

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, застрахователната полица 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). В застрахователната полица се съдържат конкретните имена, адреси, срокове, дати, суми и условия, както и подписите на страните по договора. Субсидиарно приложение намира българското законодателство.

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

3. Страни по договора са Застрахователят и Застрахованият.

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

5. Застраховач е физическо или юридическо лице, посочено в договора, което сключва същия и плаща застрахователната премия.

6. Застрахован може да бъде физическо лице, български и/или чуждестранен гражданин, продължително, дългосрочно или постоянно пребиваващ на територията на Република България.

7. Ползващо се лице (бенефициент) в случай на смърт на Застрахованото лице са законните наследници. За всички останали обезщетения ползващо се лице е Застрахованият, освен ако не е упоменато друго.

8. Група е предварително формирана общност от не по-малко от две лица, сключващи застраховка „Пътуване в чужбина“.

9. Недееспособно лице е малолетно лице, което не е навършило 14 (четиринадесет) години, или лице, което е поставено под запрещение.

10. Асистираща компания е юридическо лице, което по силата на сключен със Застрахователя договор предоставя асистанс при настъпване на застрахователно събитие и която Застрахованият следва да уведоми при настъпване на застрахователно събитие.

11. Асистанс е група от услуги/дейности на асистиращата компания за оказване на професионална помощ при настъпване на застрахователно събитие.

12. Срок на застраховката е срокът, за който е сключен застрахователният договор.

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

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 настоящата застраховка риск.

15. Застрахователна сума (лимит на отговорност) е договорената между страните и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на Застрахователя към Застрахования, Застрахования или третото ползващо се лице.

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

17. Злополука е непредвидено, случайно и внезапно събитие, настъпило през периода на застрахователното покритие, с външен за Застрахования произход и против неговата воля, което причинява на Застрахования смърт или телесно увреждане (напр. открито или вътрешно нараняване, счуване 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.).

18. Заболяване е съвкупност от оплаквания и клинични прояви, диагностицирани в лицензирано лечебно заведение за първи път през срока на застраховката и регистрирани в официален медицински документ. За дата на настъпване на заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

19. Акутно заболяване е заболяване или болест с остро, внезапно и непредвидено начало, представлява опасност за живота или здравето на застрахования, има тежки симптоми и кратка продължителност, включително всякакви интензивни симптоми като например силна болка и изисква спешна и неотложна медицинска помощ.

20. Професионално заболяване е заболяване, за което е издаден акт за професионално заболяване от диагностична лекарска комисия.

21. Предварително съществуващо заболяване, увреждане или състояние е заболяване, нараняване, медицинско състояние или симптом:

21.1. за които са били потърсени или получени, или са били предвидими лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране от страна на Застрахованото или ползващото се лице преди началото на полицата за Застрахованото лице или

21.2. чийто произход е от или за което Застрахованото лице е знаело, че съществува преди началото на полицата, независимо дали са били потърсени или получени лечение или медикаменти, или консултации, или диагностициране.

Section I. DEFINITIONS

Art. 1. The terms used in these General Terms and Conditions shall have the meanings defined below:

1. Insurance contract, also referred to as an Insurance Policy or for short as the „Contract“ or the „Policy“ is concluded in writing. These General Terms and Conditions, the Insurance Policy and any Addenda thereto are an integral part of the Insurance Contract, as well as any notices, declarations, consents signed by the parties to comply with the requirements of the General Data Protection Regulation (Regulation (EU) 2016/679). The Insurance Policy contains specific names, addresses, terms, dates, amounts and conditions as well as the signatures of the contractual parties. Bulgarian legislation grants subsidiary application.

2. Addendum is a supplementary part of the Contract that contains changes or additions to it.

3. Parties to the contract are the Insurer and the Policyholder.

4. Insurer is Solely Owned Joint Stock Insurance Company (ZEAD) BULSTRAD LIFE VIENNA INSURANCE GROUP EAD, with registered office: 1301 Sofia, 6 „Sveta Sofia“ Street.

5. Policyholder is the natural or legal person named in the Contract who concludes it and pays the insurance premium.

6. Insured may be a natural person, Bulgarian and/or foreign citizen, with prolonged, long-term or permanent residence on the territory of the Republic of Bulgaria.

7. Beneficiary in the case of the Insured's death are the legal heirs. Concerning any other indemnity, beneficiary shall be the Insured, unless otherwise specified.

8. Group is a pre-formed community of not less than two persons concluding Travel Abroad Insurance.

9. Incapacitated Person is a minor who has not attained the age of 14 (fourteen) years or a person who has been placed under guardianship.

10. Assistance Company is a legal entity which provides assistance, under a contract with the Insurer, upon occurrence of an insured event and upon such occurrence the Insured needs to inform the Assistance Company thereof.

11. Assistance is a bundle of services/activities of the Assistance Company to provide professional help upon occurrence of an insured event.

12. Insurance period is the period for which the insurance contract is concluded.

13. Period of insurance coverage is the period during which the Insurer covers the risk defined in the insurance.

14. Insured event is an event occurring during the Insurance Period which gives rise to insurance liability in case a risk covered under this insurance occurs as a result of that event.

15. Sum insured (limit of liability) is the amount of money agreed by the parties and specified in the Insurance Contract, representing the upper limit of the Insurer's liability to the Policyholder, the Insured or the third party beneficiary.

16. Insurance premium, hereinafter referred to as the „Premium“, is the amount required by the Insurer in return for its liabilities under the Insurance Contract.

17. Accident is an unexpected, random and sudden event occurring during the period of insurance coverage, of an origin external to the Insured and against his/her will, which causes the Insured death or bodily injury (e.g. open or internal injury, fracture or rupture of a bone, dislocation of a joint, rupture or stretching of a tendon or muscle, scalding or frostbite of a bodily surface, poisoning, suffocation or drowning, etc.).

18. Illness is a set of symptoms and clinical manifestations diagnosed in a licensed medical facility for the first time during the Insurance Period and recorded in an official medical document. The date of onset of the illness is the date of primary diagnosis.

19. Acute illness is an illness or disease with an acute, sudden and unexpected onset, which poses a danger to the life or health of the insured, has severe symptoms and a short duration, including any intense symptoms such as severe pain, and requires urgent and emergency medical attention.

20. Occupational disease is a disease for which a diagnostic medical commission has issued a certificate of occupational disease.

21. Pre-existing disease, impairment or condition means a disease, injury, medical condition or symptom

21.1. for which treatment or medication or advice or diagnosis has been sought or obtained or was foreseeable by the Insured or Beneficiary prior to the commencement of the policy for the Insured Person, or

21.2. the origin of which was acknowledged or known by the Insured Person to exist before the commencement of the policy, whether or not treatment or medication or advice or diagnosis was sought or obtained.

22. Chronic disease is a disease of a single organ or organ system, beginning acutely or with complaints that occur at intervals of varying duration with recurring symptoms over a period longer than one year.

23. Epidemic is the rapid and widespread spread of a particular disease that goes far beyond what is usual and expected, within a defined geographical area and over a relatively short period of time.

22. Хронично заболяване е заболяване на отделен орган или система от органи, започващо остро или с оплаквания, които се проявяват през различни по продължителност интервали с повтарящи се симптоми за период, по-дълъг от една година.

23. Епидемия е бързо и масово разпространение на определено заболяване, което значително надхвърля обичайното и очакваното, в рамките на определен географски район и за сравнително кратък период от време.

24. Пандемия е вид всеобхватна епидемия, засягаща голям регион, континент или целия свят и характеризираща се с появата на нов вирус или инфекциозен носител, срещу който човешката популация няма имунитет.

25. Карантина е задължителна изолация и/или лечение в домашни условия, наложено на застрахованото лице със заповед на правителството или орган на властта, тъй като застрахованото лице страда от заразна болест (включително епидемична или пандемична болест като Covid-19) или защото се предполага, че застрахованото лице се е заразilo с такава болест.

26. Коронавирус заболяване е тежък остър респираторен синдром коронавирус-2 (SARS-CoV-2) и заболяването, свързано с него COVID-19.

27. Трайно намалена или загубена работоспособност (инвалидност) е окончателно и невъзстановимо намалена или загубена способност на Застрахования за извършване на обичайни действия и занятия вследствие нарушена функция на отделен орган или на целия организъм, настъпили през периода на застрахователното покритие. Трайно намалената или загубена работоспособност се определя в проценти от Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) или Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК) и се потвърждава от доверения лекар на Застрахователя или Застрахователна медицинска комисия (ЗМК) при Застрахователя. За дата на настъпване на трайно намалената или загубена работоспособност се приема датата на инвалидизиране, посочена в решението на ТЕЛК/НЕЛК или ЗМК.

28. Непредвидени и неотложни медицински разходи са медицински разходи, спешно наложени се в резултат на злополука или внезапно започнало акутно заболяване, чието неизвършване би довело до постоянна опасност за здравето на застрахования и/или сериозно влошаване на телесните функции и/или други сериозни последици, касаещи здравето и живота на Застрахования. Не са непредвидени и неотложни медицински разходи, разходите за лечение на хронични заболявания, при които симптомите са близки до тези на акутните заболявания, но които са съществували преди началото на срока на застраховката, освен ако проявлението на хроничното заболяване е внезапно възникнало усложнение, протичащо остро, изискващо спешна и неотложна медицинска намеса и застрашаващо живота на Застрахования.

29. Лекар е лице с висше медицинско образование, което има право да упражнява медицинска професия в съответствие с действащото законодателство на страната, в която работи.

30. Болница е лицензирано здравно заведение по законодателството на страната, в която се намира, за провеждане на хоспитализация (болнично лечение), в което се извършва преглед, изследване, диагностициране и лечение на Застрахования. Не са болница лечебните заведения за извънболнична помощ, специализираните медицински заведения за лечение на хронично- и психичноболни, алкохолнозависими, наркозависими, както и бальнеосанаториални, профилактични и почивни медицински заведения, домове за социални грижи, клиники за естетична медицина и други подобни.

31. Болничен престой (хоспитализация) е минимум 24 (двадесет и четири) часа престой на Застрахования в болница, извършен по лекарско предписание с цел неотложно изследване, консултация, диагностициране, лечение.

32. Лекарствени средства и медикаменти са тези лекарствени средства или медикаменти, които са разрешени за употреба и продажба в съответствие с изискванията на действащото законодателство и са предписани от правоспособен лекар, предназначени и касаещи лечението на Застрахования във връзка с настъпила злополука и/или акутно заболяване, с оглед възстановяване на здравето и работоспособността му, в рамките на периода на застрахователното покритие. Лекарствените средства и медикаменти трябва да са закупени до 7 (седем) дни от предписването им.

33. Разходи за медицински транспорт са необходимите и действително извършените разходи за превоз по спешност на Застрахования със специализиран медицински транспорт от мястото на злополуката или мястото, където е настъпило акутното заболяване, до най-близкото лечебно заведение за оказване на спешна и неотложна медицинска помощ. При телесно увреждане или внезапно заболяване на Застрахования, за което медицинският екип и обслужващият лекар препоръчват хоспитализация, Асистиращата компания ще уреди и плати за:

33.1. прехвърлянето на Застрахования в най-близката болница;

33.2. ако е необходимо по лекарски съображения:

33.2.1. прехвърлянето на Застрахования с необходимия медицински надзор по какъвто и да е начин (включително, но без да се ограничава с тях, със санитарен самолет, редовен търговски полет и линейка) до болница, по-подходящо оборудвана за конкретното телесно увреждане или заболяване, или

24. Pandemic is a type of widespread epidemic affecting a large region, continent or the entire world and characterized by the emergence of a new virus or infectious agent to which the human population has no immunity.

25. Quarantine means compulsory isolation and/or home treatment imposed on an Insured by order of a government or authority because the Insured is suffering from a communicable disease (including an epidemic or pandemic disease such as Covid-19) or because the Insured is suspected to have contracted such a disease.

26. Coronavirus disease is severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) and its associated disease COVID-19.

27. Permanently reduced or lost working capacity (disability) is the Insured's permanently and irreversibly reduced or lost capacity to perform routine activities and occupations as a result of impaired function of a single organ or of the whole organism occurring during the insurance coverage period. The permanently reduced or lost working capacity is determined in percentages by the Territorial Expert Medical Commission (TEMC) or National Expert Medical Commission (NEMC) and is confirmed by a Trusted Physician of the Insurer or an Insurance Medical Commission (IMC) with the Insurer. As a date of occurrence of the permanently reduced or lost working capacity, the date of disablement specified in the decision of TEMC/NEMC is considered

28. Unforeseen and urgent medical expenses are medical expenses urgently required as a result of an accident or a sudden onset of acute illness, which, if not carried out, would result in a permanent danger to the Insured's health and/or serious deterioration of bodily functions and/or other serious consequences affecting the Insured's health and life. Unforeseen and urgent medical expenses are not the expenses for the treatment of chronic diseases, the symptoms of which are similar to those of acute illnesses, but which existed prior to the commencement of the insurance period, unless the chronic disease is manifested as a sudden complication, proceeding acutely, requiring urgent and emergency medical intervention and endangering the life of the Insured.

29. Physician is a person with a higher medical education who is licensed to practice a medical profession in accordance with the legislation in force in the country where he / she works.

30. Hospital is a health care facility licensed under the laws of the country where it is located for the purpose of hospitalization (hospital treatment) where the Insured is examined, tested, diagnosed and treated. Outpatient care facilities, specialized medical facilities for the treatment of chronic disease and mental disorders, alcohol or substance addiction, as well as spa, sanatorium, prophylactic and recreational medical facilities, nursing homes, aesthetic medicine clinics and the like are not considered as hospitals.

31. Hospital stay (hospitalization) is a minimum of 24 (twenty-four) hours stay of the Insured in a hospital, carried out under a physician's prescription for the purpose of urgent examination, consultation, diagnosis, treatment.

32. Medicinal products and medicines are those medicinal products or medicines which are authorized for use and sale in accordance with the requirements of the legislation in force and are prescribed by a qualified physician, intended for and relating to the treatment of the Insured in connection with an accident and/or acute illness, with a view to restoring his/her health and working capacity, within the period of insurance cover. Medication and drugs must be purchased within seven (7) days of prescription.

33. Medical transportation costs are the necessary and actual costs incurred for the emergency transportation of the Insured by specialized medical transport from the place of the accident or the place where the acute illness occurred to the nearest medical facility for emergency and urgent medical care. In the event of bodily injury or sudden illness to the Insured for which the medical team and attending physician recommend hospitalization, the Assistance Company will arrange and pay for:

33.1. transfer of the Insured to the nearest hospital;

33.2. if necessary for medical reasons:

33.2.1. the transfer of the Insured with necessary medical supervision by any means (including, but not limited thereto, by air ambulance, scheduled commercial flight and ambulance) to a hospital more appropriately equipped for the particular bodily injury or illness, or

33.2.2. direct repatriation of the Insured, including transportation to and from airports by ambulance with necessary medical supervision on a scheduled flight to an appropriate hospital or other health care facility near the Insured's place of residence in the country of permanent residence, if the Insured's medical condition permits such repatriation. The medical team and attending physician will determine whether the Insured's medical condition permits repatriation as a regular passenger or whether other arrangements are necessary under the circumstances.

34. Repatriation costs in the event of death by accident or acute illness are the actual expenses incurred in transporting the Insured's remains from the place where death occurred to the place of burial.

35. Effective Period of Stay (EPS) means the period specified in the policy during which the insurance coverage is in force. It may be within 30, 60, 90 or 180 days. This period is activated each time the insured person goes abroad within the 1 year for which the policy is taken out, the number of trips being unlimited.

36. Claim is any claim made against the Insurer for the payment of an insurance

33.2.2. директно репатриране на Застрахования, включително транспортиране до и от летища с линейка с необходимия лекарски надзор с редовен полет до подходяща болница или друго здравно заведение близо до неговото местоживее в страната на постоянно местожителство, ако здравословното му състояние позволява такова репатриране. Медицинският екип и обслужващият лекар ще определят дали медицинското състояние на Застрахования позволява репатриране като редовен пасажер, или са необходими други мерки според обстоятелствата.

34. Разходи за репатриране в случай на смърт от злополука или акутно заболяване са действително извършените разходи за превоз на тленните останки на Застрахования от мястото, където е настъпила смъртта, до мястото на погребение.

35. Ефективен период за престой (ЕПП) е периодът, който е указан в полицата, през който застрахователното покритие е в сила. Той може да бъде в рамките на 30, 60, 90 или 180 дни. Този период се активира при всяко едно излизане на застрахованото лице в чужбина в рамките на 1 година, за която се сключва полицата, като броят на излизанията е неограничен.

36. Претенция е всеки иск, отправен към Застрахователя за изплащане на застрахователно обезщетение при настъпило застрахователно събитие.

37. Любителски спорт е съвкупност от специфична физическа дейност или физически упражнения, които се изпълняват в условия, различни от всекидневните, с цел развлечение, забавление и ободряване.

38. Професионален спорт означава практикуването на спорт като платена професионална дейност или платена услуга, независимо от това дали е сключен официален трудов договор между професионалния спортист и съответната спортна организация, и когато възнаграждението надхвърля разходите за участие и представлява значителна част от дохода на атлета.

39. Екстремни спортове са спортове, практикуването на които е свързано с повишен риск, като следните, но не само: бойни изкуства; спортове за самозащита; скачане с бънджи; хелиски; хелибординг; бордъркрос, слоупстайл, сноускейт, стрийттрикинг, фрийрън, скайрънинг, планинско и скално катерене; спелеология; мотоциклетизъм; рафтинг; спортове с моторни лодки; въздушни спортове; участие в експедиции до места, отличаващи се с екстремни климатични и/или природни условия, като пустини, високи планини (над 5000 метра над морското равнище), полупустинни области, Арктика и Антарктида, джунгли, територии със залеждени и заснежени участъци, изискващи предпазна или защитна екипировка.

40. Въздушни спортове са планеризъм, летене с балон, парашутизъм, делтапланеризъм, парапланеризъм, мотопланеризъм и всякакви други варианти, както и всякакви други дисциплини, свързани с движение във въздушното пространство.

41. Терористичен акт означава всяко действие, представляващо престъпление съгласно Наказателния кодекс, установено от съответните държавни органи, което включва използването на сила, насилие или друга заплаха от страна на човек или група от хора, действателно или от името, или във връзка с някоя организация или политическа сила с цел да създаде смут и страх у населението или да заплаши/принуди орган на властта, представител на обществеността или представител на чужда държава, или на международна организация да извърши или да пропусне нещо в кръга на неговите функции.

42. Кибер събитие е всяко неразрешено, случайно или злоумишлено действие или серия от свързани с него неразрешени, случайни или злоумишлени действия, както и заплахата или измамата, свързани с достъпа до обработката, оперирането със или използването на която и да е информационна технология или електронни данни от лице или група лица.

43. Адрес за кореспонденция е пощенски или електронен адрес, посочен от Застрахователя 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. Застрахователят се задължава срещу платена застрахователна премия да покрие съответните рискове по време на пътуване на Застрахования в чужбина, в зависимост от изрично избраното индивидуално покритие, съгласно настоящите Общи условия.

Чл. 3. (1) По застраховка „Пътуване в чужбина“ се застраховат лица, които при сключване на застраховката са на възраст до 75 (седемдесет и пет) години. За лица над тази възрастова граница може да се сключи застраховка при заплащане на допълнителна застрахователна премия, определена от Застрахователя.

(2) По тази застраховка не се застраховат за „смърт“ лица под 14 (четинадесет) години и недееспособни лица.

Чл. 4. Застрахователното покритие по тази застраховка е валидно за територията на Европа с изключение на Република България, а за чуждестранни граждани с продължително, дългосрочно или постоянно пребиваване на територията на Република България с изключение и на държавата/ите, чиито граждани са. Покритието по застраховката може да бъде разширено за цял свят.

indemnity in the event of an insured event.

37. Amateur sports are a set of specific physical activities or physical exercises that are performed in conditions other than everyday life for the purpose of recreation, entertainment and invigoration.

38. Professional sports means the practice of sport as a paid professional activity or paid service, regardless of whether a formal employment contract has been concluded between the professional athlete and the relevant sports organization, and where the remuneration exceeds the cost of participation and represents a significant part of the athlete's income.

39. Extreme sports are sports the practice of which is associated with increased risk, such as but not limited to the following: martial arts; self-defense sports; bungee jumping; heliskiing; heliboarding; boardercross, slopestyle, snowshoeing, street-tricking, free-running, sky-running, mountain and rock climbing; caving; motorcycling; rafting; powerboating; air sports; participation in expeditions to places characterized by extreme climatic and/or natural conditions, such as deserts, high mountains (above 5000 meters above sea level), semi-desert areas, the Arctic and Antarctica, jungles, areas with ice and snow requiring safety or protective equipment.

40. Air sports are gliding, ballooning, parachuting, hang gliding, paragliding, motor gliding and any other variations, as well as any other disciplines related to movement in airspace.

41. Act of terrorism means any act constituting an offence under the Penal Code, as established by the relevant government authorities, which involves the use of force, violence or other threat by a person or group of persons acting alone or on behalf of, or in association with, an organization or political force with the aim of creating disorder and fear in the population or to threaten/coerce a public authority, a public member or a representative of a foreign country or of an international organization to do or omit something within the scope of its functions.

42. Cyber event is any unauthorized, incidental or malicious act or series of related unauthorized, accidental or malicious acts, as well as the threat or deception associated with the access to, operation of, or use of any information technology or electronic data by a person or group of persons.

43. Correspondence address means the postal or electronic address specified by the Policyholder in the insurance application or in other documents provided to the Insurer, to which the Insurer sends any communications or notices relating to the servicing of the contract.

Section II. INSURANCE SUBJECT

Art. 2. The Insurer undertakes to cover the relevant risks during the Insured's travel abroad, depending on the individual cover expressly chosen, in accordance with these General Terms and Conditions, against payment of the insurance premium.

Art. 3. (1) Persons who are up to 75 (seventy-five) years of age at the time of taking out the insurance shall be insured under the Travel Abroad Insurance. Persons over this age limit may be insured provided they pay an additional premium as determined by the Insurer.

(2) Persons under fourteen (14) years of age and persons who are incapacitated shall not be insured for "death" under this insurance.

Art. 4. The insurance coverage under this insurance is valid for the territory of Europe excluding the Republic of Bulgaria, and for foreign nationals with prolonged, long-term or permanent residence on the territory of the Republic of Bulgaria excluding also the country(ies) of which they are citizens. The insurance coverage can be extended worldwide.

Section III. INSURANCE COVERAGE

Art. 5. (1) Under these General Terms and Conditions covered risks included in the scope of the insurance contract are:

1. The occurrence of unforeseen and urgent medical expenses which are a direct and immediate consequence of the occurrence of an accident or acute illness and which have been carried out on the prescription of a qualified medical practitioner for:

1.1. medical examinations, tests, manipulations and treatment;

1.2. medicines and medications;

1.3. hospital treatment for up to 15 (fifteen) days from the date of the accident or acute illness;

2. emergency dental treatment, including anesthesia, in cases of severe pain and inflammatory processes requiring immediate dental care with a sum insured of 350 (three hundred and fifty) EUR/USD.

2. Expenses incurred for medical transportation (when recommended in writing by the Insured's attending physician) of the Insured, including the cost of being accompanied by a physician during transportation by medical transportation, which are a direct and proximate consequence of the occurrence of an accident or acute illness. The Insurer bears the expenses up to the amount corresponding to the costs of arranging such transportation to the territory of the Republic of Bulgaria incurred by the Assistance

Раздел III. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ

Чл. 5. (1) По тези Общи условия покрити рискове, включени в обхвата на застрахователния договор, са:

1. Възникване на непредвидени и неотложни медицински разходи, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на злополука или акутно заболяване и които са извършени по лекарско предписание от правоспособен лекар за:

1.1. медицински прегледи, изследвания, манипулации и лечение;

1.2. лекарствени средства и медикаменти;

1.3. болнично лечение до 15 (петнадесет) дни, считано от датата на настъпване на злополуката или акутно заболяване;

1.4. спешно заболяване, включително анестезия, в случаи на силни болки и възпалителни процеси, изискващи незабавна стоматологична помощ със застрахователна сума 350 (триста и петдесет) EUR/USD.

2. Разходи, извършени за медицински транспорт (когато това писмено е препоръчано от лекуващия лекар) на Застрахования, включително разходите за съпровождане от медицинско лице по време на превоз с медицински транспорт, които са пряка и непосредствена последица от настъпването на злополука или акутно заболяване. Застрахователят поема разходите до размера на сумата, съответстваща на разходите по организирането на такова транспортиране до територията на Република България, направени от Асистиращата компания.

3. Разходи за репатриране на тленните останки на Застрахования в случай на смърт, настъпила вследствие на злополука или акутно заболяване.

(2) В изключение на чл. 6, ал. 1, т. 12 Раздел V Застрахователят покрива неотложни медицински разходи и разходи за медицинско транспортиране и репатриране в резултат на заболяване от COVID-19 в размер до 10 (десет) процента от изборния лимит на отговорност, но не повече от 5000 (пет хиляди) EUR/USD. Уговаря се, че при пътувания в рамките на Европейския съюз (с изключение на територията на Република България) този лимит се използва за разходите, които не са покрити чрез Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК).

(3) Отговорността на Застрахователят за посочените в ал. 1 и 2 покрития е до размера на лимита на отговорност, избран от Застрахователя и посочен в застрахователната полица.

(4) Допълнително покрити рискове, които могат да бъдат включени в обхвата на застрахователния договор по желание на Застрахователя и при заплащане на допълнителна застрахователна премия, са: смърт и трайно намалена или загубена работоспособност, настъпили вследствие на злополука. В случай на смърт от злополука на Застрахования Застрахователят изплаща застрахователната сума, посочена в полицата, а в случай на настъпила трайно намалена или загубена работоспособност на Застрахования от злополука Застрахователят изплаща процент от определената в договора застрахователна сума, равен на процента на трайно намалена или загубена работоспособност.

Раздел V. ИСКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Чл. 6. (1) По тези Общи условия изключени от застрахователното покритие са събития, причинени пряко или косвено вследствие от/на:

1. телесно увреждане, заболяване или последици от събития, които са настъпили извън периода на застрахователното покритие;

2. отказ на Застрахования да се подложи на ваксинация или друга превантивна медицинска манипулация, необходима преди пътуването в държава, за която същата се изисква;

3. дентално лечение, освен в случаите, посочени в чл. 5, ал. 2 от настоящите Общи условия;

4. психични разстройства или болести, невроза, депресия, дори същите да са резултат на покрит по полицата риск;

5. ХИВ (вирус на имунна недостатъчност) и/или всяко свързано с ХИВ заболяване (включително СПИН – синдром на придобитата имунна недостатъчност) и/или всяка тяхна мутация или изменение или произтичащи от тях заболявания, независимо от начина, по който е настъпило физическото увреждане или е причинено заболяването;

6. венерически болести;

7. употреба на алкохол, употреба на допинг и на всякакъв вид наркотици, опиати и производните им вещества;

8. употреба на лекарствени препарати с упойващо или стимулиращо действие, стероиди, кортикостероиди, когато същите не са приети по лекарско предписание;

9. самолечение, неспазване на лекарските предписания;

10. груба небрежност на Застрахования, умишлено излагане на опасност и/или извършване и/или опит за извършване на престъпление от Застрахования или лице, правоимащо да получи застрахователно обезщетение;

11. сбиване, самоубийство или опит за такова, включително и когато Застрахованият е в състояние на невменяемост;

12. заболяване, причинено от заразяване, епидемии или пандемии, освен в

Company.

3. Expenses for repatriation of the Insured's remains in the event of death due to accident or acute illness.

(2) With the exception of Art. 6 (1) (12) Section V the Insurer shall cover emergency medical expenses and expenses for medical transportation and repatriation as a result of a COVID-19 illness up to 10 (ten) percent of the selected limit of liability, but not more than EUR 5,000 (five thousand). It is agreed that for travel within the European Union (excluding the territory of the Republic of Bulgaria) this limit shall be used for expenses not covered by the European Health Insurance Card (EHIC).

(3) The liability of the Insurer for the claims referred to in par. 1 and 2 shall be up to the limit of liability selected by the Policyholder and specified in the insurance policy.

(4) Additional covered risks which may be included in the scope of the insurance contract at the Policyholder's request and upon payment of an additional insurance premium are: death and permanently reduced or lost working capacity due to an accident. In the event of the Insured's death from an accident, the Insurer shall pay the sum insured specified in the policy, and in the event of the Insured's permanently reduced or lost working capacity due to an accident, the Insurer shall pay a percentage of the sum insured specified in the contract equal to the percentage of permanently reduced or lost working capacity.

Section IV. EXCLUSIONS FROM THE INSURANCE COVERAGE

Art. 6. (1) Excluded from the insurance coverage under these General Terms and Conditions are events caused directly or indirectly by:

1. bodily injury, sickness or consequences of events that occurred outside the period of insurance coverage;

2. the Insured's refusal to undergo vaccination or other preventive medical treatment required prior to travel to countries for which the same is required;

3. dental treatment, except in the cases specified in Art. 5 (2) of these General Terms and Conditions;

4. mental disorder or conditions, neurosis, depression, even if the same is the result of a risk covered under the policy;

5. HIV (Human Immunodeficiency Virus) and/or any HIV-related disease (including AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome) and/or any mutation or alteration thereof or any disease resulting therefrom, regardless of the manner in which the physical impairment occurred or the disease was caused;

6. sexually transmitted diseases;

7. use of alcohol, stimulants or any kind of intoxicating substances, opiates or their derivatives;

8. use of medications with sedating or stimulant effect, steroids, corticosteroids, when not prescribed by a medical person on;

9. self-medication, non-compliance with medical prescriptions;

10. gross negligence of the part of the Insured, deliberate exposure to danger and/or committing and/or attempting to commit a criminal offence by the Insured or a person entitled to receive an insurance indemnity;

11. physical fight, suicide or attempted suicide, including when the Insured is in a state of insanity;

12. disease caused by contamination, epidemics or pandemics, except in the cases described in Article 5(2);

13. noise or shock wave from a low-flying supersonic aircraft;

14. road traffic accident in which the insured person driving the motor vehicle (MV) is an unlicensed driver or is deprived of the right to drive a motor vehicle of the relevant category, or is driving a motor vehicle without a license plate number or a motor vehicle taken off the road in accordance with the procedure established by law;

15. events while the Insured travels aboard a ship or other vessel or aircraft, except when he/she is a regular passenger on a duly licensed marine or air carrier;

16. death or bodily injury of the Insured while in the custody of the authorities or imprisoned, or execution of a death sentence;

17. residence of the Insured in restricted areas;

18. actions of the Insured that violate provisions of local laws and prohibitions of local authorities;

19. professional sports practice, including extreme sports and participation in competitions, unless agreed between the parties;

20. bathing or swimming in unguarded bodies of water, outside the working hours of the guard service or when a prohibitive warning flag is raised;

21. skiing or snowboarding outside the slopes, trails and facilities designated by the relevant local authorities and mountain offices;

22. participation in a competition involving the use of a land, water or aircraft vehicle, unless otherwise agreed between the parties;

23. the Insured's participation as a stuntman or understudy for an actor in film scenes involving danger to Insured's life, unless otherwise agreed between the parties;

24. service or training in any military, paramilitary or police (security) forces or international military organizations, or the result of any such action, regardless of whether the injury occurred during the Insured's official or unofficial leave and regardless of whether the

случаите описани в чл. 5, ал. 2;

13. шум или ударна вълна от ниско прелитащ свръхзвуков самолет;

14. пътнотранспортно произшествие, при което застрахованото лице, управлявало моторното превозно средство (МПС), е неспособен водач или е лишено от правото да управлява МПС от съответната категория, или е управлявало МПС без държавен контролен номер или МПС, спряно от движение по установения от закона ред;

15. пътуване на Застрахования на борда на кораб или друг плавателен съд, или летателен апарат, освен в случаите, когато е редовен пътник в съответно лицензиран морски или въздушен превозвач;

16. смърт или телесно увреждане на Застрахования, докато същият е задържан от органи на властта или се намира в затвор, както и изпълнение на смъртна присъда;

17. пребиваване на Застрахования в зони с ограничен достъп;

18. действия на Застрахования, нарушаващи разпоредби на местното законодателство и забрани на местните власти;

19. професионално упражняване на спортове, включително на екстремни спортове и участие в състезания, освен ако е договорено между страните;

20. къпане или плуване в неохранявани водни басейни, в извънработното време на водноспасителната служба или при вдигнат забранителен предупредителен флаг;

21. каране на ски или сноуборд извън определените за целта от съответните местни власти и планински служби писти, трасета и съоръжения;

22. участие в състезание, включващо употребата на сухопътно, водно или въздухоплавателно превозно средство, освен ако между страните е договорено друго;

23. участие на Застрахования като каскадьор или дубльор на актьор във филмови сцени, представляващи опасност за живота му, освен ако между страните е договорено друго;

24. служба или тренировки в каквито и да са военни, полувоенни или полицейски (по сигурността) служби или международни военни организации, или резултат от подобни действия, независимо от това дали увреждането е настъпило по време на официален или неофициален отпуск на Застрахования и независимо от това дали Застрахованият е носил униформа по време на настъпване на събитието, освен ако е договорено между страните;

25. война, агресия, враждебни действия, военни действия (независимо дали е или не е обявена война), гражданска война, бунт, революция, въстания, военен преврат или узурпиране на властта, стачки и локаут, тероризъм;

26. ядрени аварии, радиоактивно замърсяване, независимо дали е директно или индиректно, йонизираща радиация, химически обгазявания и експлозивни вещества;

27. неизпълнение на задължение за спазване на общоприети правила за безопасност, ако те са допринесли за настъпването на загуба.

(2) В допълнение към уговорените в ал. 1 изключения не се включват в обхвата на покритите рискове непредвидени и неотложни медицински разходи и разходи във връзка с/със:

1. здравословни проблеми на Застрахования, за които има медицински указания срещу пътуването на Застрахования или препоръки да бъде подложен на хирургическа операция или болнично лечение;

2. лечение в санаториуми, терапевтични и възстановителни центрове или центрове за лечение на пристрастявания и зависимости, физиотерапия, хелиотерапия, естетически операции, пластични операции, козметични и разкрасителни процедури, специализираните медицински заведения за лечение на хронично-и психичноболни, профилактични и почивни медицински заведения, домове за социални грижи и други подобни;

3. случаите, когато по мнение на лекуващия лекар началото на лечението може да бъде отложено до връщането на Застрахования на територията на Република България;

4. необходимост от диагностициране или лечение на заболяване във връзка с профилактични медицински прегледи или профилактична ваксинация;

5. при пътуване в чужбина с цел получаване на лекарски съвет, в резултат на планирано лечение и последвалите усложнения от него;

6. събития, настъпили в резултат на неизпълнение препоръките на лекуващия лекар;

7. събития, настъпили в резултат на хронично заболяване;

8. събития в резултат на бременност или последици от нея;

9. събития в резултат на прекъсване на бременност (аборт), освен ако това прекъсване на бременността е извършено, за да се спаси животът на Застрахования или във връзка със здравето му и е разрешено в страната, където е извършено;

10. инвитро или лечение на безплодие, както и за закупуване на контрацептиви;

11. операции или лечение чрез нетрадиционни методи и непризнати лекарски практики, включително хомеопатия;

12. ремонт и/или закупуване на очила или протези (включително зъбни протези), медицинско оборудване, медицинска апаратура и рехабилитационни съоръжения;

13. карантинирание вследствие заболяване от Covid-19, които не са обект на покритие;

Insured was wearing uniform at the time of the occurrence, unless otherwise agreed between the parties;

25. war, aggression, hostilities, military action (whether or not war is declared), civil war, rebellion, revolution, insurrection, military coup or usurpation of power, strikes and lockouts, terrorism;

26. nuclear accidents, radioactive contamination, whether direct or indirect, ionizing radiation, chemical gassings and explosive substances;

27. failure to comply with generally accepted safety rules if they contributed to the loss.

(2) In addition to the exceptions stipulated in par. 1, the scope of covered risks does not include unforeseen and urgent medical expenses and costs in connection with:

1. health problems of the Insured for which there are medical instructions against the Insured's travel or recommendations to undergo surgery or hospital treatment;

2. treatment in sanatoriums, therapeutic and rehabilitation centers or centers for the treatment of addictions and dependencies, physiotherapy, heliotherapy, aesthetic procedures, plastic surgeries, cosmetic and beauty treatments, specialized medical facilities for the treatment of the chronically and mentally ill, preventive and recreational medical facilities, nursing homes and the like;

3. cases where, in the opinion of the attending physician, the start of treatment may be delayed until the Insured returns to the territory of the Republic of Bulgaria;

4. the need to diagnose or treat an illness in connection with preventive medical examinations or preventive vaccination;

5. travelling abroad to obtain medical advice as a result of planned treatment and complications resulting from it;

6. events occurring as a result of failure to follow the recommendations of the attending physician;

7. events occurring as a result of chronic disease;

8. events resulting from pregnancy or its consequences;

9. events resulting from the termination of pregnancy (abortion), unless such termination of pregnancy is carried out to save the life of the Insured or in connection with her health and is permitted in the country where it is carried out;

10. in vitro or infertility treatment, and to purchase contraceptives;

11. surgeries or treatment by non-traditional methods and unrecognized medical practices, including homeopathy;

12. repair and/or purchase of spectacles or dentures (including dental prostheses), medical equipment, medical devices and rehabilitation equipment;

13. quarantine due to Covid-19 disease not covered;

14. testing for Covid-19 disease without a doctor's prescription.

(3) In addition to the exclusions specified in par. 1 and 2, excluded from coverage for death and permanent loss of working capacity due to an accident are events occurring in connection with:

1. bodily injury intentionally caused or induced by the Insured or the person entitled to receive the whole or any part of the insurance payment due;

2. bodily injury resulting from deliberate exposure to danger (except in an attempt to save human life);

3. treatment of the Insured, except for treatment of the consequences of an accident where the same is under a physician's prescription;

4. poisoning by substances which have been ingested by the Insured or the Insured has been in contact with;

5. occupational disease and illnesses that have manifested themselves after the accident without being directly and immediately related to it;

6. bodily injury, permanent loss of working capacity or death resulting from pregnancy, or termination of pregnancy (abortion), childbirth or resulting medical or surgical treatment;

7. bodily injury, permanent loss of working capacity or death resulting from somatic illnesses (e.g. heart attack, stroke, cerebral hemorrhage) or chronic diseases;

8. bodily injury or permanent loss of working capacity resulting from a pre-existing bone condition or fracture (broken bone);

9. sun or heat stroke.

(4) The Insurer shall also not pay indemnity in the case of fraud or attempted fraud on the part of the Insured or a person entitled to receive indemnity under the insurance.

(5) The insurer shall not be liable for any loss or damage arising out of or resulting from the acts of persons who are actual or suspected members of terrorist organizations, drug trafficking groups, and/or the proliferation of nuclear, chemical or biological weapons.

(6) Notwithstanding any other terms of the insurance contract, this insurance does not cover events that are the direct or indirect result of a CYBER incident.

(7) By express written agreement between the parties and upon payment of an additional premium, some of the exclusions from insurance coverage listed in the preceding paragraphs may be covered.

Section V. INSURANCE LIABILITY LIMIT

Art. 7. (1) The limit of insurance liability shall be the sum insured which is agreed between the Insurer and the Policyholder and shall be specified in the insurance policy.

14. тестване за заболяване от Covid-19 без лекарско предписание.
- (3) В допълнение към уговорените в ал. 1 и ал. 2 изключения не се включват в обхвата на покритието за смърт и трайна загуба на работоспособност от злополука събития, настъпили във връзка с/със:
1. телесно нараняване, умислено причинено или предизвикано от Застрахования или лицето, което има право да получи цялото или част от полагащото се застрахователно плащане;
 2. телесно нараняване вследствие на съзнателно излагане на опасност (освен при опит за спасяване на човешки живот);
 3. лечение на Застрахования с изключение на лечение на последиците от злополуката, когато същото е по лекарско предписание;
 4. отравяне със субстанции, които са приети от Застрахования или същият е бил в контакт с тях;
 5. професионално заболяване и болести, проявили се след злополуката, без да са в пряка и непосредствена връзка с нея;
 6. телесно увреждане, трайна загуба на работоспособност или смърт, настъпили в резултат на бременност, или прекъсване на бременност (аборт), раждане или произтичащо от това медицинско или хирургическо лечение;
 7. телесно увреждане, трайна загуба на работоспособност или смърт, настъпили в резултат на соматични заболявания (например сърдечен или мозъчен удар, мозъчен кръвоизлив) или хронични заболявания;
 8. телесно увреждане или трайна загуба на работоспособност, настъпили в резултат на предишни състояния на костите или фрактура (счупване на костта);
 9. слънчев или топлинен удар.
- (4) Застрахователят не изплаща обезщетение и в случаите на измама или опит за такава от страна на Застрахования или лице, имащо право да получи обезщетение по застраховката.
- (5) Застрахователят не носи отговорност за загуби или вреди, възникнали в резултат на или от действия на лица, които са действителни или предполагаеми членове на терористични организации, на групи за трафик на наркотици, и/или за разпространение на ядрени, химични или биологични оръжия.
- (6) Независимо от други условия по застрахователния договор настоящата застраховка не покрива събития, които са пряк или косвен резултат от КИБЕР събитие.
- (7) С изрична писмена уговорка между страните и след заплащане на допълнителна премия някои от изброените в предходните алинеи изключения от застрахователното покритие могат да бъдат покрити.

Раздел V. ЛИМИТ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ

- Чл. 7. (1)** Лимитът на застрахователна отговорност е застрахователната сума, която се договаря между Застрахователя и Застрахователя и се посочва в застрахователната полица.
- (2) За допълнително покритие рисковете се договаря отделна застрахователна сума.
- Чл. 8.** В случай на сключване на групова застраховка застрахователната сума е еднаква за всички застраховани лица.
- Чл. 9.** Отговорността на Застрахователя е до размера на избраната от Застрахователя застрахователна сума, посочена в полицата, независимо от броя на настъпилите застрахователни събития.
- Чл. 10.** След извършване на плащания по застрахователната полица застрахователната сума по съответното покритие се намалява с размера на извършените плащания.

Раздел VI. СКЛЮЧВАНЕ И СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА

- Чл. 11.** Застраховка „Пътуване в чужбина“ се сключва при прилагане на относимите разпоредби на Кодекса за застраховане, по ред и начин, определен от Застрахователя, и се издава застрахователна полица.
- Чл. 12.** При сключване на застраховката Застрахователят е длъжен да съобщи всички съществени обстоятелства, свързани с оценката на риска, за които Застрахователят е задал писмено въпроси. Застрахователят е отговорен за верността, точността и пълнотата на дадените от него сведения.
- Чл. 13. (1)** Застрахователният договор може да бъде сключен под формата на индивидуална или групова застраховка; за еднократно пътуване в чужбина и „Мултитрип“ за многократни пътувания.
- (2) При сключване на групова застраховка на всички лица, включени в полицата, се предоставят еднакво покритие и условия, като за всяко лице поотделно се посочва лимитът на отговорност.
- (3) В случаите, когато се застрахова организирана група от хора, към полицата се прилага списък на Застрахованите лица, който е неразделна част от нея.
- Чл. 14.** Застрахователната полица задължително включва застрахователно покритие за непредвидени и неотложни медицински разходи, разходи за медицински транспорт, разходи за репатриране на тленните останки на Застрахования вследствие на злополука или акутно заболяване, както и извършени непредвидени разходи вследствие на заболяване от COVID-19.

- (2) A separate sum insured shall be agreed for the risks additionally covered.

Art. 8. In case of conclusion of a group insurance the sum insured shall be the same for all insured persons.

Art. 9. The liability of the Insurer shall be up to the amount of the sum insured chosen by the Policyholder as specified in the policy, irrespective of the number of insured events occurred.

Art. 10. After making payments under the insurance policy, the sum insured under the relevant cover shall be reduced by the amount of the payments made.

Section VI. CONCLUSION AND INSURANCE TERM

Art. 11. Travel Abroad Insurance shall be concluded in implementation of the relevant provisions of the Insurance Code, in the manner and procedure determined by the Insurer, and an insurance policy shall be issued.

Art. 12. Upon conclusion of the insurance, the Policyholder is obliged to communicate all material circumstances related to the risk assessment for which the Insurer has asked questions in writing. The Policyholder shall be responsible for the correctness, accuracy and completeness of the information given.

Art. 13. (1) The insurance contract may be concluded in the form of individual or group insurance; for a Travel Insurance and Multitrip for multiple trips.

(2) When a group insurance policy is concluded, all persons included in the policy shall be provided with the same cover and conditions and the limit of liability shall be specified for each person separately.

(3) In cases where an organized group of people is insured, a list of Insured Persons shall be attached to the policy and shall form an integral part thereof.

Art. 14. The insurance policy must include insurance cover for unforeseen and urgent medical expenses, medical transportation expenses, expenses for repatriation of the Insured's remains due to an accident or acute illness, as well as unforeseen expenses incurred due to a COVID-19 illness.

Art. 15. (1) The term of the insurance contract concluded for a single trip shall be from 1 (one) day to 1 (one) year depending on the duration of the Insured's trip abroad.

(2) The commencement of the insurance coverage starts with the Insured's departure from the territory of the Republic of Bulgaria, but not earlier than the date specified in the contract as the commencement date and provided that the insurance premium has been paid, and ends with the Insured's return to the territory of the Republic of Bulgaria, but not later than 24:00 h. on the end date specified in the contract – whichever comes earlier.

Art. 16. (1) The term of the insurance contract when concluding insurance for multiple trips abroad is one year.

(2) The Policyholder may take out a Travel Insurance for multiple trips, depending on the duration of each trip, choosing one of the following options with an effective stay period:

1. Option Multitrip 30 - 30 days;
2. Option Multitrip 60 - 60 days;
3. Option Multitrip 90 - 90 days;
4. Option Multitrip 180 - 180 days.

(3) The insurance coverages are valid for each trip of the Insured abroad for the duration of the selected option with the ESP.

Section VII. INSURANCE PREMIUM

Art. 17. (1) The insurance premium is determined by the Insurer and is reflected in the insurance policy.

(2) The insurance premium is paid in one lump sum upon conclusion of the insurance. The insurance premium may not be paid in instalments.

(3) Additional premium is the amount that represents an additional payment obligation on the part of the Policyholder corresponding to the Insurer's obligation to extend coverage, change the risk, extend the insurance policy period, or otherwise change the terms of the insurance policy.

Section VIII. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES TO THE INSURANCE CONTRACT

Art. 18. (1) The Insured, his/her legal heirs or beneficiaries are entitled to receive the insurance indemnity due to them or a motivated refusal within 15 (fifteen) working days after submission of all necessary documents, including those additionally requested by the Insurer.

(2) The Policyholder/Insured shall:

1. pay the insurance premium within the period agreed with the Insurer;
2. notify the Insurer if there is any other insurance in force covering risks identical to those specified in the coverages under these General Terms and Conditions;
3. report within 7 (seven) days of becoming aware of any newly arising circumstances after the insurance has been taken out which are relevant to the risk, even if they have occurred without his/her consent or involvement.

Art. 19. The Insurer shall have the right:

Чл. 15. (1) Срокът на застрахователния договор, сключен за еднократно пътуване, е от 1 (един) ден до 1 (една) година в зависимост от продължителността на пътуване на Застрахования в чужбина.

(2) Началото на застрахователното покритие започва с напускане от Застрахования на територията на Република България, но не по-рано от датата, посочена в договора като начална дата и при условие че е платена застрахователната премия, и приключва с връщането на Застрахования на територията на Република България, но не по-късно от 24.00 ч. на посочената в договора крайна дата – което от двете обстоятелства настъпи по-рано.

Чл. 16. (1) Срокът на застрахователния договор при сключване на застраховката за многократни пътувания в чужбина е една година.

(2) Застрахователят може да сключи застраховка „Пътуване в чужбина“ за многократни пътувания „Мултитрип“ в зависимост от продължителността на всяко пътуване, избирайки един от следните варианти с ефективен период на престой:

1. Опция „Мултитрип 30“ – 30 дни;
2. Опция „Мултитрип 60“ – 60 дни;
3. Опция „Мултитрип 90“ – 90 дни;
4. Опция „Мултитрип 180“ – 180 дни.

(3) Застрахователните покрития са валидни за всяко пътуване на Застрахования в чужбина за продължителността на избраната опция с ЕПП.

Раздел VII. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Чл. 17. (1) Застрахователната премия се определя от Застрахователя и се отразява в застрахователната полица.

(2) Застрахователната премия се плаща еднократно при сключване на застраховката. Не се допуска разсрочено плащане на застрахователната премия (плащане на вноски).

(3) Допълнителна премия е сумата, която се явява като допълнително задължение за плащане от страна на Застрахователя, съответстващо на задължението на Застрахователя за разширяване на покритието, промяна в риска, удължаване на периода на застрахователната полица или друга промяна в условията на застрахователната полица.

Раздел VIII. ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

Чл. 18. (1) Застрахованият, законните му наследници или бенефициентите имат право да получат полагащото им се за застрахователно обезщетение или мотивиран отказ в срок до 15 (петнадесет) работни дни след представяне на всички необходими документи, включително допълнително поисканите от Застрахователя.

(2) Застрахованият/Застрахованият е длъжен да:

1. плати застрахователната премия в рамките на договорения със Застрахователя срок;
2. уведоми Застрахователя, ако има друга действаща застраховка с рискове, идентични на тези, посочени в покритията по настоящите Общи условия;
3. съобщава в 7 (седем) дневен срок от научаването за всички нововъзникнали обстоятелства след сключване на застраховката, които са от значение за риска, дори и те да са настъпили без негово съгласие или участие.

Чл. 19. Застрахователят има право:

1. да предприема действия за намаляване или ограничаване на вредите, както и да дава задължителни препоръки на Застрахования/Застрахования за предприемане на такива мерки;
2. за собствена сметка да извършва действия, да води преговори и да сключва спогодби във връзка с претенции на трети лица по повод на застрахователно събитие;
3. да назначава експерти (вещи лица) за установяване на размера на вредите и/или други обстоятелства, свързани със застрахователното събитие;
4. при неизпълнение на задълженията от страна на Застрахования/Застрахования Застрахователят има право да прекрати действието на застраховката, а при настъпило застрахователно събитие – да откаже изцяло изплащането или да намали размера на застрахователно обезщетение, като не възстановява застрахователна премия.

Раздел IX. ПРОМЕНИ И ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

Чл. 20. Настоящите Общи условия могат да бъдат променени и/или допълнени със специални условия или с добавъци.

Чл. 21. (1) Действието на застрахователната полица се прекратява:

1. при изтичане на срока, за който е сключена застрахователната полица;
2. при изчерпване на лимита на отговорност;
3. с 14 (четиринадесет) дневно писмено предизвестие до Застрахователя от страна на Застрахования.

(2) При прекратяване действието на застрахователната полица по искане на Застрахования Застрахователят възстановява съответната част от нея за

1. to take action to reduce or limit the damage and to make binding recommendations to the Policyholder/Insured to take such action;
2. on its own account, to carry out actions, to negotiate and to conclude settlements in relation to claims of third parties in connection with an insured event;
3. to appoint experts (expert witnesses) to establish the amount of damages and/or other circumstances related to the insured event;
4. in the event of non-fulfilment of the obligations by the Policyholder/Insured, the Insurer has the right to terminate the insurance, and in the event of an insured event – to refuse payment in full or to reduce the amount of the insurance indemnity by not refunding the insurance premium.

Section IX. INSURANCE CHANGES AND TERMINATION

Art. 20. These General Terms and Conditions may be amended and/or supplemented by special conditions or by addenda.

Art. 21. (1) The insurance policy is terminated:

1. with the expiration of the term for which the insurance policy was concluded;
 2. when the limit of liability is exhausted;
 3. with 14 (fourteen) days written notice to the Insurer by the Policyholder.
- (2) Upon termination of the insurance policy at the request of the Policyholder, the Insurer shall refund the relevant portion thereof for the unexpired term of the insurance.
- (3) Unilaterally by the Insurer in case of:
1. omission by the Policyholder/Insured of circumstances, in the knowledge of which the Insurer would not have concluded this insurance.
 2. fraud or attempted fraud in connection with a claim for payment of an insurance indemnity, in which case the Insurer shall retain its rights to the insurance premium paid.
 3. fraud or attempted fraud, concealment or fraudulent misrepresentation to the Insurer or the Assistance Company by the Insured or its representatives. In such event, the insurance shall be terminated and the premium paid shall not be refundable.
- (4) Termination of this insurance before its commencement date is possible in the following cases:
1. detention of the Insured by the relevant authorities;
 2. death of a relative of the Insured;
 3. death of the Insured (at the request of his/her heirs);
 4. illness of the Insured, proven by a medical document, preventing his/her departure abroad;
 5. refusal to issue a visa to the Insured by the consular services of the relevant diplomatic missions accredited in the Republic of Bulgaria.
- (5) Cancellation of insurance under the terms of paragraph (4) above shall be possible only and exclusively before the policy comes into force. In this case the Insurer shall refund the premium paid by the Insured.

Section X. RELATIONS IN THE CASE OF THE OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT

Art. 22. Upon the occurrence of an insured event, the Insured is obliged within three days to contact the Assistance Company at the telephone number specified in the insurance policy and

1. state his/her name, the number and validity of the insurance policy;
2. state the address and telephone number at which he/she can be reached;
3. give a brief description of the problem and the nature of the assistance required.

Art. 23. Notwithstanding any other term of this policy, in the event of a life-threatening situation, the Insured or his/her representative shall arrange for emergency transportation to a hospital near the scene of the event in the most appropriate and expeditious manner.

Art. 24. In the event of illness or bodily injury resulting from an accident requiring hospitalization, the Insured or a person acting on his/her behalf must notify the Assistance Company within three days of the occurrence of the event. If the above condition is not complied with, the Assistance Company shall be entitled to invoice the Insured for any additional costs incurred by it which could have been avoided if this requirement had been complied with by the Insured.

Art. 25. If the Insured's condition requires medical transportation or repatriation, the following requirements shall be complied with:

1. The Insured or a person acting on his/her behalf must notify the Assistance Company as soon as possible of the name, address and telephone number of the hospital where the Insured is admitted or the name, address and telephone number of the attending physician and, if necessary, the family physician.
2. The medical team or representatives of the Assistance Company should have free access to the Insured to ascertain his/her condition. If this obligation is not complied with, and in the absence of reasonable objection, the Insured will not be entitled to medical assistance.
3. In all cases, after agreement with the attending physician, the Assisting Company arranges the transportation and the date and method of conducting it.

Art. 26. All claims under this insurance shall be made directly by the Insured to the

неизтеклия срок на застраховката.

(3) Едностранно от страна на Застрахователя в случай на:

1. премълчаване от Застрахователя/Застрахования на обстоятелства, при чиято известност Застрахователят не би сключил тази застраховка;
2. измама или опит за такава във връзка с предявяване на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение, като в този случай Застрахователят си запазва правата върху платената застрахователна премия;
3. измама или опит за такава, укриване или преднамерено невярно осведомяване на Застрахователя или Асистиращата компания от страна на Застрахования или неговите представители. В този случай действието на застраховката се прекратява, като платената застрахователна премия не подлежи на връщане.

(4) Прекратяване на тази застраховка преди началната ѝ дата е възможно при следните случаи:

1. задържане на Застрахования от съответните органи на властта;
 2. смърт на роднина на Застрахования;
 3. смърт на Застрахования (по искане на неговите наследници);
 4. заболяване на Застрахования, доказано с медицински документ, възпрепятстващо заминаването му в чужбина;
 5. отказ за издаване на виза на Застрахования от консулските служби при съответните дипломатически мисии, акредитирани в Република България.
- (5) Анулиране на застраховката съгласно условията на ал. 4 по-горе е възможно само и единствено преди влизане в сила на полицата. В този случай Застрахователят възстановява платената от Застрахования застрахователна премия.

Раздел X. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Чл. 22. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият е длъжен в тридневен срок да се обади на посочения в застрахователната полица телефонен номер на Асистиращата компания и

1. да посочи имената си, номера и валидността на своята застрахователна полица;
2. да посочи адреса и телефонния номер, на който може да бъде намерен;
3. да даде кратко описание на проблема и характера на необходимата помощ.

Чл. 23. Независимо от което и да е друго условие по тази полица, при застрашаваща живота ситуация Застрахованият или негов представител следва да уредят по най-подходящия и бърз начин спешно транспортиране до болница, намираща се близо до мястото на събитието.

Чл. 24. В случай на заболяване или телесно увреждане вследствие на злополука, което изисква хоспитализация, Застрахованият или лице, действащо от негово име, трябва да уведоми Асистиращата компания в тридневен срок от настъпване на събитието. При неспазване на горното условие Асистиращата компания е в правото си да фактурира на Застрахования всички допълнителни разходи, направени от нея, които са могли да бъдат избегнати, ако това изискване е било спазено от Застрахования.

Чл. 25. Ако състоянието на Застрахования изисква медицински транспорт или репатриране, следва да се спазят следните условия:

1. Застрахованият или лице, действащо от негово име, трябва да съобщи на Асистиращата компания възможно най-бързо името, адреса и телефонния номер на болницата, където е приет Застрахованият, или името, адреса и телефонния номер на лекуващия лекар и ако е необходимо, и на семейния лекар
2. Медицинският екип или представителите на Асистиращата компания следва да имат свободен достъп до Застрахования, за да установят състоянието му. Ако това задължение не бъде спазено и в случай че липсва основателно възражение, Застрахованият няма да има право на медицинска помощ.
3. При всички случаи след споразумение с лекуващия лекар Асистиращата компания организира транспортирането, както и датата и начина на осъществяването му.

Чл. 26. Всички претенции по тази застраховка се отправят директно от Застрахования към Асистиращата компания или към Застрахователя не по-късно от 7 (седем) дни, считано от датата на прибиране на територията на Република България, включително представяне на съответните оригинални документи, доказващи извършен разход.

Чл. 27. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият или негов представител трябва да предяви претенцията си за изплащане на застрахователно обезщетение, като спазва следните условия:

1. Застрахованият трябва да предприеме необходимите и възможни действия, за да предотврати увеличаването на вредите, да отстрани източниците на опасност и да ограничи последствията от събитието.
2. Задължително за разглеждане на предявена претенция за изплащане на застрахователно обезщетение от Застрахователя е Застрахованият или неговият представител:
 - 2.1. да изпълнява указанията на Асистиращата компания при осигуряване на цялата необходима информация по повод и във връзка с предявената претенция за изплащане на застрахователно обезщетение;
 - 2.2. да осигури необходимото съдействие и документи на Асистиращата компания, включително при извършване от представители на Асистиращата компания на

Assistance Company or to the Insurer not later than 7 (seven) days from the date of returning on the territory of the Republic of Bulgaria, including submission of the relevant original documents proving the expense incurred.

Art. 27. In case of an insured event occurred, the Insured or a representative submit the claim for payment of insurance indemnity, observing the following requirements:

1. The insured must take the necessary and possible actions to prevent the increase in damage, to eliminate the sources of danger and to limit the consequences of the event.

2. The Insured or his/her representative shall be obliged to consider a claim for payment of insurance indemnity by the Insurer:

- 2.1. to comply with the instructions of the Assistance Company in providing all necessary information on the occasion of and in connection with the claim for payment of insurance indemnity;

- 2.2. provide the necessary assistance and documents to the Assistance Company, including when representatives of the Assistance Company carry out actions necessary to establish the circumstances of the event, the grounds and the amount of the claim for payment of insurance indemnity;

- 2.3. provide written consent for physicians designated or approved by the Assisting Company to consult and assist the attending physicians except in cases of death or prolonged unconsciousness (coma).

3. In the event that the Insured or his/her representative is unable to contact the Assistance Company to obtain confirmation that the costs of an event occurred will be reimbursed due to reasons beyond the control of the Insured or his/her representative, the Insured or his/her representative must notify the Assistance Company no later than 7 (seven) days after such reasons have ceased to exist.

4. In the event that the Insured or his/her representative, for objective reasons beyond his/her control, which are duly proved, fails to fulfil the obligation under clause 2 above and incurs expenses or has obtained the approval of the Assistance Company that the expenses will be reimbursed after his/her return to the territory of the Republic of Bulgaria, the Insured shall notify the Insurer in writing of his/her claim for payment of insurance indemnity within 7 (seven) days from the date of return, but not later than 30 (thirty) days from the date of the event.

Art. 28. In case of permanent loss of working capacity due to an accident, the Insured is obliged to request the competent state authorities to certify the event.

Section XI. FILING AND SETTLEMENT OF CLAIMS. PAYMENT OF INSURANCE INDEMNITY

Art. 29. All claims under this insurance shall be made directly by the Insured to the Assistance Company or to the Insurer not later than 7 (seven) days from the date of collection in the territory of the Republic of Bulgaria, including submission of the relevant original documents proving the expense incurred.

Art. 30. (1) For registration of a claim for payment of insurance indemnity, the following shall be compulsorily submitted:

1. Damage report for an insured event using the Insurer's form, containing a brief written statement of the circumstances under which the event occurred;
2. Medical form completed and signed by the attending physician;
3. On death – Death Certificate, Death Notice, Certificate of Heirship;
4. Decision of the TEMC (NEMC) establishing the permanently reduced working capacity and its percentage.

5. Documents certifying the expenses incurred in original or written request from the medical facility for direct payment of expenses.

6. The documents referred to in par. 2 and 4 above shall be provided to the Assistance Company or, upon reimbursement, to the Insurer, accompanied by a copy translated by a sworn translator into Bulgarian.

(2) In addition to par. 1, the notice to the Insurer of a claim for payment of an insurance indemnity for unforeseen and urgent medical expenses incurred, medical transportation expenses, expenses for repatriation of the Insured's remains due to an accident or acute illness, and unforeseen expenses incurred due to a COVID-19 illness, shall contain:

1. A medical document issued by a proper medical authority describing the type and nature of the injuries, including an accurate diagnosis and recommended treatment;
2. The original supporting documents for payments made, documents confirming the necessity and extent of the medical care provided, or documents relating to other expenses covered by the insurance which certify the total cost of treatment paid by the Insured.

(3) In addition to par. (1), the notification to the Insurer of a claim for payment of an insurance indemnity in the event of death due to an accident or permanently reduced or lost working capacity shall contain:

1. Death Certificate, Death Notice and Certificate of Heirship;
2. Decision of the TEMC (NEMC) establishing the permanently reduced working capacity and its percentage. The determination of the percentage of permanent loss of working capacity may be carried out by the Insurer's IMC.
3. Any other information in connection with the insurance indemnity claim necessary for the Insurer to establish the occurrence of the insured event and to determine the amount

действия, необходими за установяване на обстоятелствата относно събитието, основанието и размера на претенцията за изплащане на застрахователно обезщетение;

2.3. да предостави писмено съгласие лекари, които са посочени или одобрени от Асистиращата компания, да консултират и съдействат на лекуващите лекари с изключение на случаите на настъпила смърт или продължително безсъзнание (кома).

3. При невъзможност Застрахованият или неговият представител да се свърже с Асистиращата компания, за да получи потвърждение, че разходите по повод настъпило събитие ще бъдат възстановени, поради причини извън контрола на Застрахования или неговия представител, Застрахованият/неговият представител трябва да уведоми Асистиращата компания не по-късно от 7 (седем) дни, след като тези причини са отпаднали.

4. В случай че Застрахованият или неговият представител, поради обективни причини извън неговия контрол, които са доказани надлежно, не изпълни задължението си по т. 2 по-горе и поеме разходи или е получил одобрение на Асистиращата компания, че разходите ще му бъдат възстановени след неговото връщане на територията на Република България, Застрахованият трябва да уведоми писмено Застрахователя за претенцията си за изплащане на застрахователно обезщетение до 7 (седем) дни от датата на връщането, но не по-късно от 30 (тридесет) дни от датата на събитието.

Чл. 28. При трайно загубена работоспособност вследствие на злополука Застрахованият е длъжен да поиска освидетелстване на събитието от компетентните държавни органи.

Раздел XI. ПРЕДЯВЯВАНЕ И УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ. ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Чл. 29. Всички претенции по тази застраховка се отправят директно от Застрахования към Асистиращата компания или към Застрахователя не по-късно от 7 (седем) дни, считано от датата на прибиране на територията на Република България, включително представяне на съответните оригинални документи, доказващи извършен разход.

Чл. 30. (1) За регистриране на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение задължително се представят:

1. Заявление за настъпило застрахователно събитие по образец на Застрахователя, съдържащо кратко писмено изложение на обстоятелствата, при които е настъпило събитието;

2. Попълнената и подписана медицинска форма от лекуващия лекар;

3. При смърт – Смъртен акт, Съобщение за смърт, Удостоверение за наследници;

4. Решение на ТЕЛК (НЕЛК) за установяване трайно намалената работоспособност и нейния процент.

5. Документи, удостоверяващи извършените разходи в оригинал или писмено искане от страна на медицинското заведение за директно заплащане на разходите.

6. Документите по точки 2 и 4 по-горе се предоставят на Асистиращата компания или при възстановяване на разходите на Застрахователя, придружени с копие, преведено от заклет преводач на български език.

(2) В допълнение на ал. 1, уведомлението до Застрахователя за предявяване на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение за извършени непредвидени и неотложни медицински разходи, разходи за медицински транспорт, разходи за репатриране на тленните останки на Застрахования вследствие на злополука или акутно заболяване, както и извършени непредвидени разходи вследствие на заболяване от COVID-19, трябва да съдържа:

1. Медицински документ, издаден от надлежен медицински орган, с описание на вида и характера на нараняванията, включително точна диагноза и препоръчително лечение;

2. Оригинални разходооправдателни документи за извършени плащания, документи, потвърждаващи необходимостта и обема на предоставената медицинска помощ, или документи, свързани с други разходи, покрити по застраховката, които удостоверяват общите разходи за лечение, които Застрахованият е платил.

(3) В допълнение на ал. 1, уведомлението до Застрахователя за предявяване на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение в случай на смърт вследствие на злополука или трайно намалена или загубена работоспособност, трябва да съдържа:

1. Смъртен акт, Съобщение за смърт и Удостоверение за наследници;

2. Решение на ТЕЛК (НЕЛК) за установяване трайно намалената работоспособност и нейния процент. Установяването на процента на трайна загуба на работоспособност може да бъде извършено от ЗМК на Застрахователя.

3. Всяка друга информация във връзка с претенцията за изплащане на застрахователно обезщетение, необходима на Застрахователя за установяване настъпило застрахователно събитие и определянето размера на вредите.

Чл. 31. Асистиращата компания или Застрахователят имат право да поискат и други документи, необходими за установяване на събитието, основанието и размера на застрахователното обезщетение.

of the damage.

Art. 31. The Assistance Company or the Insurer have the right to request any other documents necessary to establish the event occurred, the grounds and the amount of the insurance indemnity.

Art. 32. (1) For payment of insurance indemnity it is necessary that the Insured or his/her legal heirs:

1. have fulfilled the obligations set out in these General Terms and Conditions;

2. to submit a written claim for payment of an insurance indemnity.

(2) The total of all payments must not exceed the sum insured specified in the insurance policy for each cover separately.

(3) The insurer is liable only for expenses actually incurred.

(4) In the event of death of the Insured, the insurance indemnity shall be paid to his/her legal heirs.

(5) In the event of permanent loss of working capacity due to an accident, the Insured shall be paid a percentage of the sum insured corresponding to the percentage determined by the relevant competent authority conducting the medical examination of working capacity (TEMC/NEMC) or the IMC:

1. The Insurer's obligation to pay the sum insured or part thereof in the event of permanently reduced or lost working capacity due to an accident arises only if the injuries are causal-linked to the accident and provided that the permanently reduced or lost working capacity occurred within 1 (one) year from the date of the accident. An exception to the rule in the first sentence applies in cases where the Insured has suffered a temporary loss of working capacity lasting for a period of up to 18 (eighteen) months without interruption, which has immediately progressed to a permanently reduced or lost working capacity.

2. The Insurer is not liable to pay to the Insured any insurance indemnity for loss of opportunity to practice a profession as a result of an accident or acute illness.

Art. 33. (1) The Insurer is entitled to carry out a medical examination concerning the Insured's state of health in connection with an insured event.

(2) In the event of the death of the Insured as a result of an accident, the Insurer is entitled to request an autopsy with a medical report on the cause of death.

Art. 34. (1) The Insurer shall pay the amount within 15 (fifteen) working days after the submission of all the necessary documents requested by the Insurer.

(2) In the case that the Insurer pays an amount for permanently reduced working capacity, the latter shall be deducted from the indemnity payable in the event of the death of the same person due to an accident.

(3) The Insurer's liability under these Terms and Conditions is limited to the amount of the sum insured stated in the policy for each insured person.

Art. 35. The insurance indemnity shall be paid in Bulgarian levs, at the fixing rate of the Bulgarian National Bank on the date of the expenses, except in cases where the Insurer settles directly with the medical institution.

Art. 36. If the Insured has another insurance covering medical expenses during travel and stay abroad, the liability of the Insurer shall be proportionate according to the ratio of the limits of liability under the two insurances.

Section XII. OTHER PROVISIONS

Art. 37. (1) Upon conclusion of the insurance contract, the Policyholder shall provide a correspondence address, choosing either postal or electronic. The correspondence address initially provided may be changed during the duration of the insurance contract, and such change may be made at any time without being subject to a fee. All notices to be given to the Policyholder shall be sent to the last correspondence address notified in writing by the Policyholder to the Insurer. The Insurer is considered to have complied with its notification obligation if it has sent the notice to the Policyholder's last known correspondence address.

(2) The following date shall be considered as the date of notification:

1. This rule does not apply if the Policyholder has failed to notify the Insurer of a change in its mailing address. In this case the date of notification is considered to be the outgoing date of the letter;

2. in the case of correspondence by electronic means, the date of receipt of the message in the electronic system. E-mail delivery is to be certified by a copy of the electronic record (printout of the e-mail).

(3) Notices to the Insurer shall be in writing and shall be mailed to the Insurer's mailing address or hand delivered at each of its offices.

Art. 38. In the event of loss or destruction of the policy, the Policyholder shall immediately notify the Insurer in order that a certified copy may be issued. The Policyholder obtains the copy against declaration of invalidity of the lost/destroyed copy and payment of a fee of 10 (ten) euros.

Art. 39. (1) Solely Owned Joint Stock Insurance Company (ZEAD) BULSTRAD LIFE VIENNA INSURANCE GROUP EAD, as a personal data controller, shall protect and safeguard the confidentiality of personal data in compliance with the requirements of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament, the Personal Data Protection Act and the Insurer's Internal Rules and Policies. The personal data provided shall be

Чл. 32. (1) За изплащане на застрахователно обезщетение е необходимо Застрахованият или законните му наследници:

1. Да са изпълнили задълженията, определени в настоящите Общи условия;
2. Да предявят писмена претенция за изплащане на застрахователно обезщетение.
- (2) Общият размер на всички плащания не може да надвишава застрахователната сума, посочена в застрахователната полица, за всяко покритие поотделно.
- (3) Застрахователят носи отговорност само за реално извършени разходи.
- (4) В случай на смърт на Застрахования застрахователно обезщетение се изплаща на законните му наследници.
- (5) В случай на настъпила трайна загуба на работоспособност вследствие на злополука на Застрахования ще се изплати процент от застрахователната сума, съответстващ на процента, определен от съответния компетентен орган на медицинската експертиза на работоспособността (ТЕЛК/НЕЛК) или ЗМК:

1. Задължението на Застрахователя да изплати застрахователната сума или част от нея в случай на трайно намалена или загубена работоспособност, настъпила вследствие на злополука, се поражда само ако уврежданията са в причинно-следствена връзка със злополуката и при условие че трайно намалената или загубена работоспособност е настъпила до 1 (една) година от датата на злополуката. Изключение от правилото по изречение първо се прилага в случаите, при които застрахованото лице е било във временна загуба на работоспособност, продължила за срок до 18 (осемнадесет) месеца без прекъсване, която непосредствено е преминала в трайно намалена или загубена работоспособност.

2. Застрахователят не дължи на Застрахования застрахователно обезщетение за загубена възможност за упражняване на професия в резултат на настъпила злополука или акутно заболяване.

Чл. 33. (1) Застрахователят има право да извърши медицинско проучване относно здравословното състояние на Застрахования във връзка с настъпило застрахователно събитие.

(2) В случай на смърт в резултат на злополука на Застрахования Застрахователят има право да поиска аутопсия с медицинско заключение за причините на смъртта.

Чл. 34. (1) Застрахователят изплаща сумата в срок от 15 (петнадесет) работни дни след представянето на всички необходими и изискани от Застрахователя документи.

(2) В случай че Застрахователят изплати сума за трайно намалена работоспособност, последната се приспада от обезщетението, което следва да се плати при смърт на същото лице вследствие на злополуката.

(3) Отговорността на Застрахователя по тези условия е ограничена до размера на застрахователната сума, посочена в полицата за всяко едно застраховано лице.

Чл. 35. Застрахователното обезщетение се изплаща в български лева, по курс фиксинга на Българска на-родна банка към датата на извършването на разходите, освен в случаите, когато Застрахователят се разплаща директно с медицинското заведение.

Чл. 36. Ако Застрахованият има друга застраховка, покриваща медицински разходи при пътуване и пребиваване в чужбина, отговорността на Застрахователя е пропорционална според съотношението на лимитите на отговорност по двете застраховки.

Раздел XII. ДРУГИ РАЗПОРЕДБИ

Чл. 37. (1) При сключване на застрахователния договор Застрахованият предоставя адрес за кореспонденция, като избира какъв да е той – пощенски или електронен. 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 Застрахования, 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 Застрахования.

(2) За дата на уведомяването се счита следната дата:

1. в случай на кореспонденция чрез пощенски адрес – датата на получаването на писмото. Това правило не се прилага, когато Застрахованият не е уведомил Застрахователя за промяна в пощенския си адрес за кореспонденция. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на писмото;

2. в случай на кореспонденция чрез електронен адрес – 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 по пощата на адреса за кореспонденция на Застрахователя или да бъдат подадени на място във всеки негов офис.

Чл. 38. В случай на загубване или унищожаване на полицата Застрахованият трябва незабавно да уведоми Застрахователя, за да му бъде издадено заверено копие. Застрахованият получава копие от декларация за невалидност на изгубения/унищожения екземпляр и заплащане на такса в размер на 10 (десет) евро.

used by the Insurer for the purposes of concluding, servicing, performing obligations and settling claims under insurance contracts. Information on the purposes and conditions under which personal data is processed is published on the Insurer's official website: www.bulstradlife.bg.

(2) Upon conclusion of an insurance contract, as well as during the term of the contract, the Insurer shall have the right to obtain detailed and accurate information concerning the following categories of personal data: age, sex, health and financial condition of the person whose life, health or bodily integrity is the subject of insurance.

(3) In the case of an insured event, the Insurer shall have the right to access personal data contained in all medical records relating to the health condition of the person whose life, health and bodily integrity it has insured, and may request it from all persons holding such information, including under the Medical Institutions Act, the Health Care Insurance Act and the Health Act, for the purpose of performing its obligations under the insurance contract.

(4) The Insurer shall not, without the consent of the person concerned, disclose personal data known to it to third parties, except in cases provided for by law, as agreed between the parties or in the prevention of insurance fraud, as well as in connection with the Measures Against Money Laundering Act.

(5) The provision of personal data is entirely voluntary. Refusal to provide such data shall be grounds for the Insurer to refuse to conclude a contract or to take any other action in the event that the lack of such data does not enable the Insurer to objectively assess the risk of the transaction or otherwise jeopardizes the realization of its legitimate interests.

(6) Any person who has provided his/her personal data shall have the right to access it and may freely exercise his/her rights in accordance with the applicable personal data protection legislation and the Insurer's Internal Rules.

Art. 40. (1) Provided that this clause does not violate any specific national law or regulation applicable to the Insurer, notwithstanding the terms of this insurance contract, the Insurer shall not provide coverage, indemnification or other services hereunder to the extent that such coverage, indemnification or services would expose the Insurer to any risk related to any commercial, financial, embargo or economic sanctions, laws or regulatory

(2) Applicable trade, financial, embargo or economic sanctions may include:

- (a) national sanctions;
- (b) European Union (EU) sanctions;
- (c) United Nations (UN) sanctions;
- (d) United States of America (USA) sanctions;
- (e) UK sanctions;
- (f) other sanctions.

(3) Where a party to the insurance contract is found to be on the consolidated sanction lists referred to above, the Insurer shall terminate the insurance contract immediately on becoming aware of it.

Art. 41. The rights and obligations under the insurance contract concluded under these General Terms and Conditions shall be extinguished by a 5-year limitation period starting from the date of occurrence of the insured event.

Art. 42. Disputes between the parties shall be settled by mutual agreement and, in the absence of agreement, before the competent Bulgarian court. Bulgarian law shall apply.

Art. 43. All taxes, fees and other such charges existing or to be determined on the insurance payment received shall be borne by the beneficiaries, the Insured or their heirs.

Art. 44. (1) These General Terms and Conditions shall form an integral part of the insurance contract.

(2) Subsequent amendments and supplements to these General Terms and Conditions shall come into force only for insurance contracts concluded after the date of the change and shall not affect the existing ones, unless a change in a statutory act requires this or the parties agree otherwise.

Section XIII. FINAL PROVISIONS

§1. The present General Terms and Conditions of the Travel Abroad Insurance have been adopted by a decision of the Board of Directors of Solely Owned Joint Stock Insurance Company (ZEAD) BULSTRAD LIFE VIENNA INSURANCE GROUP EAD by Minutes No. 389/11.04.2024.

This document is prepared and adopted in Bulgarian. In case of any discrepancy between the English and Bulgarian versions, the Bulgarian text shall prevail.

Чл. 39. (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. Информацията относно целите и условията, при които се обработват личните данни, е публикувана на официалната страница на Застрахователя в интернет: 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 предоставяне 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. 40. (1) При условие че настоящата клауза не нарушава конкретен национален закон или разпоредба, приложими за Застрахователя, независимо от условията по настоящия застрахователен 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.

(3) В случаите, когато се установи, че страна по застрахователния договор присъства в консолидираните списъци със санкции, посочени по-горе, Застрахователят го прекратява незабавно, считано от момента на узнаването.

Чл. 41. Правата и задълженията по застрахователния договор, сключен при действието на тези Общи условия, се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

Чл. 42. Спорове между страните се решават по взаимно съгласие, а при непостигане на споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право.

Чл. 43. Всички данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху полученото застрахователно плащане, са в тежест на ползвателите се лица, Застрахования или техните наследници.

Чл. 44. (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 XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящите Общи условия по застраховка „Пътуване в чужбина“ са приети с решение на Управителния съвет на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по Протокол № 389/11.04.2024 г.