NADEJDA
insurance company

CONDIZIONI SPECIALI DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE E COLLETTIVA "INFORTUNIO"

I. OSSERVAZIONI GENERALI

1. La compagnia assicurativa Nadejda AD, in appresso denominata "Assicuratore", stipula, con riferimento a queste Condizioni Speciali, delle Assicurazioni individuali e collettive "Infortunio" sulla vita, la capacità lavorativa e la salute di una persona fisica, in appresso denominata "Assicurato". La polizza può essere stipulata in nome e per il conto di persone fisiche o giuridiche bulgare o straniere /soggiornanti sul territorio della Repubblica di Bulgaria/, in appresso denominate "Contraente".
   Le coperture assicurate hanno validità per il territorio della Repubblica di Bulgaria ed assicurano una copertura di 24 ore nella giornata.

II. PARTI DEL RAPPORTO DI ASSICURAZIONE

1. In conformità alle presenti Condizioni Speciali le parti del contratto sono:
1.1. L'Assicuratore;
1.2. L'Assicurato/il Contraente;
1.2.1. Persone assicurate;
1.2.1.1. Vengono assicurate delle persone clinicamente sane. Non possono essere assicurate persone con una determinata percentuale di perdita di capacità lavorativa al giorno di stipula dell'Assicurazione salvo che tra le parti non sia pattuita per iscritto la stipula di un'Assicurazione con rischio aggravato consistente in un aumento del premio di rischio, una limitazione della validità in merito a situazioni precedenti. Alle stesse condizioni possono essere assicurate anche delle persone affette da malattie croniche trattate per malattie verificatesi prima dell'inizio dell'assicurazione, nonché delle persone senza Assicurazione Malattia;
1.2.1.2. Persone di più di 65 anni vengono assicurate a rischio aggravato;
1.2.1.3. Per persone incapaci e persone minori di 14 anni non viene coperto il rischio di cui al p. 4.1 e vengono assicurate a rischio aggravato,
2. L'Assicurazione può essere stipulata dalla persona la cui salute e integrità fisica sono assicurate (assicurato) oppure in nome e per conto di un'altra persona (contraente).

III. TIPI DI ASSICURAZIONI

3. Con riferimento a queste Condizioni Speciali vengono stipulate le seguenti Assicurazioni:
3.1. INFORTUNIO GENERALE
3.1.1. **Assicurazioni individuali.** Vengono stipulate con persone aventi un'età da 16 a 65 anni. Persone minori di 16 anni vengono assicurate soltanto in nome e per conto dei loro genitori, tutori.
3.1.2. **Assicurazioni collettive.** Vengono stipulate secondo il numero medio di persone assicurate o con elenco nominativo.
3.1.2.1. Un contratto collettivo viene stipulato con lista nominativa obbligatoriamente quando: non sono comprese tutte le persone del gruppo; il premio assicurativo è per conto delle persone assicurate; il gruppo ha un numero determinato - da 2 a 9 persone.
3.1.2.2. Un gruppo può essere costituito da 10 o più persone. Le persone costituenti il gruppo devono avere almeno una caratteristica in comune - luogo di lavoro, organizzazione professionale od altra comune, partecipazione allo stesso evento. Nel caso di Assicurazioni collettive un contratto assicurativo viene stipulato con un elenco nominativo o secondo il numero medio delle persone assicurate.
3.1.2.3. Per i contratti collettivi stipulati in base al numero medio di persone assicurate, per le persone in assenza per malattia o per gravidanza, nascita o adozione e in congedo parentale all'inizio del contratto, la responsabilità dell'Assicuratore comincia a decorrere dalle ore 00,00 del giorno in cui sono tornate al lavoro.

IV. RISCHI COPERTI

4. L'Assicuratore copre i seguenti rischi avvenuti a seguito di infortuni verificatisi dopo l'inizio del contratto di Assicurazione:
   Copertura di base:
4.1. Morte a seguito di un infortunio
4.2. Inabilità permanente al lavoro a seguito di un infortunio;
   Copertura complementare:
4.3. Inabilità temporanea al lavoro a seguito di un infortunio;
4.4. Spese mediche a seguito di infortunio o di malattia acuta;
4.5. Spese di trasporto sanitario e rimpatrio imposto da un infortunio, malattia acuta o morte
   Altri rischi accessori connessi ai rischi sopra elencati:
4.6. Diarie per degenza in ospedale a seguito di un infortunio;
4.7. Spese di salvataggio.
5. L'Assicurato può scegliere una combinazione di rischi su pacchetto di base comprendente i rischi di morte e perdita permanente di capacità lavorativa a seguito di un infortunio; oppure in combinazione con i rischi complementari.
6. L'Assicuratore copre quelli rischi che vengono espressamente indicati in uno specifico contratto di Assicurazione.

V. CONTRATTO DI ASSICURAZIONE - STIPULAZIONE, FORMA, DURATA, VALIDITÀ, RISOLUZIONE E RINNOVO. RIFIUTO DI PAGAMENTO.

7. Il contratto di Assicurazione viene stipulato in forma scritta e comprende tutti i requisiti in conformità all'art. 345 del Codice delle Assicurazioni.
8. Il contratto di assicurazione include: Proposta, polizza assicurativa, le Condizioni Generali, le Condizioni Speciali di cui all'Assicurazione, la Dichiarazione sanitaria, gli Addenda ed altri Allegati.
9. Il periodo di validità del contratto d'Assicurazione è 1 (uno) anno, salvo diversamente concordato.
9.1. Per gli assicurati associati ad un contratto di Assicurazione tramite addendum, l'Assicurazione può avere una durata di meno di un anno qualora l'addendum entri in vigore dopo l'inizio del contratto perché la durata finale dell'addendum non può superare la durata finale del contratto;
9.2. La copertura per i nuovi membri del Contraente prende effetto automaticamente, con decorrenza dalla data di entrata. La copertura per membri che hanno lasciato il Contraente prende effetto automaticamente, entro la data di uscita.
10. Documenti necessari per la stipula del contratto:
10.1. Proposta di stipula di Assicurazione;
10.2. Dichiarazione sanitaria - per assicurazioni individuali i e gruppi entro 10 persone. Per Assicurazioni collettive di oltre 10 persone non viene richiesta la compilazione di un questionario sanitario. Sulla base di quanto dichiarato nel questionario sanitario l'Assicuratore può prescrivere visite mediche e/o esami. Sofferenze non determinate dal medico, note al candidato all'Assicurazione ma non riportate al questionario dello stesso, vengono trattate come circostanze note ma non dichiarate;
10.3. elenco delle persone soggette ad Assicurazione - per contratti collettivi.
11. Tutte le modifiche al contratto di Assicurazione vengono effettuate in base ad una richiesta scritta da parte dell'assicurato che viene allegato alla polizza. Le modifiche vengono formalizzate con l'emissione di un addendum.
12. L'Assicuratore rifiuta il pagamento di un indennizzo all'Assicurato nel caso in cui:
12.1. vengono esclusi dalla copertura conformemente alle Condizioni Generali, salvo che sia pagato un premio assicurativo complementare;
12.2. l'Assicurato ha presentato la pretesa dopo la scadenza del termine previsto;
12.3. l'Assicurato non ha presentato tutti i documenti necessari e richiesti attestanti la sua pretesa, compreso entro il termine complementare concesso dall'Assicuratore;
12.4. l'Assicuratore non ha eliminato entro il termine supplementare concesso le non conformità nei documenti già presentati;
12.5. Al verificarsi di un evento assicurato l'Assicuratore ha il diritto di fare un'inchiesta per determinare se ci sia una malattia nascosta alla stipula dell'assicurazione e se la stessa sia in legame causale con l'evento assicurato verificatosi. Qualora un tale legame esisti, il pagamento dell'indennizzo assicurativo viene rifiutato;
12.6. il Contraente/beneficiario/ presenta prove o documenti non corretti o rifatti, metodi e dichiarazioni mendaci al fine di ottenere l'indennizzo assicurativo;
12.7. Quando nei casi della circostanza dichiarata in modo inesatto o non comunicata si verifichi l'evento assicurato, l'Assicuratore può rifiutare il pagamento dell'indennizzo o la somma assicurativa soltanto quando essa ha avuto un impatto sul verificarsi dell'evento.

VI. SOMMA ASSICURATA

13. La somma assicurata è un valore determinante l'ammontare massimo della responsabilità dell'Assicuratore.
13.1. La somma assicurata viene concordata alla stipula dell'Assicurazione ma non inferiore a Leva 1.000 e non maggiore a Leva 10.000 per una persona assicurata indipendentemente dalla valuta scelta.
13.2. Quando la somma assicurata è di Leva 5.000 ed oltre, viene obbligatoriamente compilata una dichiarazione sanitaria.

VII. PREMIO ASSICURATIVO

14. Il premio assicurativo viene determinato dall'Assicuratore e dipende dalla somma assicurata, la classe di rischio e dai rischi coperti.

15. Il premio assicurativo viene pagato in un'unica soluzione alla stipula dell'Assicurazione o in modo differito a due o quattro versamenti.

15.1. Qualora le somme assicurate vengano concordate in valuta, il premio assicurativo viene determinato nella stessa valuta e viene pagato in leva secondo il tasso fisso della Banca Nazionale Bulgara alla data del pagamento /scadenza/di ogni singolo versamento.

VIII. DIRITTI ED OBBLIGHI DELLE PARTI DELL'ASSICURAZIONE

16. L'Assicurato ha il diritto:

16.1. di aumentare l'ammontare della somma assicurata e di aggiungere dei rischi;

16.2. di risolvere il contratto di Assicurazione;

16.3. di indicare a sua discrezione un beneficiario sulla polizza, nonché di cambiarlo durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

17. L'ASSICURATO è tenuto:

17.1. a pagare il premio assicurativo entro i termini e nell'ammontare indicati nella polizza assicurativa;

17.2. ad informare l'Assicuratore di ogni modifica che possa modificare le circostanze della polizza;

17.3. L'Assicurato è tenuto ad osservare le prescrizioni mediche;

17.4. al verificarsi di un evento assicurato l'Assicurato o i suoi eredi sono tenuti ad informarne l'Assicuratore non più tardi di 7 /sette/ giorni dalla data dell'evento per iscritto;

17.5. Alla presentazione di una richiesta di indennizzo assicurativo l'Assicurato o i suoi eredi sono tenuti a presentare all'Assicuratore tutti i documenti giustificanti il pagamento in modo incontestabile.

18. L'ASSICURATORE ha il diritto:

18.2. di fare una verifica delle informazioni presenti nella documentazione prima di prendere una decisione del pagamento dell'indennizzo;

18.3. di richiedere informazioni tempestive dal Contraente per modifiche al numero delle persone assicurate

18.4. di ricevere nella misura e entro i termini indicati nel contratto di Assicurazione il premio assicurativo dovuto relativo ad esso

18.5. di richiedere, se occorre, dei documenti e delle prove complementari, notificandone l'assicurato per iscritto, nel rispetto delle disposizioni dell'art. 106, 4° co. o l'art. 106, 3° co., seconda frase del Codice delle Assicurazioni.

18.5.1. I documenti complementari vengono ricevuti contro numero e data della posta in entrata o con indicazione del tipo di documento, la data di presentazione e la firma della persona presentante il documento sulla domanda/cartella/ del fascicolo aperto. Il termine di revisione dei documenti complementari registrati con numero di registrazione e/o corretti è di 15 giorni.

19. L'ASSICURATORE è tenuto:

19.1. A concedere all'Assicurato delle informazioni precise, competenti, esaurienti e esatte relative alle condizioni dell'Assicurazione.

19.2. A pagare le somme assicurate e gli indennizzi entro i termini indicati nelle presenti Condizioni Speciali e in conformità al Codice delle Assicurazioni.

19.3. L'Assicuratore non ha il diritto di rifiutare la registrazione di una richiesta, salvo nei seguenti casi:

19.3.1. manca un contratto di assicurazione stipulato con la compagnia;

19.3.2. la persona lesa non è assicurata;

19.3.3. l'evento servito come causa della richiesta, si è verificato prima dell'inizio o dopo la risoluzione del contratto di Assicurazione per motivi previsti nello stesso e/o nel Codice delle Assicurazioni;

19.3.4. l'evento in relazione al quale sono causati i danni richiesti, si è verificato per un rischio non coperto del contratto di Assicurazione e ciò è visto in maniera categorica dai documenti presentati alla richiesta;

19.4. A saldare o a rifiutare per iscritto il pagamento dell'indennizzo assicurativo entro 15 (quindici) giorni dalla presentazione di tutti i documenti e informazioni richiesti dall'Assicuratore, necessari per la determinazione dei pregiudizi per motivo e per misura.

20. IL CONTRAENTE è tenuto:

20.1. Dopo la stipula dell'Assicurazione a portare tempestivamente a conoscenza degli Assicurati, in forma abbastanza dettagliata, il contenuto delle Condizioni Generali e Speciali i rischi coperti, nonché a chiarire agli Assicurati i loro diritti ed obblighi derivanti dalla presente Assicurazione;

20.2. Ad aggiornare tempestivamente l'elenco degli Assicurati comunicando per iscritto all'Assicuratore i cambiamenti negli elenchi (i lavoratori licenziati e le nuove nomine).

20.3. A pagare i premi dovuti entro i termini indicati nelle Condizioni Generali.

21. IL CONTRAENTE ha il diritto:

21.1. Di includere/escludere delle persone nel contratto, di aumentare la somma assicurata, nonché di aggiungere nuovi rischi

21.2. Qualora in un contratto di assicurazione vigente vengano incluse delle persone in modo supplementare e/o venga aumentata la somma assicurata e/o vengano aggiunti nuovi rischi, il Contraente è tenuto a versare un premio supplementare.

IX. PAGAMENTI ASSICURATIVI

22. Al verificarsi di un evento assicurato avvenuto dopo l'inizio del contratto, l'Assicuratore paga alla persona assicurata, a un suo rappresentante autorizzato, ai beneficiari e/o ai suoi eredi legittimi le seguenti somme:

22.1. Nel caso di morte a seguito di un infortunio non sul lavoro o sul lavoro va liquidata la somma assicurata;

22.2. Nel caso di inabilità permanente al lavoro va rimborsata una percentuale della somma assicurata pari alla percentuale di capacità lavorativa persa stabilita dalla Commissione dei periti assicurativi dell'Assicuratore/Commissione territoriale o nazionale dei periti medici.

22.3. Nel caso di inabilità permanente al lavoro a seguito di un infortunio viene pagata una percentuale della somma assicurata a seconda della durata dell'inabilità al lavoro quanto segue:

- non più di 10 giorni - il 3% della somma assicurata ma non più di Leva 200,00;
- dall'11° al 20° giorno - il 4% della somma assicurata ma non più di Leva 300,00;
- dal 21° al 40° giorno - il 6% della somma assicurata ma non più di Leva 400,00;
- dal 41° al 90° giorno - il 10% della somma assicurata ma non più di Leva 500,00;
- oltre il 91° giorno - il 15% della somma assicurata ma non più di Leva 600,00.

22.4. Spese mediche per infortunio o malattia acuta in caso di perdita temporanea di capacità lavorativa per 21 giorni o più - L'Assicuratore copre le spese mediche soltanto in presenza di inabilità al lavoro temporanea o permanente in relazione allo stesso evento assicurato in merito al quale sono state sostenute, nella misura del 5% della somma assicurata ma non più di leva 500,00.

22.5. Spese di trasporto sanitario e rimpatrio imposto da un infortunio, malattia acuta o morte - L'Assicuratore rimborsa le spese effettivamente sostenute di evacuazione dell'Assicurato entro il limite pattuito e/o le spese relative per il trasporto dell'Assicurato o dei suoi resti mortali (cremati) dal luogo dell'infortunio o della malattia acuta o dalla struttura sanitaria che ha effettuato il trattamento fino al luogo della sua residenza, fino al 10% della somma assicurata ma non più di Leva 700,00.

23. Nel caso di altri rischi accessori, quanto segue:

23.1. Diarie per degenza in ospedale a seguito di un infortunio

23.1.1. L'evento assicurato avviene durante un trattamento in ospedale quando la persona assicurata è stata ricoverata come un malato portato all'ospedale a seguito di un infortunio.

23.1.2. La responsabilità dell'Assicuratore viene determinata sotto forma di un importo forfettario al giorno, pagato per ogni giorno di degenza pari all'1% della somma assicurata ma non più di Leva 20 al giorno, per almeno 10 giorni in un unico soggiorno e non più di 45 giorni in un anno assicurativo.

23.1.3. L'importo dell'indennizzo assicurativo dovuto viene determinato in base ai giorni effettivamente passati in degenza in una struttura sanitaria. Alla determinazione della durata del certificato di malattia non viene compreso il giorno di dimissione.

23.1.4. La tutela assicurativa include il pagamento di un indennizzo per soggiorno in ospedale della persona assicurata necessario dal punto di vista medico a seguito di un infortunio e la copertura assicurativa comprende diarie di degenza imposta da un trattamento in ospedale a seguito di un infortunio;

23.2. Spese di salvataggio - Vanno rimborsate le spese effettivamente sostenute di ricerca e salvataggio dell'Assicurato, comprese le spese di rimpatrio dell'Assicurato ad una struttura sanitaria dopo il suo salvataggio, entro il 10% della somma assicurata, ma non più di leva 1.000,00.

23.2.1. per il rischio "spese di salvataggio" l'Assicuratore è responsabile di eventi a seguito di un infortunio avvenuto con l'Assicurato e che ha reso necessario il suo salvataggio per via terrestre, aerea o marittima.

23.2.2. L'Assicuratore copre le spese effettivamente sostenute per ricerca, salvataggio, assistenza medica primaria e trasporto effettuati da organizzazioni esercitanti attività di ricerca e/o salvataggio di un Assicurato /Croce Rossa Bulgara, Protezione Civile, Vigili del Fuoco, servizi di salvataggio in montagna/

24. Nel caso di inabilità permanente al lavoro totale o parziale l'indennizzo assicurativo viene pagato non prima di 3 mesi e non più tardi di 1 anno dalla data dell'evento.

24.1. La percentuale di inabilità permanente al lavoro viene determinata dopo la stabilizzazione definitiva e totale dell'invalidità.

24.2. Nel caso di morte e di inabilità permanente al lavoro l'Assicuratore rimborsa somme soltanto se avvenute al massimo entro un anno dal giorno dell'infortunio e se sono in legame causale con esso.

25. Nel caso di inabilità temporanea al lavoro l'indennizzo rispettivo viene pagato qualora l'inabilità al lavoro sia diagnosticata per la prima volta entro 1 mese dalla data dell'evento e vengono pagate per due volte al massimo per la durata dell'Assicurazione.

26. Qualora a seguito di un evento assicurato coperto a queste condizioni, l'Assicurato abbia ricevuto importi per inabilità temporanea al lavoro e più tardi a seguito dello stesso evento acquisisca inabilità permanente al lavoro, viene pagata la differenza tra la somma dovuta per inabilità permanente e la somma per inabilità temporanea precedentemente ricevuta.

27. L'indennizzo per inabilità temporanea al lavoro viene pagato dopo la scadenza del termine del certificato di malattia effettivamente goduto dall'assicurato e attestante la durata dell'inabilità al lavoro.

28. L'importo complessivo di tutti i pagamenti non può superare l'ammontare complessivo della somma assicurata.

29. Non vengono rimborsate le spese di farmaci che non hanno azione curativa diretta, nonché tali di carattere preventivo, vitamine, proteine, additivi alimentari, contraccettivi, alimenti speciali, vaccine, mezzi di sostegno, materiali di consumo e farmaci acquistati dopo il 15° giorno della loro prescrizione.

30. Gli indennizzi per tutti i rischi vengono pagati entro un termine di 15 giorni dopo la presentazione di tutti i documenti necessari alla prova del diritto e la misura dell'indennizzo.

31. Le parti assicurati possono pattuire una franchigia la cui misura specifica viene indicata nella polizza assicurativa in conformità all'art. 374 Codice delle Assicurazioni.

X. PRETESE DI RIMBORSO

32. Al fine di rivendicare pretesa per il rimborso l'Assicurato, i suoi eredi o il beneficiario/i beneficiari devono presentare entro un termine di 7 /sette/ giorni i seguenti documenti:

32.1. Comunicazione di danno /secondo modello dell'Assicuratore/

32.2. Polizza assicurativa e quietanza di versamento pagato /originali o copie conformità;

32.3. Per le Assicurazioni collettive - attestato di servizio e copia dell'elenco;

32.4. Originale di documenti ufficiali finanziari e medici, quanto segue:

32.4.1. In caso di morte - Atto di morte, Certificato di eredità, atto di infortunio o altro documento attestante il verificarsi di un evento assicurato; una copia della comunicazione di decesso, lettera di dimissione ospedaliera ed altri documenti medici; verbale di incidente stradale (viene presentato soltanto nel caso in cui la morte è avvenuta durante un incidente stradale); perizia medico-legale (viene presentata obbligatoriamente quando la morte è avvenuta fuori di casa, durante un incidente stradale oppure in circostanze non chiarite); verbale di analisi chimica del sangue (viene presentato obbligatoriamente quando la morte è avvenuta fuori di casa, durante un incidente stradale oppure in circostanze non chiarite); provvedimento dell'INPS e Dichiarazione di infortunio sul lavoro riconosciuto (viene presentato soltanto in caso di morte a seguito di un infortunio sul lavoro).

32.4.2. in caso di infortunio non sul lavoro - scheda anagrafica, infortunio sul lavoro - dichiarazione e provvedimento dell'INPS

32.4.3. in caso di inabilità al lavoro permanentemente ridotta - Documento attestante l'inabilità permanente al lavoro rilasciato dalla Commissione territoriale e/o nazionale dei periti medici portante la certificazione della Cartoteca provinciale della perizia medica che lo stesso non è impugnato e portante un sigillo per l'entrata in vigore; verbale di incidente stradale (viene presentato soltanto nel caso in cui l'evento è avvenuto durante un incidente stradale); provvedimento dell'INPS e Dichiarazione di infortunio sul lavoro riconosciuto (viene presentato soltanto in caso di un infortunio sul lavoro);

32.4.4. in caso di inabilità temporanea al lavoro - documenti medici attestanti la perdita temporanea di capacità lavorativa e la durata dell'incapacità al lavoro senza interruzione, con la stessa diagnosi o con diversa, ma in nesso di causalità, determinata da un Comitato consultivo medico o da una struttura ospedaliera (certificati di malattia); lettere di dimissione ospedaliera o certificato di ambulatorio degli esami effettuati al giorno della determinazione dell'incapacità al lavoro; provvedimento dell'INPS e Dichiarazione di infortunio sul lavoro riconosciuto (viene presentato soltanto in caso di un infortunio sul lavoro);

32.4.5. In caso di rimborso di spese di visite e esami medici: certificato di ambulatorio con diagnosi formulata e l'esame prescritto riportato, il risultato dell'esame effettuato, fattura emessa alla persona che ha utilizzato il servizio e una ricevuta fiscale

32.4.6. In caso di pretesa di rimborso di spese per farmaci: certificato di ambulatorio o lettera di dimissione ospedaliera con diagnosi formulata e terapia riportata, modulo di prescrizione con terapia riportata, fattura emessa alla persona che ha utilizzato il servizio e una ricevuta fiscale

32.4.7. In caso di rimborso di spese per diarie per degenza in ospedale: lettera di dimissione ospedaliera, attestato di servizio dal datore di lavoro (per le assicurazioni collettive), fattura emessa alla persona che ha utilizzato il servizio e una ricevuta fiscale

32.4.8. In caso di rimborso di spese per salvataggio a seguito di un infortunio - l'Assicurato paga le spese sostenute in conformità ai listini di prezzo ufficialmente in vigore dell'organizzazione rispettiva (Croce Rossa Bulgara, Protezione Civile, Vigili del Fuoco, ecc.)

32.4.9. In caso di rimborso di spese per trasporto medico o rimpatrio di resti mortali a seguito di infortunio, malattia acuta o morte: atto di morte con constatazione medica per la causa della morte, fattura e ricevuta fiscale

32.5. Altri documenti attestanti la posta iniziale o la precisione della diagnosi, la cartella clinica ed il trattamento condotto – scheda ambulatoriale personale, certificati di malattia, verbali operatori, radiografie, verbali di Commissione dei periti medici, libretti di prescrizione farmaceutica, decisioni della Commissione territoriale o nazionale dei periti medici ed altri documenti medici ufficiali.

33. I documenti di cui al p. 32.4 devono rispondere ai seguenti requisiti:

33.1. i documenti finanziari devono essere in originale e devono rispettare la legislazione bulgara

33.2. la fattura deve essere particolareggiata con posizioni indicate di tutte le procedure eseguite e del loro valore

33.3. i documenti medici devono corrispondere alla legislazione bulgara e devono essere in originale e devono contenere la firma ed il timbro del medico curante e dell'istituto sanitario. I documenti possono essere presentati anche sotto la forma di copia autenticata conforme all'originale

33.4. La prescrizione farmaceutica deve essere emessa il giorno della visita medica e dal medico che ha fatto la visita

33.5. La data della fattura e dello scontrino fiscale non devono precedere il giorno della visita medica ed il rilascio della prescrizione farmaceutica

34. La pretesa e i documenti ad essa allegati /indipendentemente dal loro aspetto, non sono soggetti alla restituzione all'Assicurato, anche se il pagamento della pretesa sia interamente o parzialmente rifiutato. La restituzione dei documenti è possibile solo in caso di un'espressa richiesta scritta da parte dell'assicurato ed in tale caso gli originali vengono restituiti tramite un Verbale di consegna/accettazione, mentre nella pratica rimangono copie con autentica notarile.

XI. DISPOSIZIONI FINALI

35. Le presenti Condizioni Speciali dell'Assicurazione individuale e collettiva "Infortunio" sono stabilite in base alle Condizioni Generali dell'Assicurazione "Infortunio", approvate dal Consiglio di Amministrazione della compagnia assicurativa Nadejda AD in data 07/01/2013, successivamente modificate ed integrate il 28.01.2016.

36. In caso di controversie tra le Condizioni Generali e le Condizioni Speciali, si applicano quelle Speciali.

37. Le relazioni tra le parti di cui al contratto di Assicurazione si regolano conformemente alla legislazione bulgara vigente. Le vertenze si regolano mediante negoziazioni ed in caso di non raggiungimento di un accordo – dai fori competenti.

38. I diritti degli assicurati per la ricezione di somme dall'Assicuratore si estinguono con una prescrizione triennale dalla data dell'evento assicurato.

Oggi lì …… io sottoscritto/a ……

……

ho ricevuto una copia firmata delle Condizioni Speciali alla polizza №

…… e aderisco ad esse.

Consegnato da: Comp. Ass.va NADEJDA AD …….....…….....

/firma/

Ricevuto da: ……

/firma/