 24:00 часа на петнадесетия ден от датата на падежа на вноската или не бъде постигната договореност между страните за удължаване срока за плащането ѝ, застрахователят прекратява договора без допълнително писмено уведомяване на застрахования от застрахователя.

(3) Ако премията не е платена своевременно застрахователят има право да начисли лихва за забава.

(4) Вземането на застрахователя за застрахователна премия се погасява в срок от три години, считано от датата на съответния падеж.

РАЗДЕЛ VI. ОТЛАГАТЕЛЕН ПЕРИОД

Член 11. (1) Отлагателният период е периодът от време, през който застрахователят не носи отговорност, в случай че настъпи застрахователно събитие, независимо от факта, че застрахователният договор е в сила.

(2) Отлагателният период започва от датата на влизане в сила на застрахователния договор.

(3) Отлагателният период по настоящите условия е 180 (сто и осемдесет) дни.

РАЗДЕЛ VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

Член 12. (1) Окончателно диагностициране на злокачествено новообразуване (карцином - СА). Злокачествено новообразуване (карцином - СА) е тумор, характеризиращ се с неконтролируем растеж и разпространение на злокачествени клетки с инвазия на нормалните тъкани. Диагнозата за

злокачествен тумор (рак) трябва да е потвърдена клинично, хистопатологично и съгласно класификация на заболяванията по Международната класификация на туморите (МКТ). Ракът включва също: злокачествени заболявания на кръвта, кръвотворните органи и лимфната система, включително левкемия, злокачествена лимфома Болест на Ходжкин (рак на лимфните жлези), злокачествено заболяване на костите и саркома.

(2) За застрахователно събитие се приема само злокачествено новообразуване, което е диагностицирано за първи път в живота на застрахования през срока на застраховката след изтичане на отлагателния период, и за което са предоставени потвърждаващите диагнозата медицински прегледи и изследвания.

(3) Поставената диагноза следва да се потвърди чрез второ медицинско мнение от експерти в съответната медицинска област.

Застрахователят приема наличието на застрахователно събитие, единствено и само, ако докладът на експерта по второто медицинско мнение потвърди поставената диагноза за злокачествено новообразуване.

(4) За дата на настъпване на застрахователното събитие, застрахователят ще приема датата на получаване на доклада от второ медицинско мнение. Ако застрахованият почине преди получаването на заключението на експертите застрахователят не дължи изплащане на обезщетение.

(5) При окончателно диагностициране на злокачествено новообразуване застрахователят се задължава да изплати на застрахования 100% от договорената в полицата застрахователна сума.

(6) Застрахователно обезщетение, определено по тези Условия се изплаща само веднъж при възникване на едно или повече от покритите заболявания по време на срока на валидност на застраховката, независимо дали са възникнали едновременно или последователно.

Член 13. (1) Предоставяне на „Второ медицинско мнение“, което включва:

1. Потвърждение, отхвърляне или промяна на вече поставената диагноза;

2. Оценка на назначения курс на лечение с препоръки за продължаването му или предложение за алтернативни начини на лечение и/или терапия.

(2) Застрахователното покритие „Второ медицинско мнение“ може да се ползва от застрахования за поставена му диагноза и план за лечение единствено и само за заболявания или състояния, включени в списъка за „Второ медицинско мнение“. Актуалният и пълен списък със заболявания и състояния е наличен на корпоративния сайт на застрахователя www.uniqa.bg.

(3) В покритието „Второ медицинско мнение“ се включват и заболявания, които са били диагностицирани преди сключването на застраховката.

(4) Застрахованото лице има право да се възползва от покритието „Второ медицинско мнение“ толкова често, колкото е необходимо без прилагане на ограничения, при диагностициране на различни заболявания или състояния. За една диагноза покритието може да се използва един път.

(5) Медицинските специалисти, които изготвят доклад за Второ медицинско мнение дават своето становище на база информацията, която им е предоставена от застрахованото лице или от негов представител. Лекарите, които предоставят окончателен доклад за второ медицинско мнение не вземат предвид реалното медицинско състояние на застрахованото лице (което може да се различава от приложената документация), тъй като не провеждат медицински прегледи.

РАЗДЕЛ VIII. ИЗКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Член 14. (1) По настоящите застрахователни условия застрахователят не е в отговорност и не дължи изплащане на за-

страхователно обезщетение във връзка с диагностициране на злокачествено новообразуване при следните случаи:

1. Когато злокачественото новообразуване е възникнало и диагностицирано преди влизане в сила на застраховката, както и рецидиви и метастази вследствие това състояние, дори когато са се проявили в срока на застрахователния договор;
2. Всички доброкачествени тумори;
3. „Ин ситу“ (неинвазивен) карцином - злокачествен тумор в прединвазивна фаза, който е ограничен до епитела, в който е възникнал, и който не навлиза в стромата на околните тъкани;
4. Злокачествено новообразуване на кожата, когато диагнозата е различна от злокачествен меланом на кожата стадий IA;
5. Ранна форма на рак на простатата, освен ако не е прогресирал минимум до стадий T2N0M0 по TNM-класификацията (Международна класификация на злокачествените новообразувания);
6. Папиларен или фоликуларен карцином на щитовидната жлеза, хистологично диагностициран като T1a (тумор с размер до 1 см или по-малко), ако няма наличие на метастази в лимфните възли и/или отдалечени метастази;
7. Всички злокачествени тумори при наличие на какъвто и да било вирус на човешка имунна недостатъчност (HIV инфекция),
8. Цервикална интраепителна неоплазия със стадий CIN-1, CIN-2 и CIN-3;
9. Всякакви разходи за лечение, допълнителни изследвания или по-нататъшни консултации с лекар.

Член 15. (1) По настоящите застрахователни условия застрахователят не е в отговорност за покритието „Второ медицинско мнение“ в следните случаи:

1. Оценка на поставена диагноза и план за лечение за заболявания или състояния, които не са включени в списъка за „Второ медицинско мнение“ на MediGuide.
2. Всякакви разходи за лечение, допълнителни изследвания или по-нататъшни консултации с лекар.

РАЗДЕЛ IX. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ И ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Член 16. (1) За да получи застрахователно обезщетение при окончателно диагностициране на злокачествено новообразуване, застрахованият трябва да заяви настъпването на застрахователното събитие пред застрахователя като подаде претенция за плащане на обезщетение по образец на застрахователя. В допълнение към претенцията за изплащане на обезщетение се прилагат следните документи:

1. Доклад от второ медицинско мнение;
2. Копие на актуалната Ви лична карта или друг документ за идентификация, съдържащ идентифицираща снимка;
3. При наличност се предоставя застрахователна полица (оригинал или копие) и всички добавъци към нея;
4. Епикризи за проведени стационарни лечения и хистологични резултати, в случай че има такива;
5. Амбулаторни листа;
6. Медицински талон-направление, рентгенови снимки, всички медицински документи и изследвания, относно причините, началото и вида на заболяването;
7. Всички медицински доклади на всички лекари, които са прегледали и лекували застрахования в миналото и на тези, които в момента лекуват застрахования;
8. При настъпване на застрахователно събитие застрахователят може да поиска допълнителна информация, необхо-

дима за установяване на застрахователното събитие или обхваща на задължението за изплащане на обезщетение. Не се допуска изискване на доказателства, с които застрахованото лице не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

9. Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие. Застрахователят разглежда и съобразява представените медицински документи и допълнително поисканите от застрахователя документи.

(2) Застрахователят изплаща договореното обезщетение в срок до петнадесет (15) работни дни от деня, в който са предоставени всички необходими доказателства и документи във връзка с настъпилото застрахователно събитие. Застрахователят заплаща застрахователното обезщетение по сметка на застрахования, която е посочена в подадената претенция за застрахователното събитие.

(3) Право да получи застрахователно обезщетение за окончателно диагностициране на злокачествено новообразуване има само застрахованото лице.

Член 17. (1) Ползването на услугата "Второ медицинско мнение" се извършва при спазване на следната технология:

1. Лице, което е застраховано с настоящата застраховка е диагностицирано със заболяване включено в списъка за „Второ медицинско мнение“ и диагнозата е отразена в официален медицински документ;

2. Ако застрахованият желае да получи второ мнение той, лекуващият го лекар или друг негов представител трябва да се свържат с MediGuide на безплатен телефон 00800 118 1134, за да заявят „Второ медицинско мнение“;

3. MediGuide определя 3 /три/ водещи световноизвестни медицински клиники, които могат да дадат мнение и изготвят доклад, и предоставя имената им на застрахованото лице/негов представител;

4. Застрахованият избира една от предложените медицински клиники, от която желае да получи второ медицинско мнение;

5. Застрахованият/негов представител и MediGuide събират медицинската документация за диагностицираното състояние/заболяване и я изпращат до избраната медицинска клиника;

6. В срок до 10 работни дни от изпращането на медицинската документация, застрахованият/негов представител ще получат писмен доклад относно диагнозата и плана на лечение от медицинската клиника;

(2) MediGuide спазва всички приложими закони за защита на личните данни при предаване на медицинска документация и информация. Всички разговори и текуща кореспонденция остават строго конфиденциални.

(3) Второто медицинско мнение се получава безплатно от застрахования срещу платената от него застрахователна премия. Разходите са за сметка на Застрахователя и MediGuide.

(4) Когато полученото Второ медицинско мнение се различава от първоначалната диагноза или план за лечение, MediGuide ще предостави всички възникнали допълнителни въпроси за разглеждане от медицинската клиника, която е предоставила доклада. В определени случаи MediGuide могат да осигурят допълнително второ мнение от друга водеща медицинска клиника.

(5) ЗК „УНИКА Живот“ АД не участва в процеса по осигуряване на Второ медицинско мнение и няма достъп до медицинската документация и предоставеното Второ медицинско мнение от MediGuide. Застрахователят не носи отговорност за точността или валидността на Второто медицинско мнение, както и за неправилното му и грешно интерпретиране. Застрахователят не е отговорен за имуществените, финансови или неимуществените нефинансови последици от не-приложено или ненавременено предоставено Второ медицинско мнение.

РАЗДЕЛ X. ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Член 18. (1) При попълване на предложението за сключване на застраховка застраховачият заявява и адрес на електронна поща (e-mail) и номер на мобилен телефон, на който/който ще получава съобщения от застрахователя за размера на дължимата застрахователна премия и др.

(2) При промяна на заявените адрес на електронна поща и/или номер на мобилен телефон, застраховачият следва да уведоми за това застрахователя и да съобщи за новият си e-mail адрес или телефонен номер, в кратък срок.

(3) Ако застрахователят не е уведомен за промяната, всички съобщения се изпращат на заявения в предложението за сключване на застраховката e-mail адрес, като всички съобщения се считат от застрахователя за връчени и получени с всички предвидени в закона или застрахователната полица правни последици.

РАЗДЕЛ XI. ПРОЦЕДУРА ЗА ПОДАВАНЕ НА ЖАЛБИ

Член 19. Застрахованият има право при неудовлетворение от обема и качеството на предоставените му услуги да подаде писмена жалба до застрахователя. Политиката за управление на жалбите на ЗК „УНИКА Живот“ АД е публикувана на интернет страницата на компанията www.uniqq.bg.

РАЗДЕЛ XII. ДАНЪЦИ И ТАКСИ

Член 20. (1) Дължимите държавни такси и данъци във връзка със застрахователния договор се определят съгласно българското законодателство към релативния момент на въз-

никването им и са за сметка на застрахования/застраховачия в зависимост от естеството им.

(2) Застрахователят също така има право за оказвани допълнителни услуги като: издаване на дубликати и други да взема служебно-административна такса. Размерът на таксите се определя от застрахователя и се заплаща преди оказването на услугата.

РАЗДЕЛ XII. ДАВНОСТ И ПОДСЪДНОСТ

Член 21. (1) Договорните отношения между застраховачия/застрахования и застрахователя се уреждат от условията на застрахователния договор, настоящите Условия, Кодекс за застраховането и българското законодателство.

(2) Възникналите по застрахователните договори спорове между застрахователя от една страна и застраховачия/застрахования, върху чийто живот и здраве е сключена застраховката, или ползващите лица от друга, се уреждат по доброволен начин. В случаите, когато споровете не могат да бъдат уредени по доброволен начин, се решават по съдебен ред от компетентен български съд.

(3) За неуредени в настоящите Условия въпроси се прилага българското законодателство.

(4) Всички права, произтичащи по тази застраховка, се погасяват с изтичане на 5 (пет) години от датата на настъпване на застрахователното събитие.

(5) Настоящите Условия могат да бъдат допълвани или променени, но промените имат сила към съответен застрахователен договор само тогава, когато се основават на писмена договореност между страните, отразена в застрахователната полица или в добавъци към нея.

Настоящите Общи условия са приети с решение на Управителния съвет на ЗК "УНИКА Живот" АД от 10.06.2019г. и влизат в сила от 01.07.2019г.

Застрахователят предоставя на застраховачия екземпляр от настоящите Общи условия, съдържащ /5/ страници.

ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ: _____
/подпис и печат/

Долуподписаният, _____,
декларирам, че получих екземпляр от настоящите , Условия, съдържащ 5 (пет) страници, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Дата: _____

Подпис: _____